Quaderni
di Medicina Legale del Lavoro

Supplemento
al Notiziario Inca
N. 4/2011

Invalidi civili:
quale tutela?

INCA

Supplemento
al Notiziario Inca
N. 4/2011

DIRETTORE RESPONSABILE
Lisa Bartoli

REDAZIONE
Sonia Cappelli

Via G. Paisiello 43
00198 Roma
Tel. (06) 855631
Fax (06) 85352749
E-mail:
comunicazione-informazione@inca.it

PROPRIETÀ E AMMINISTRAZIONE
Ediesse srl
Viale di Porta Tiburtina 36
00185 Roma
Tel. (06) 44870283/260
Fax (06) 44870335

ABBONAMENTO NOTIZIARIO INCA
annuo € 25,00 - estero € 50,00
una copia € 6,00
C/C post. n. 935015
intestato a Ediesse srl
Viale di Porta Tiburtina 36
00185 Roma, indicando la causale
di versamento «Notiziario Inca»

Spedizione in abbonamento
postale 45% comma 20/b art. 2,
legge 662/1996 Filiale di Roma
iscritto al n. 363/83 del Registro
delle pubblicazioni periodiche
del Tribunale di Roma
il 22.12.1983

Progetto grafico: Antonella Lupi
Stampa: Tipografia O.GRA.RO. srl
Vicolo dei Tabacchi, 1 - Roma

CHIUSO IN TIPOGRAFIA
IL 24 OTTOBRE

Questo Quaderno è stato curato da:

Cristiana Brambilla, Ferdinando Brandi,
Gianpiero Cassina, Adalberto Ferioli, Mariaclara Guerreri
del Coordinamento medico-legale dell'Inca Cgil Lombardia
e da Maria Mangiaracina dell'Inca Cgil Lombardia
http://www.inca.lombardia.it/consulenza/indicemedico.htm
e da Sonia Cappelli dell'Ufficio stampa Inca Cgil nazionale

Quaderni
di Medicina Legale del Lavoro

Sommario

Presentazione
a cura di Cristiana Brambilla - Coordinamento medico-legale Inca Cgil Lombardia 5

Relazioni

Accompagnamento e invalidità civile: quale criteriologia medico-legale? 9
di Arnaldo Migliorini

Orientamenti giurisprudenziali consolidati e non in tema di accompagnamento 11
di Roberta Palotti

Aree di criticità nel settore «invalidi civili» 19
di Paolo Pelizza

Estratto da *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 3 2010, 541-550
Invalidità e riforme: esiste una via intermedia tra la «metafisica reazionaria» e il «relativismo irresponsabile»?

I controlli dell'Inps sui falsi invalidi 29
di Nadja Polimeni

Una proposta di valutazione dell'*impairment* cognitivo nell'anziano 31
di Veronica Cembrani e Fabio Cembrani

Il paziente con noplasia in stadio avanzato: stato funzionale e aspettativa di vita 49
di Luciano Isa

Allegato: Indice di Karnofsky

Il caso: Donna di 73 anni con linfoma gastrico e adenocarcinoma polmonare

Sclerosi multipla e incapacità a deambulare 59
di Paolo Rossi

Allegati: Classificazione delle forme di Sclerosi Multipla e Scala Edss

Il caso: Donna di 27 anni con Smrr

Approfondimenti

Sentenze della Corte di Cassazione sull'accompagnamento 69

Legge n. 80 del 9 marzo 2006 - art. 6 - (*iter* accelerato per i pazienti neoplastici) 94

D.M. 2 agosto 2007 (patologie non revisionabili) 96

Presentazione

a cura di **Cristiana Brambilla** *

L'ambito medico-legale dell'invalidità civile è ritornato di estrema attualità da quando, con il 1° gennaio 2010 (d.l. 1/7/2009, n. 78, convertito in legge 3/8/2009, n. 102) l'Inps ha assunto funzioni di accertamento e di controllo nella cosiddetta «lotta contro i falsi invalidi».

Il contrasto alle frodi in materia di invalidità civile, certamente indispensabile ed auspicabile per ripulire e risanare certe realtà fortemente degenerate, rischia, in certi contesti, di irrigidire eccessivamente la criteriologia valutativa medico-legale, allontanando il sistema dai bisogni concreti e reali del soggetto invalido.

La riduzione della spesa in materia di invalidità civile prevista dalla legge 30/7/2010, n. 122, e richiamata anche nella nuova finanziaria in corso di approvazione, non deve andare a svantaggio di tutti coloro che, realmente invalidi, oltre a dover convivere e lottare contro la propria malattia, si trovano a dover faticare per farsi riconoscere o per mantenere quanto di diritto gli spetta per legge.

Obiettivo dell'aggiornamento è quello di mettere a fuoco gli aspetti più critici relativamente ai criteri di valutazione dell'invalidità, con particolare riferimento all'accompagnamento, approfondendo non solo l'ambito medico-legale ma anche quello giurisprudenziale e analizzando le difficoltà e le criticità operative nelle quali l'utente invalido e spesso anche il medico operatore si vengono a trovare.

* Coordinamento medico-legale Inca Cgil Lombardia.

Relazioni

Quaderni
di Medicina Legale del Lavoro

Accompagnamento e invalidità civile: quale criteriologia medico-legale?

di **Arnaldo Migliorini** *

Relazione visionabile sul sito
http://www.inca.lombardia.it/consulenza/QUADERNI.htm

* Professore a.c. in Medicina legale all'Università Vita e Salute San Raffaele.

Quaderni
di Medicina Legale del Lavoro

Orientamenti giurisprudenziali consolidati e non in tema di accompagnamento

di **Roberta Palotti***

Ai sensi dell'art. 1, l. n. 508/1988: «*1. La disciplina della indennità di accompagnamento istituita con leggi 28 marzo 1968, n. 406, e 11 febbraio 1980, n. 18, e successive modificazioni ed integrazioni, è modificata come segue.*

2. L'indennità di accompagnamento è concessa:

a) ai cittadini riconosciuti ciechi assoluti;

b) ai cittadini nei cui confronti sia stata accertata una inabilità totale per affezioni fisiche o psichiche e che si trovino nella impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisognano di una assistenza continua.

3. Fermi restando i requisiti sanitari previsti dalla presente legge, l'indennità di accompagnamento non è incompatibile con lo svolgimento di attività lavorativa ed è concessa anche ai minorati nei cui confronti l'accertamento delle prescritte condizioni sanitarie sia intervenuto a seguito di istanza presentata dopo il compimento del sessantacinquesimo anno di età.

4. L'indennità di accompagnamento di cui alla presente legge non è compatibile con analoghe prestazioni concesse per invalidità contratte per causa di guerra, di lavoro o di servizio.

5. Resta salva per l'interessato la facoltà di optare per il trattamento più favorevole.

6. L'indennità di accompagnamento è concessa ai cittadini residenti nel territorio nazionale».

La presente relazione è limitata all'analisi del comma 2 lettera b[1].

* Coordinatrice Servizio legale Inca Cgil Lombardia.

[1] Art. 1, comma 2, lettera b), l. n. 508/1988: «*I cittadini nei cui confronti sia stata accertata una inabilità totale per affezioni fisiche o psichiche e che si trovino nella impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisognano di una assistenza continua*».

Assistenza permanente e continua

L'assistenza permanente e continua può essere intesa sia:

- in termini di esecuzione di azioni materiali: quali, a mero titolo esemplificativo, «trasporto ed assistenza» durante gli accessi alla struttura ospedaliera, approvvigionamento di alimenti e farmaci, medicazioni e/o assunzione di terapie, ecc.;
- in termini di necessità di presenza e sostegno morale, oltre che psicologico, durante le fasi di diagnosi e/o di aggravamento delle condizioni cliniche.

Spesso all'atto della visita da parte della Commissione l'istante viene indicato come «*in discrete condizioni generali*» e per tale motivo si vede negare il diritto all'indennità di accompagnamento. Ciò nonostante, ad esempio, in caso di malato oncologico «grave» ed anche, in alcuni casi, in stadio terminale, si è in presenza di evidenti e documentati segni delle diverse patologie e della loro stadiazione.

Si impone quindi la necessità di individuare e contestualizzare il concetto di «*bisogno di assistenza permanente e continuo*» su cui è intervenuta, a più riprese, la Corte di Cassazione.

I giudici di legittimità hanno definito il «*bisogno di assistenza permanente e continuo*» come l'incapacità di compiere autonomamente le comuni attività del vivere quotidiano, comprendendosi anche le ipotesi in cui la necessità di far ricorso all'aiuto di terzi si manifesti nel corso della giornata ogni volta che sia necessario al soggetto compiere una determinata attività della sua vita quotidiana per la quale non può fare a meno dell'aiuto di terzi, per cui si alternano momenti di attesa qualificabili come di assistenza passiva a momenti di assistenza attiva (si veda Corte di Cassazione con la sentenza n. 5784 dell'11 aprile 2003).

Ancora, afferma la Cassazione: «[...] *il bisogno di assistenza deve ritenersi ed è permanente e continuo anche se la necessità dell'aiuto di terzi si manifesta periodicamente a distanza di tempo nel corso della giornata*» (si veda Corte di Cassazione con la sentenza n. 5784 dell'11 aprile 2003).

Date queste premesse, sia la letteratura specialistica medico-legale che la giurisprudenza sono giunte a ritenere che il diritto all'indennità di accompagnamento, stante il suo scopo, spetta non solo a chi sia totalmente dipendente da terzi in tutte le attività personali, ma anche a chi abbia una riduzione dell'autonomia deambulatoria o personale tale da impedire una sufficiente e dignitosa autonomia di vita.

In tal senso si legga la sentenza n. 8060/2004; nella specie la Corte di Cassazione ha ritenuto rientrare nei parametri dell'«autoinsufficienza», per il diritto all'indennità, l'impossibilità della persona di uscire dalla propria abitazione per provvedere alle proprie necessità.

Anche la dottrina (cfr. Norelli, Sonati) ritiene che «[…] *quando un inabile, in definitiva, non possa muoversi con possibilità concreta di autogestirsi all'interno della propria abitazione come all'esterno* […] *deve ammettersi il diritto a fruire dell'assistenza, a nulla rilevando, per*

il giudizio, aggettivazioni minimalistiche (del tipo "parziale" o "modesto") riferite alla necessità di aiuto per compiere atti indispensabili, che solo dimostrano un'errata interpretazione della norma nel suo significato letterale e ancor più del fine che la sottende».

Anche a voler limitare la valutazione al concetto di «*vita fisiologica elementare*» non si può non considerare che tale concetto inerisce agli «*atti quotidiani della vita*» che, secondo autorevole dottrina medico-legale, «*sono quelli non tanto necessari all'igiene personale, quanto quelli necessari per una sopravvivenza dignitosa, non affidabile alla carità altrui, pena la realizzazione di situazioni pericolose per la vita dell'inabile, per la sua dignità*».

Indispensabile quindi delineare il concetto di «atti indispensabili» ed il «livello» a cui è necessario rifarsi per verificare l'autosufficienza del disabile.

▼ Atti indispensabili e livelli di autosufficienza o auto insufficienza

La *dignitas personae*

Il «livello» di autosufficienza deve esser individuato in relazione alla «*dignità della persona*». Dignità cui si riferisce anche la circolare n. 14 del 28 settembre 1992 del Ministero del Tesoro, laddove, al paragrafo 8, sottoparagrafo 1d), gli atti quotidiani della vita vengono indicati quali «*un insieme di azioni elementari ed anche relativamente più complesse non legate a funzioni lavorative* […]», il cui detrimento vede, nell'istituto giuridico dell'indennità d'accompagnamento, uno strumento atto a «[…] *consentire ai soggetti non autosufficienti condizioni esistenziali compatibili con la dignità della persona umana* […]».

È dunque la «*dignitas personae*» l'elemento precipuo tutelato dalla normativa in esame alla quale sempre va fatto riferimento.

In tal senso si è espressa peraltro la giurisprudenza sia di merito che di legittimità (cfr. per tutte Cassazione, sentenza 21 gennaio 2005, n. 1268) sottolineando che qualora anche un solo genere di atti, tuttavia rilevantissimo ai fini della tutela della dignità umana, venga meno per permanente menomazione, insorge nel soggetto minorato il bisogno all'assistenza continuativa e, conseguentemente, il diritto all'indennità di accompagnamento.

Sempre più spesso si assiste poi ad un diniego del diritto all'indennità di accompagnamento a fronte del riconoscimento dello *status* di «handicap grave» *ex* l. n. 104/1992.

Per quanto qui interessa, l'art. 3, comma 3, legge citata espressamente dispone: «*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*».

Ai sensi della norma citata sono «*handicappati gravi*» i soggetti affetti da minorazioni tali da ridurre l'autonomia personale rendendo necessario ed indispensabile un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale, nella sfera individuale o in quella di relazione.
Sebbene il sistema della l. n. 104/1992 non si fondi su una percentualizzazione del complesso invalidante – essendo lo *status* del soggetto invalido contestualizzato sulla persona –, e ben sapendo che le valutazioni rese in ambito di «invalidità civile» e di «persona handicappata» non coincidono, non solo è implicito e continuo il riferimento alle tabelle in uso per la valutazione dell'invalidità civile nell'ambito delle valutazioni *ex* l. n. 104/1992 ma (correttamente secondo chi scrive), sempre più spesso, si assiste, in sede giudiziale, ad un riconoscimento dell'indennità di accompagnamento in presenza di riconoscimento dello stato di gravità *ex* l. n. 104.

▼ Linee Guida operative per l'invalidità civile

L'analisi dei concetti di cui sopra non può prescindere da esame, sotto un profilo strettamente giuridico, delle «Linee guida operative per l'invalidità civile» emanate dopo che in Parlamento erano naufragate le proposte restrittive (contenute nel d.l. n. 78/2010) dirette a limitare il riconoscimento dell'indennità in discorso.
Dette «Linee guida operative per l'invalidità civile» altro non sono se non delle mere, e si sottolinea, mere, indicazioni che l'Istituto fornisce ai propri medici ai fini di uniformare giudizi e valutazioni. Esse non sono in alcun modo vincolanti e, certamente, non hanno né la validità ed efficacia della legge ordinaria (come la legge istitutiva dell'indennità di accompagnamento) né la validità ed efficacia e/o la forza per scardinare i traguardi raggiunti in seno alla giurisprudenza della Cassazione. Inutile poi ricordare che ogni medico, al di la di tutto, è tenuto ad operare secondo scienza e coscienza.
Sotto un profilo strettamente materiale e/o sostanziale, se si comprende, da un lato, il fine e la *ratio* di dette Linee (eliminare e/o ridurre le difformità, in alcuni casi, aberranti, delle valutazioni mediche), meno si comprende il motivo per il quale esse non abbiano tenuto conto della giurisprudenza, sia di merito che di legittimità, formatasi in questi anni. A fronte di decisioni giudiziali che riconoscono il diritto all'indennità di accompagnamento avendo riguardo alla *dignatas personae*, le linee guida contengono alcune indicazioni assolutamente restrittive prive, sotto un profilo squisitamente legale, di qualsiasi fondamento.
Esse tentano, invano (stante la loro assoluta non rilevanza giuridica), di restringere sia il concetto di «autonomia» – limitandolo in qualche misura alla sola «deambulazione o non deambulazione» – sia quello di «atti quotidiani della vita».

Appare incomprensibile come si possa ritenere o sostenere che: «*È conforme alla volontà del Legislatore, laddove non emergano riflessi negativi della menomazione sulla cosiddetta capacità semispecifica, applicare la variazione della percentuale in senso riduttivo*».

Il legislatore mai ha espresso alcuna volontà in senso riduttivo, non solo perché il legislatore si limita ad individuare le fattispecie astratte, ma anche in quanto né nei lavori preparatori né in altri atti legislativi è rinvenibile, neppure lentamente, simile volontà.

Assolutamente prive di fondamento e contraddittorie appaiono poi le affermazioni, contenute sempre nelle Linee guida, laddove, da un lato, viene indicata la necessità, in senso riduzionistico, di tener conto della realtà moderna in cui «*la tipologia media di lavoro manuale ha ceduto il passo a modalità di prestazione d'opera tecnologicamente più avanzate*» e, dall'altro, si invitano i medici a non valutare le attività extradomiciliari «*in ambienti complessi come le moderne metropoli*» (cfr. paragrafo dedicato all'indennità di accompagnamento). Società moderna e metropolitana con la quale il disabile è tenuto a fare i conti anche per il semplice acquisto di cibo, farmaci ecc., ovvero per recarsi alle visite mediche.

Le Linee guida si pongono altresì in contrasto con la giurisprudenza pacifica in ordine ai concetti di «permanenza» (definito come «*sussistenza di menomazioni anatomo-funzionali irreversibili e immodificabili da qualsiasi presidio*») e di «atti quotidiani della vita» («*intesi come quel complesso di attività che assicurano un livello basale di autonomia personale in un ambito per lo più intradomiciliare*» ed ancora, «*si intende che la dizione «continuativa» rimanda ad una assistenza che si esplica nell'arco della intera giornata e non solo in saltuari momenti*»).

Tutte le affermazioni brevemente richiamate si pongono in assoluto ed aperto contrasto con la giurisprudenza di legittimità formatasi sul punto.

È sufficiente scorrere, anche sommariamente, alcune delle decisioni della Suprema Corte per verificare che le indicazioni in esame (contenute nelle Linee guida) si trovano in netto contrasto con la *ratio legis* e con l'interpretazione giurisprudenziale sia di merito che di legittimità.

Per tutte, per la giurisprudenza di merito, si legga la sentenza resa dal Tribunale di Monza in data 3 marzo 2009: «*L'indennità di accompagnamento spetta a colui che non riesca a svolgere gli atti quotidiani della vita quali il vestirsi, il lavarsi, il cucinare, il fare la spesa con la necessaria continuità e senza l'aiuto di alcuno. La situazione di non autosufficienza, che è alla base del diritto in esame, è caratterizzata dalla permanenza (la natura "permanente" dell'aiuto fornito dall'accompagnatore, la natura "quotidiana" degli atti che il soggetto non è in grado di svolgere autonomamente, la natura 'continua' del bisogno di assistenza sono elementi presenti all'art. 1, secondo comma, lett. b), della legge 21 novembre 1988, n. 508). In questo quadro la quotidianità è la cadenza che l'atto assume, per la propria natura, in quanto (pur eventualmente di breve durata) parte necessaria della vita quotidiana e la continuità, che è della cadenza quotidiana degli atti, determina (quale propria risonanza) la permanenza del bisogno.*».

Per la giurisprudenza di legittimità, oltre alle decisioni già richiamate (Cass. Civ. n. 5784/2003, n. 8060/2004) si legga la decisione n. 1268/2005 già citata, nella quale il Supremo Collegio afferma che: «*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 (anche l'incapacità ad un solo genere di atti può, per la rilevanza di questi ultimi e per l'imprevedibilità del loro accadimento, attestare di per sé la necessità di una effettiva assistenza giornaliera: cfr. per riferimenti sul punto Cassazione 13362/2003)*» (Cass. Civ., 1268/2005).

Si ricorda infine che, come affermato da altra decisione del Supremo Collegio, il diritto all'indennità di accompagnamento deve altresì riconoscersi anche per periodi brevi (sul punto vedasi Cass. Civ. n. 10212/2004) atteso che nessuna norma vieta o il riconoscimento dell'indennità anche per periodi molto brevi (nella spese, inferiori al mese).

Il dichiarato intendimento restrittivo della Linee Guida di cui si discute, infine, si pone in netto contrasto con la stessa *ratio legis* ben precisata nella decisione resa sempre dalla Suprema Corte n. 7119/2003 ove si legge: «*Questa Corte ha individuato la* ratio *delle norme che prevedono l'indennità di accompagnamento anche nella esigenza di incentivare l'assistenza domiciliare dell'invalido, evitandone il ricovero in ospedale e, nel contempo, sollevando lo Stato da un onere ben più gravoso di quello derivante dalla corresponsione dell'indennità (Cass., S.U., 30 ottobre 1992 n. 11843); con la sentenza 11295 del 28 agosto 2000 si è ribadito che l'intervento assistenziale che si realizza con la concessione dell'indennità di accompagnamento «è rivolto principalmente a sostenere il nucleo familiare onde incoraggiarlo a farsi carico dei suddetti soggetti, evitando così il ricovero in istituti di cura e assistenza, con conseguente diminuzione della relativa spesa sociale».*

Sebbene, lo si ribadisce, le Linee guida non abbiano alcuna valenza giuridica, in senso stretto, le stesse non possono non essere lette e/o interpretate se non avendo riguardo alla giurisprudenza sia di merito che di legittimità formatasi in materia. In difetto, il ricorso allo strumento giudiziario, non potrà che intensificarsi con conseguente aggravio di costi ed oneri a carico dello Stato e della comunità.

▼ Le novità legislative

Si ritiene doveroso anche solo accennare, seppur brevemente, alla ennesima riforma che coinvolge il contenzioso giudiziario avente ad oggetto le invalidità civile, cecità civile, sor-

dità civile, handicap e disabilità, nonché di pensione di inabilità e di assegno di invalidità, disciplinati dalla *legge 12 giugno 1984, n. 222*, diretta a deflazionare (in senso negativo) il contenzioso giudiziario a solo danno del disabile che non solo è affetto da gravi o gravissime patologie ma deve anche fare i conti con un sostanziale diniego della giustizia. L'introduzione dell'ATP (accertamento tecnico preventivo) può sicuramente avere effetti positivi sulla tempistica dell'accertamento sanitario. Ciò se non fosse che, che in caso di non condivisione della conclusioni della CTU (consulenza tecnica d'ufficio), il richiedente rischia di trovarsi coinvolto in una morsa processuale, se possibile, ancor più contorta, complessa e lunga della attuale.

Queste, in sintesi, le novità processuali:

1) il giudizio – da introdursi sempre con ricorso giudiziario *ex* art. 442 c.p.c. – è limitato ad esporre le condizioni sanitarie comprovanti lo stato di invalidità ed il raggiungimento della soglia, mediante l'allegazione di idonea documentazione sanitaria, eventualmente supportata da perizia di parte. Tutte le questioni afferenti requisiti extrasanitari (amministrativi e/o contributivi che il richiedente deve possedere ai fini della prestazione) sono rinviate ad eventuale ulteriore giudizio;
2) il giudice, letto il ricorso, visti gli artt. 694 e segg. c.p.c., ordina la comparizione della controparte unitamente al ricorrente, avanti a sé medesimo a data fissa, con obbligo di notifica del decreto di fissazione di udienza anche al CTU per il giuramento;
3) il nominato CTU, nel termine assegnato, chiamato a visita il ricorrente, in contraddittorio con i CTP, consultata la documentazione sanitaria, disposti eventuali supplementi d'indagine, deposita la CTU e la relativa notula di onorario;
4) a seguito del deposito della CTU, il giudice, con decreto comunicato alle parti, fissa il termine (non superiore a 30 gg.) entro il quale le stesse devono depositare atto scritto di accettazione ovvero di contestazione della CTU;
5) in caso di accettazione esplicita o implicita (per mancato deposito, entro il termine indicato dal giudice, della nota di contestazione) omologa la CTU disponendo anche in ordine alle spese sia di CTU che legali.
   Se l'omologazione è relativa ad una CTU favorevole – in tutto o in parte – al ricorrente, l'ente erogatore, ricevuta la notifica del provvedimento, è tenuto a corrispondere la prestazione entro i successivi 120 gg., salvo che non eccepisca (tempestivamente) la carenza dei requisiti amministrativi/contributivi. In tal caso l'assicurato, dovrà avviare altro procedimento, ordinario;
6) se la CTU viene contestata da una delle parti, quest'ultima dovrà depositare entro 30 giorni (dalla data di deposito della nota di contestazione), ricorso ordinario avanti lo stesso Tribunale, formulando una argomentata confutazione della CTU, con il supporto di una precisa CTP e della documentazione sanitaria (originaria e sopravvenuta).

Quaderni
di Medicina Legale del Lavoro

Aree di criticità nel settore «invalidi civili»

di **Paolo Pelizza***

Estratto da *Rivista Italiana di Medicina Legale*, n. 3, 2010, pp. 541-550.
Invalidità e riforme: esiste una via intermedia tra la «metafisica reazionaria» e il «relativismo irresponsabile»?

1. Premessa

Il settore dell'invalidità civile[2] è in procinto di subire l'ennesimo «scossone» organizzativo a seguito del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78[3]. Più che le modalità (purtroppo è usuale nel nostro Paese che «articoli» e «commi» compaiano improvvisamente in «provvedimenti d'urgenza» o nelle «finanziarie»), ciò che lascia sconcertati è il contenuto del provvedimento.
All'interno del d.l. dal significativo titolo «*anti-crisi*», è contenuto un articolo, il numero 20, che nelle dichiarazioni di intenti del Governo dovrebbe consentire tempi più rapidi e modalità più chiare per il riconoscimento dell'invalidità civile, dell'handicap e della disabilità, attribuendo all'Inps nuove competenze. L'articolo in questione reca il titolo: *Contrasto alle frodi in materia di invalidità civile*! Viene quindi dato per assodato che il sistema dell'invalidità – e, di conseguenza, gli operatori che vi lavorano, le Asl e le Regioni che gestiscono i processi – non mira a fornire un supporto assistenziale al cittadino in stato di bisogno, ma mira a «frodare» lo Stato. Questo concetto è stato poi ripreso dalla stampa nazionale[4], che ha offerto all'opinione pubblica dati preoccupanti, contribuendo così a creare un'immagine catastrofica, quasi si trattasse di un sistema «non governato».

* Responsabile Servizio Medicina Legale Asl Bergamo.
[2] E dei collegati settori dell'invalidità sensoriale, dell'handicap e della disabilità.
[3] Convertito nella legge 3 agosto 2009, n. 102.
[4] Si legge testualmente sul *Corriere della Sera* del 16 settembre «… *Conta di più ridurre strutturalmente l'afflusso delle invalidità civili indebite, promosse da patronati locali in combutta con Asl e studi legali spregiudicati*».

Eppure l'esperienza maturata sul campo da parte dei Servizi di Medicina Legale e la conoscenza di numerose realtà (locali e regionali) «virtuose», unitamente alla constatazione della crescente maturità con cui le amministrazioni di molte Regioni si impegnano nel favorire una gestione «moderna» del settore, rende necessario interrogarsi sulla ragione di fondo (se una ragione c'è) di certe scelte legislative, oppure se, a fronte dei problemi del settore non si stia correndo il rischio di «buttare via il bambino con l'acqua sporca».
Che il settore abbia bisogno di essere rimodernato, soprattutto sotto l'aspetto normativo, è un dato di fatto. Lo sanno i medici legali che da anni organizzano incontri scientifici per fornire spunti e dati per una seria politica legislativa. Lo sa lo stesso Ministero dell'Economia e delle Finanze che nella *Relazione generale sulla situazione economica del Paese-2008,* analizzando il settore dell'invalidità civile rileva che «*nonostante i numerosi interventi normativi la materia necessita ancora di un riordino complessivo, in particolare per quanto riguarda la definizione degli interventi, le modalità di accertamento e di verifica*».
E che i «conti salati» dell'assistenza sociale non siano totalmente da attribuire alle Asl e alle Regioni, dovrebbe saperlo lo stesso Inps, se sono veri i seguenti dati relativi al contenzioso: «*il filone legato all'invalidità civile, poi, continua a essere caratterizzato da situazioni di forti criticità, culminate in una percentuale di sconfitte in giudizio che al 31 dicembre 2008 è risultata pari al 67,4% (il 30% delle sentenze pronunciate avverso all'Istituto è concentrato nella sola sede di Napoli)*»[5].

2. La verifica dei dati

A chi da anni si impegna nei confronti del cittadino e della collettività cercando di favorire un'applicazione efficiente, efficace ed equa del disorganico intreccio di normative che ha per oggetto i cittadini disabili, è venuto naturale verificare i dati forniti a sostegno del decreto in questione, attingendo a fonti ufficiali.
Le banche dati e gli altri sistemi informativi statistici messi a disposizione dall'Istat appaiono i più adatti allo scopo, permettendo di avere una visione globale del fenomeno e di approfondire in modo accurato alcuni aspetti peculiari.

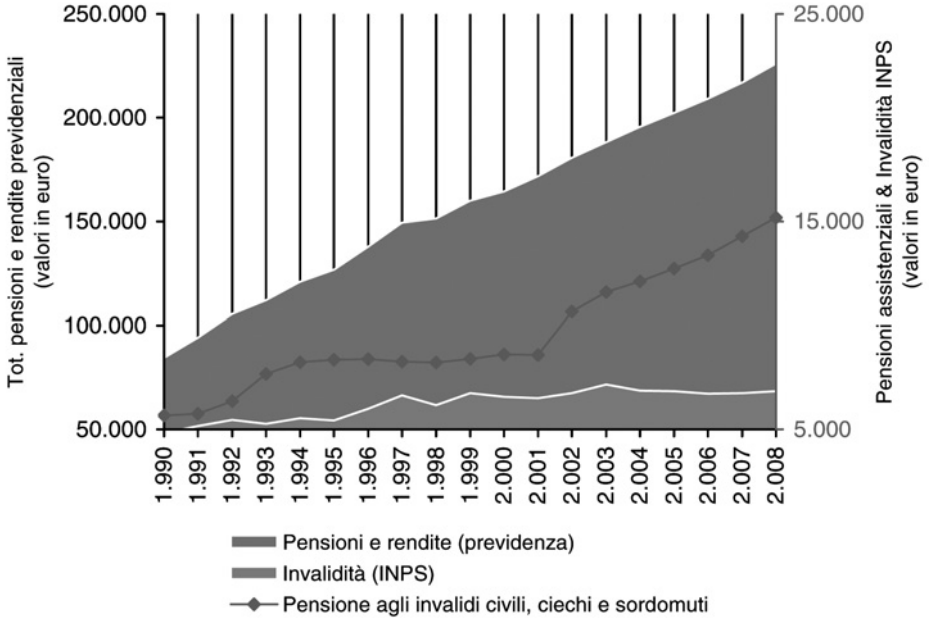
3. L'incremento dell'invalidità civile e l'analisi delle cause

Un primo insieme di dati è fornito dall'andamento delle prestazioni di protezione sociale relative al periodo compreso tra il 1990 e il 2008. Enucleando le voci relative al totale del-

[5] Deliberazione n. 9 del 23 giugno 2009 del Consiglio di Indirizzo e Vigilanza dell'Inps.

la spesa per le «pensioni e rendite previdenziali», evidenziando a parte la spesa derivante dalle «pensioni previdenziali di invalidità» (sotto-categoria della prima) e riportando la spesa per le «pensioni di tipo assistenziale» (ricomprendendo con tale locuzione le pensioni agli invalidi civili, ai non vedenti e ai non udenti), si osserva che, a fronte di una sostanziale stabilità della spesa derivante da pensioni previdenziali di invalidità, vi è stato un graduale incremento della spesa per le pensioni di tipo assistenziale nel tempo (fig. 1).
Tuttavia si deve anche rilevare come l'incremento della spesa per le «pensioni di tipo assistenziale» segua strettamente da vicino l'incremento della spesa dell'intero settore previdenziale.

FIG. 1 – PRESTAZIONI DI PROTEZIONE SOCIALE – TOTALE ISTITUZIONI (IN MILIONI DI EURO) – ANNI 1990 – 2008 FONTE DATI ISTAT



Per il periodo considerato (1990-2008), tale incremento è stato mediamente del 6% per anno. Analizzando meglio la curva si nota come l'incremento sia stato estremamente contenuto per il primo decennio (media del 4%), mentre nel 2002 si è verificato un brusco incremento (24% rispetto all'anno precedente, che a sua volta aveva segnato addirittura un arresto della spesa rispetto al 2000). Dopo il 2002 l'incremento annuale si è stabilizzato intorno al 6%.
Viene naturale cercare spiegazioni alla variazione avvenuta intorno al 2002.

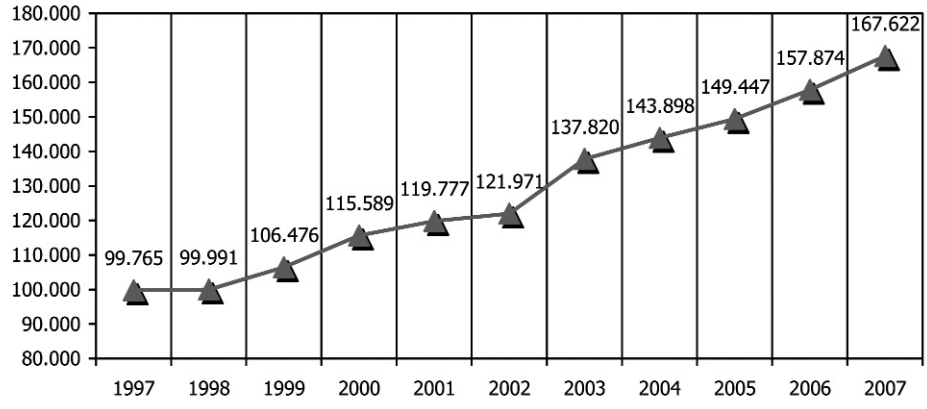
Il cammino intrapreso per dare attuazione alla cosiddetta «Riforma Bassanini» – cioè al complesso processo di trasferimento di funzioni e di risorse dallo Stato alle Regioni e dalle Regioni agli Enti Locali, avviato con la legge 15 marzo 1997, n. 59 – ha avuto, nel periodo 1998-2001, una prima fase di attuazione. In tale periodo è avvenuto anche il passaggio alle Regioni delle funzioni in materia di concessione per le pensioni di invalidità, previsto dal d.lgs. n. 112/98.

Ad esempio, nel corso del 2001 in Regione Lombardia si sono attivati i servizi per la concessione delle provvidenze economiche agli invalidi civili presso le Asl ed il comune di Milano (Dgr n. 2856 del 22/12/2000) ed è stato introdotto il «modello unico di domanda». Inoltre utilizzando quale strumento gestionale gli obiettivi stabiliti annualmente per le Asl, la Regione Lombardia ha imposto il contenimento dei tempi per l'accertamento e di quelli per la concessione dei benefici economici.

Pertanto, a seguito del passaggio di funzioni alle Regioni, in molte realtà è stato avviato un processo di razionalizzazione delle procedure esistenti secondo principi di efficienza, efficacia ed economicità, facilitando le modalità di accesso agli sportelli dell'utenza e riducendo significativamente i tempi di accertamento e di erogazione dei benefici. Questo ha certamente ingenerato un incremento della domanda di prestazioni da parte del cittadino, che ha visto semplificarsi le procedure della certificazione del proprio stato di invalidità (o di handicap, o di disabilità) e, conseguentemente, dell'erogazione dei benefici (che val la pena di ricordarlo, non sono unicamente quelli di natura economica).

Tutto il settore ha visto così un crescendo continuo delle istanze di accertamento. Mancano in proposito dati di livello nazionale, ma l'esperienza della Regione Lombardia può essere presa quale esempio dell'andamento complessivo (fig. 2).

FIG. 2 – REGIONE LOMBARDIA: ANDAMENTO STORICO DEGLI ACCERTAMENTI (VISITE ESPLETATE) DI INVALIDITÀ CIVILE, PER ANNO (FONTE DATI: RAPPORTI ANNUALI SULLE ATTIVITÀ ACCERTATIVE DELLE COMMISSIONI SANITARIE E SULLE ATTIVITÀ DI CONCESSIONE DEI BENEFICI ECONOMICI EDITO DA REGIONE LOMBARDIA - ASSESSORATO FAMIGLIA E SOLIDARIETÀ SOCIALE)



L'andamento della curva, che rappresenta il numero complessivo di accertamenti di invalidità effettuati in Regione Lombardia, è analogo a quello denotato dall'andamento della spesa nazionale per le pensioni di invalidità (fig. 1) e in particolare:

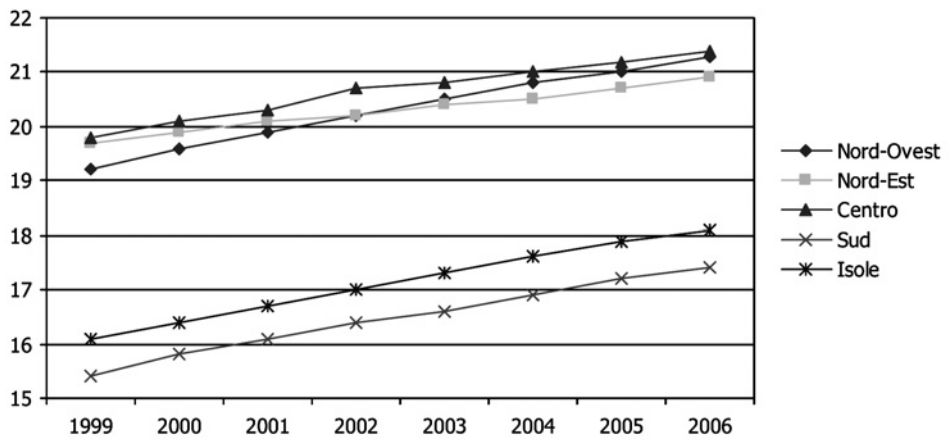
- l'incremento medio annuo degli accertamenti è pari al 5% circa;
- tra il 2002 ed il 2003 si è verificato un improvviso aumento.

Questi prima dati permettono di trarre due prime considerazioni:

- 1. l'incremento della spesa è fortemente correlato all'incremento della domanda;
- 2. l'accelerazione avvenuta dopo il 2001 rispecchia la maggiore efficienza del sistema rispetto al periodo precedente.

Ma questi non sono gli unici «fattori causali».
Si deve considerare che, a differenza del settore previdenziale, il settore assistenziale è fortemente influenzato dall'età della popolazione: con l'avanzare dell'età aumentano l'incidenza delle patologie degenerative e la perdita di autonomia per il concorso di queste sulle (fisiologicamente) diminuite riserve funzionali.
Ne consegue che l'invecchiamento della popolazione (si prenda ad esempio l'andamento nel tempo dell'indice di invecchiamento della popolazione riportato in figura 3) determina inevitabilmente un aumento della quota di cittadini cui deve essere riconosciuto il diritto all'indennità di accompagnamento o alla assistenza personale continuativa, spiegando, in stretta correlazione, l'incremento storico della spesa e su cui si dovrebbe riflettere a livello legislativo.

FIG. 3 – ANDAMENTO STORICO DELL'INDICE DI INVECCHIAMENTO (= POPOLAZIONE ▷ 65 ANNI PER 100 ABITANTI) NELLE MACROAREE DEL PAESE (ISTAT)



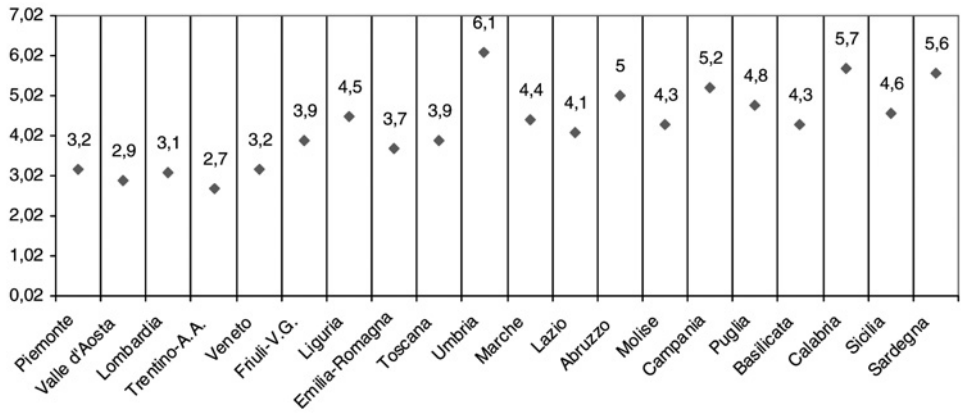
4. Differenze regionali

Poiché l'indice di invecchiamento ha un peso diverso a seconda delle macroaree del Paese, ci si deve interrogare sulle differenze riscontrabili nelle diverse Regioni, a questa stregua possibili espressioni di anormalità gestionali.

In effetti il recente rapporto del Ministero dell'Economia e delle Finanze[6] mette in luce una notevole disomogeneità di dati tra le Regioni: «*Considerando i trattamenti erogati al 1° gennaio 2008* […] *si evidenzia un numero relativamente maggiore di prestazioni in tutte le regioni del Sud (in particolare Sardegna, Calabria, Campania, e Abruzzo), rispetto alle regioni del Centro-Nord. Tuttavia tra le regioni del Centro, in Umbria si rileva, in rapporto alla popolazione residente, il numero più elevato di prestazioni con 5,48 prestazioni ogni 100 abitanti, a fronte di un valore medio nazionale pari a 3,58 e di un valore medio della ripartizione pari a 3,73. Analogamente, nelle regioni del Nord, la Liguria presenta un valore pari a 4,10 contro il 2,91 calcolato sulla media delle regioni settentrionali.*».

L'analisi dei dati provenienti dall'Istat (fig. 4), conferma sostanzialmente i rilievi del Ministero (anche se i valori raccolti nelle tabelle dell'Istituto di statistica, pur riferiti allo stesso periodo, si discostano talora dai dati riportati dal Ministero dell'Economia).

FIG. 4 – NUMERO PENSIONI INVALIDITÀ CIVILE /100 AB FONTE DATI ISTAT: TAVOLA RELATIVA AI BENEFICIARI DI PENSIONI DI INVALIDITÀ CIVILE E IMPORTO ANNUO DELLE PENSIONI, COMPLESSIVO E MEDIO PER SESSO, REGIONE DI RESIDENZA, CLASSE DI ETÀ E CLASSE DI IMPORTO MENSILE. ANNO 2007

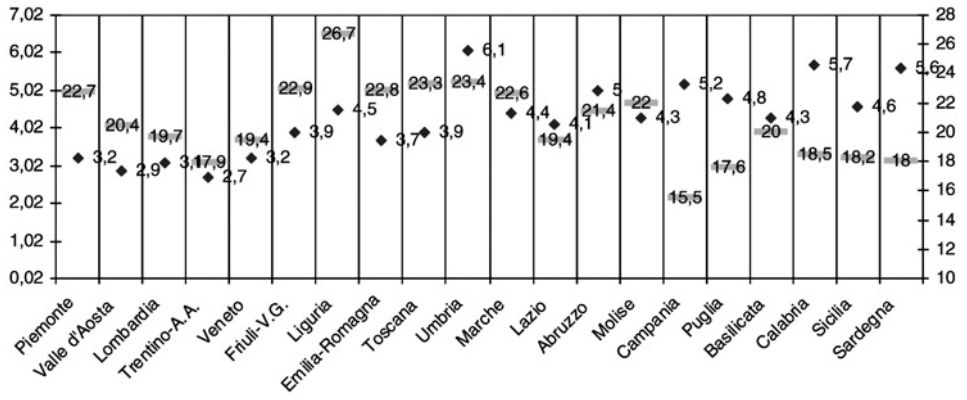


Per quanto detto sopra, questi «dati grezzi» devono essere ulteriormente considerati tenendo conto dell'età della popolazione, che differisce tra le diverse regioni.

[6] Relazione generale sulla situazione economica del Paese 2008, volume II.

Per favorire tale lettura, al dato relativo ai beneficiari di pensioni di invalidità (fig. 4) è stato affiancato, nella figura n. 5, il dato relativo all'indice di invecchiamento della popolazione.

FIG. 5 – FONTE DATI ISTAT: BENEFICIARI DI PENSIONI DI INVALIDITÀ CIVILE/100 ABITANTI (ANNO 2007) E INDICE DI INVECCHIAMENTO PER REGIONE (ANNO 2006)

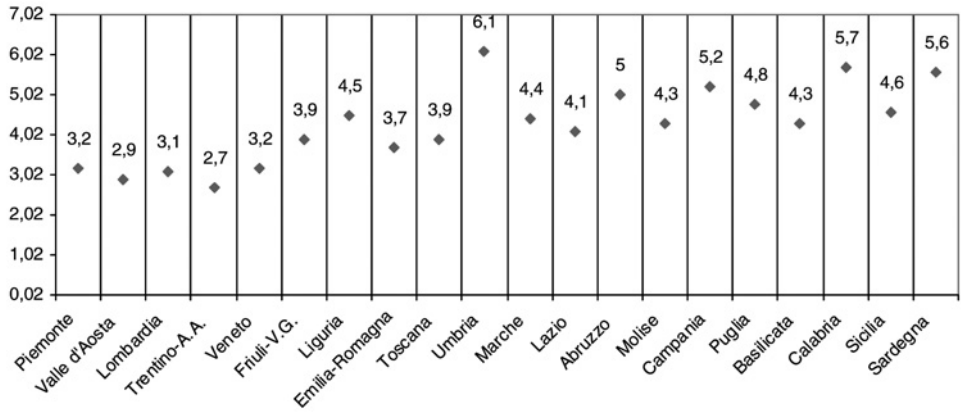


I dati prima esposti debbono quindi essere opportunamente ponderati rispetto all'invecchiamento della popolazione, in modo da ottenere un indicatore più aderente alla realtà regionale.

Abbiamo pertanto rapportato il numero delle pensioni per 100 abitanti all'indice di invecchiamento (fig. 6). Il dato così corretto consente di evidenziare come alcune regioni che apparivano «fuori norma» (ad es. la Liguria) si avvicinano in realtà alle medie delle macroaree del Centro-Nord, mentre altre (come la Campania) espongono maggiormente la loro anormalità.

L'indicatore consente inoltre di individuare due livelli di «allerta»: sopra lo 0,20 si può ipotizzare una scarsa efficienza del sistema; sopra lo 0,25 sono necessari urgenti correttivi. Ciò anche perché le 5 regioni che si collocano sopra lo 0,25 comprendono circa il 33% della popolazione nazionale e generano il 41% delle invalidità civili.

FIG. 6 – NUMERO PENSIONI INVALIDITÀ CIVILE PER 100 AB. (ANNO 2007) / INDICE DI INVECCHIAMENTO PER REGIONE (ANNO 2006)



5. Conclusioni

A questo punto si debbono necessariamente trarre le seguenti conclusioni:

- l'incremento della spesa in questione non è attribuibile ad una cattiva gestione complessiva e indifferenziata del settore da parte delle Regioni e delle Asl, ma esprime anzi un miglioramento del servizio reso al cittadino;
- le anormalità regionali sono prevalentemente espressione di un elevato contenzioso, favorito dall'attuale impianto normativo (si veda l'esempio della regione Campania dove, come riconosciuto dallo stesso Inps, vi è un elevatissimo contenzioso, che vede per lo più soccombente l'ente previdenziale).

Torniamo quindi a chiedere il perché di certe scelte, che appaiono irragionevoli e improprie agli operatori del settore.

Possiamo dunque a buon motivo rispondere che non c'è mai stato alcun progetto seriamente inteso a migliorare il settore, a cogliere la ricchezza di strumenti gestionali positivi elaborati da Regioni e Province autonome in questi anni e a far adottare tali strumenti sull'intero territorio nazionale.

Non si è neanche voluto tentare di gestire modernamente il tema della disabilità con criteri atti ad assicurare equità e trasparenza, implementando i sistemi (già collaudati in diverse Asl) di certificazione dei processi, né si è voluto promuovere sistemi valutativi basati sulle evidenze scientifiche, a più riprese promossi da molti operatori in diverse sedi congressuali e con molteplici pubblicazioni, anche non strettamente di settore.

Si è preferito ricorrere al (forse più rassicurante) «modello bismarkiano»[7] proposto dall'Inps, affiancandolo ad un nuovo sistema tabellare, di prossima emanazione.
Il tutto – val la pena di sottolinearlo – in un pericoloso fraintendimento tra assistenza e previdenza, che priva le Regioni di compiti loro conferiti dalla riforma del Titolo V della Costituzione e dal decreto legislativo n. 112 del 1998[8] e in aperto contrasto col sistema normativo vigente (legge n. 118/71, legge n. 381/72, legge n. 382/72, legge n. 295/90, legge n. 68/99, legge quadro n. 104/92)
In tal modo, è evidente che la soluzione scelta altro non è che una «grossolana scorciatoia» per giungere a risultati che palesemente non sono condizionati dagli attuali presupposti organizzativi, ma, a monte, dalla inadeguatezza della governance centrale, specie in materia di processi e di controlli di qualità, sia a livello amministrativo che a livello giudiziario.
È l'ennesimo «aggiustamento di rotta» in un perenne mutamento normativo fatto di leggi, decreti e circolari che rende manifesta unicamente l'incapacità di fondo del legislatore a ridisegnare efficacemente la materia con un Testo Unico, facendo piazza pulita dei diversi *benefit* e delle soluzioni *client oriented* e permettendo di dare una tecnicamente appropriata attuazione alla tutela bio-psico-sociale della persona con disabilità.
Così, tra una «metafisica reazionaria», che vede come soluzione l'accentramento in un Ente previdenziale tutte le competenze e un «relativismo irresponsabile», che ha lasciato – e, soprattutto, lascia intatta la stratificazione dell'assetto che assicura una «caleidoscopica visione dell'invalidità», esiste certamente una terza via: è una via che richiede un impegno progettuale troppo serio per essere intrapreso.

[7] L'espressione è tratta dal testo della comunicazione, non ancora edita a stampa, *Un mondo che cambia*, tenuta da Carlo Scorretti nel corso del congresso Comlas 2009, a Riccione.
[8] Passaggio di compiti dallo Stato alle Regioni in tema di assistenza e in tema di poteri concessori per il settore dell'invalidità civile.

Quaderni
di Medicina Legale del Lavoro

I controlli dell'Inps sui falsi invalidi

di **Nadja Polimeni***

Relazione visionabile sul sito
http://www.inca.lombardia.it/consulenza/QUADERNI.htm.

* Coordinatrice medico-legale Inps Regione Lombardia.

Quaderni
di Medicina Legale del Lavoro

Una proposta di valutazione dell'*impairment* cognitivo nell'anziano

di **Veronica Cembrani*** e **Fabio Cembrani****

Chi di noi ha maturato una lunga esperienza sul campo sa quanto sia frequente esaminare persone anziane affette da *impairment cognitivo* e quali siano le difficoltà che si incontrano nella sua valutazione medico-legale, anche perché – riconosciamolo una volta per tutte – la nostra formazione specialistica poco e male ci ha abituati ad una forma mentale flessibile capace di coordinare i molti domini della persona umana dentro un sistema multi-assiale di necessità multi-dimensionale.

La nostra personale esperienza è che, pur essendo capaci di cogliere i determinanti menomativi di organi e di apparati, siamo scarsamente abituati a collocarli sistematicamente, anche perché i paradigmi costitutivi del nostro sapere (si veda, ad es., la cd. «capacità lavorativa generica») appaiono sempre più astratti e non in grado di cogliere le dimensioni e la complessità del reale; scontiamo, per dirla in altre parole, la frustrazione di possedere linguaggi e metodi che, sia pur nella loro convenzionale scientificità, non sono in grado di esplorare la vita ed i diversi fenomeni con cui si manifesta la biologia nelle sue relazioni con l'ambiente e con il contesto sociale, che, sempre più spesso, fungono come amplificatori fenomenici di ciò che osserviamo e di ciò che siamo in grado di descrivere solo superficialmente, come chi pretende di studiare le profondità marine nuotando in superficie ad osservare la vita sommersa ad occhio nudo.

Dobbiamo essere consapevoli di ciò e dobbiamo, soprattutto, affinare la nostra sensibilità cromatica (e, con essa, i nostri apparati concettuali) se vogliamo essere professionisti responsabili che si cimentano con la complessità fenomenica sì con umiltà ma anche con l'ambizione di riuscire a coglierla e, in qualche modo, a descriverla e a misurarla.

* Dottore di ricerca, Facoltà di Scienze cognitive, Dipartimento di Scienze della Cognizione e della Formazione (Università degli Studi di Trento).
** Direttore Distretto sanitario Centro-Nord e direttore Unità Operativa di Medicina legale Azienda provinciale per i Servizi sanitari di Trento.

In questa direzione vuole andare la presente riflessione, che ripropone la nostra personale esperienza in tema di valutazione dell'*impairment cognitivo*.

Diamo per scontata, in questa sede, la conoscenza delle norme che disciplinano l'indennità di accompagnamento (il riferimento è alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, alla legge 21 novembre 1988, n. 508, e al decreto legislativo 23 novembre 1998, n. 509) limitandoci a ricordare che due sono le condizioni necessarie ma non sufficienti che sostengono tale diritto: l'«*inabilità totale*» e, per i soggetti infradiciottenni ed ultrasessantacinquenni, le «*difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età*».

Questi due requisiti-base (l'*inabilità totale* e le *difficoltà persistenti*) devono essere meglio esplorati non tanto sul piano tassonomico, quanto invece rispetto al loro oggetto: in altre parole rispetto al «*che cosa*», prima di addentraci nei molti problemi che si incontrano nel definire le relative metodologie valutative.

Rispetto alla *inabilità totale* la situazione risulta chiara.

L'*inabilità totale*, che si configura come un paradigma concettuale strettamente collegato all'*inabilità al lavoro* dell'invalidità pensionabile [16], deve essere, infatti, valutata in relazione al *danno funzionale permanente* (art. 1 del decreto legislativo n. 509/1988), utilizzando la criteriologia medico-legale esplicitamente individuata dal decreto legislativo n. 509/1988 e le indicazioni tabellari del decreto del Ministero della Sanità 5 febbraio 1992: con riferimento, dunque, all'*impairment* lavorativo prodotto da ciascuna minorazione e/o dal complesso delle minorazioni, concorrenti e/o coesistenti che esse siano, in riferimento alla capacità di *lavoro generico*.

Rispetto alle *difficoltà persistenti* i problemi interpretativi rimangono, invece, quanto mai aperti (ed insoluti): le normative richiamate individuano le due condizioni necessarie ma non sufficienti (pre-requisiti) alla base del diritto all'indennità di accompagnamento, le identificano, distintamente, nella «*inabilità totale*» e nelle «*difficoltà persistenti*» e riconducono queste ultime, ancorché limitatamente ai soggetti infradiciottenni ed ultrasessantacinquenni, non già all'*impairment lavorativo* quanto, invece, alla capacità di *svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età.* Compiti e funzioni dell'età che non sono stati, tuttavia, individuati dal legislatore, che sembra, dunque, intenderli in maniera indistinta, con un difetto di esplicitazione che è all'origine di quel corto circuito interpretativo che, a ben vedere, finisce per sovrapporle (confonderle) con gli *atti quotidiani della vita* che rappresentano, insieme alla capacità di deambulare, una delle due condizioni che legittimano il diritto all'indennità di accompagnamento; con tutta una serie di incoerenze cui è il caso accennare.

Una prima incoerenza nasce dalla staticità dei *compiti* e delle *funzioni proprie della (loro) età* riferita a due grandi ed eterogenee categorie di popolazione, rappresentate dai soggetti infradiciottenni e dai soggetti ultrasessantacinquenni, che non consente la loro modulazione in relazione all'effettiva situazione della persona; i *compiti* e le *funzioni proprie del-*

l'età di un neonato di pochi mesi non possono essere certamente confusi con quelli di un adolescente come, del resto, i *compiti* e le *funzioni proprie dell'età* di un soggetto 65-enne ancora in attualità di lavoro non possono essere assimilati a quelli di una persona ultracentenaria.

Una seconda incoerenza è prodotta dall'accennato difetto di esplicitazione che finisce con il confondere (sovrapporre) i *compiti* e le *funzioni proprie della (loro) età* con gli *atti quotidiani della vita* che riproducono, nella nostra lingua, una terminologia della medicina riabilitativa anglosassone (*activity daily living*) e per la cui valutazione sono state proposte, nel tempo, moltissime *scale di valutazione multi-dimensionale*; questi ultimi rappresentano, eventualmente, lo «zoccolo duro» (o la base) di un'ipotetica piramide che, più estensivamente, individua i *compiti* e le *funzioni proprie dell'età* ma non possono certamente (ri)comprenderli esaustivamente o, addirittura, essere interpretati come un loro sinonimo.

Una terza incoerenza connota, infine, uno tra i più evidenti paradossi che caratterizzano, oggi, il sistema di valutazione dell'invalidità civile. Mentre l'*impairment* lavorativo si determina con la rigorosa applicazione delle regole stabilite dal decreto legislativo n. 509/1988 che, nel gioco delle menomazioni concorrenti e coesistenti e delle franchigie previste, consente una discrezionalità, rispetto alle percentuali di invalidità ottenute con l'applicazione delle Tabelle approvate nel 1992, di 5 punti percentuali (in più o in meno) in relazione alle occupazioni confacenti alle attitudini del soggetto, alla eventuale specifica attività lavorativa svolta ed alla formazione tecnico-professionale del medesimo, i *compiti* e le *funzioni proprie dell'età* e le relative *difficoltà persistenti* risentono di un'area di ampia incertezza definitoria sostenuta da un vuoto legislativo fuorviante che, prestandosi alla libera interpretazione, finisce con il creare, nel nostro Paese, fenomeni di ampia disequità sociale.

Questo vuoto è stato colmato, a più riprese, da alcuni tentativi di interpretazione/esplicitazione delle norme che hanno finito con il creare l'effetto opposto: quello, cioè, di produrre altre confusioni definitorie in un settore di tutela che necessita di un'ampia, e non più differibile, riforma strutturale.

Ci si riferisce, in particolare a tre circolari del Ministero della Sanità emanate, rispettivamente, il 4 dicembre del 1981, il 28 settembre del 1992 ed il 27 luglio 1998 senza contare la recente circolare emanata dall'Inps di dubbia legittimità.

Con la prima circolare del 1981 (prot. n. 500.6/AG. 927-58-1449) il Ministero della Sanità ha cercato di chiarire, anche se in maniera del tutto succinta, le due condizioni alternativamente previste per il diritto all'indennità di accompagnamento pur senza affrontare, come nella circolare successiva, la questione, pregiudiziale, dei *compiti* e delle *funzioni proprie dell'età*. In questa circolare viene precisato che «[…] *si trovano nella impossibilità di deambulare gli invalidi che non deambulano neppure con l'aiuto di presidi ortopedici*» e che «[…] *per atti quotidiani della vita si intendono quelle azioni elementari che espleta quotidia-*

namente un soggetto normale di corrispondente età e che rendono il minorato che non è in grado di compierle, bisognevole di assistenza».

Con la successiva circolare del 1992, lo stesso Ministero ha identificato gli atti quotidiani della vita in «[…] *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*»; rispetto alla precedente, questa circolare estende il concetto di «*atti quotidiani della vita*» finendo con il (ri)-comprendervi anche quelle funzioni «*relativamente più complesse*» che, sia pur disgiunte dall'*impairment* lavorativo, consentono alla persona un'esistenza comunque dignitosa.

Con la circolare del Dipartimento della Prevenzione del Ministero della Sanità del 27 luglio 1998 (prot. n. DPV.4/H-F1/643) si affronta, invece, la questione delle *difficoltà persistenti* in una maniera del tutto incoerente rispetto all'ampia elaborazione dottrinale [11], anche se con l'obiettivo di dichiarato di «[…] *semplificare il lavoro delle commissioni di accertamento*» e di risolvere gli ampi problemi prodotti dal venir meno della percentualizzazione dell'*impairment* lavorativo nei soggetti anziani ultrasessantacinquenni e che, per la frammentarietà delle norme, erano all'origine di ampie difficoltà sia nel campo della fornitura di protesi e/o di ausili sia nel campo dell'esenzione dalla quota di partecipazione alla spesa farmaceutica ed a quella sanitaria.

Questa circolare interpretativa, nel tentativo di porre rimedio ai problemi creati (o sfuggiti) dallo stesso legislatore, ha, per così dire, graduato le *difficoltà persistenti* di cui all'art. 6 del decreto legislativo n. 509/1988 su tre livelli (identificati con l'aggettivo di «*lieve*», «*medio-grave*» e «*grave*»), dedotti, «[…] *o sulla base degli atti o procedendo ad una nuova visita medica*», in riferimento alla misura percentuale dell'*impairment* lavorativo: un'operazione, questa, del tutto fuorviante che, nella sua apparente semplicità, ha prodotto aspetti del tutto deteriori sul piano della corretta interpretazione delle norme che disciplinano l'istituto dell'invalidità civile e di altre norme di settore, l'handicap in particolare [4 e 5].

Le richiamate circolari ministeriali hanno, dunque, ingenerato un ulteriore confusione interpretativa ed hanno prodotto ampi problemi applicativi nonostante l'auspicata semplificazione, anche perché:

- non esplicitano quali sono gli *atti quotidiani della vita* in relazione ai quali devono essere valutate le *difficoltà persistenti* pur individuandoli, a più riprese, nelle «*azioni elementari*» ed anche in quelle «*relativamente più complesse* […] *tese al soddisfacimento di quel minimo di esigenze medie di vita rapportabili ad un individuo normale di età corrispondente* […]»;
- non indicano quali sono gli strumenti (griglie) da utilizzare nella valutazione delle *difficoltà persistenti* e se, analogamente all'*impairment* lavorativo, esista o meno una soglia di franchigia il cui superamento legittima il diritto all'indennità di accompagnamento;

- corto-circuitano i problemi creati dal legislatore graduando le *difficoltà persistenti* in relazione alla misura percentuale dell'*impairment* lavorativo.

Questi brevi richiami problematici sono, almeno così ci sembra, di immediata evidenza se li trasferiamo al campo della valutazione dell'*impairment cognitivo* dando da subito atto che tale valutazione, coerentemente con quanto previsto dalla legge finanziaria del 2003, deve rispettare i criteri diagnostico previsti dal DSM-IV[9] dovendo, pertanto, avvenire con la valutazione strutturata dei seguenti domini:

- le funzioni cognitive;
- i sintomi non cognitivi e la depressione;
- la co-morbilità somatica;
- lo stato funzionale.

La valutazione delle funzioni cognitive richiede, evidentemente, l'esame clinico della persona orientato a ricercare la presenza di segni neurologici suggestivi di una malattia focale del sistema nervoso centrale, le eventuali incoordinazioni nei movimenti combinati, i segni di un eventuale interessamento extra-piramidale e l'atassia nella marcia: l'esame clinico deve essere completato, evidentemente, con la somministrazione di una testistica a ciò utile (il Mmse è il test da noi usato da molti anni) nel caso in cui esso orienti per una compromissione della memoria e/o quando la persona si presenta a visita esibendo documentazione clinica nella quale si attesti l'esistenza di una demenza e/o di un deterioramento cognitivo. Il colloquio clinico ed il Mmse consentono una valutazione sufficientemente completa delle funzioni cognitive qualificandone l'eventuale compromissione e, soprattutto, quantificandone la perdita attraverso un valore numerico cui non si deve, tuttavia, assegnare un valore taumaturgico per negare o riconoscere il diritto all'indennità di accompagnamento.

La valutazione dei sintomi non cognitivi (e della depressione) è di fondamentale importanza in questi pazienti e, tra le molte scale proposte, particolare interesse hanno la *Geriatric Depression Scale* (Gds) proposta da Yesavage e Coll. nel 1983, la *Cornell scale for depression in dementia* e la *Scala clinica per la valutazione dell'insight.*

La *Geriatric Depression Scale* (tab. 1) è una tra le più diffuse scale per la valutazione di sintomi depressivi nell'anziano e può essere utilizzata anche nel paziente demente di grado lieve-moderato; se ne sconsiglia, invece, l'utilizzo nei pazienti con un Mmse inferiore a 15.

[9] A tali criteri si riferisce, esplicitamente, la legge finanziaria del 2003: «… *Le regioni sono altresì chiamate a vigilare sull'applicazione della legge in vigore, in merito all'accertamento delle condizioni d invalidità ed alla conseguente erogazione di indennità prevedendo, senza maggiori oneri per lo Stato, che le Commissioni deputate accolgano la diagnosi dei medici specialisti del Servizio sanitario nazionale o delle Unità di Valutazione Alzheimer secondo i criteri del DSM IV riconosciuti dall'Organizzazione mondiale della sanità*».

TABELLA 1 – LA GERIATRIC DEPRESSION SCALE

		Sì	No
1	È soddisfatto della sua vita?	0	1
2	Ha abbandonato molte delle sue attività e dei suoi interessi?	1	0
3	Ritiene che la sua vita sia vuota?	1	0
4	Si annoia spesso?	1	0
5	Ha speranza nel futuro?	0	1
6	È tormentato da pensieri che non riesce a togliersi dalla testa?	1	0
7	È di buon umore per la maggior parte del tempo?	0	1
8	Teme che le stia per capitare qualcosa di brutto?	1	0
9	Si sente felice per la maggior parte del tempo?	0	1
10	Si sente spesso indifeso?	1	0
11	Le capita spesso di essere irrequieto e nervoso?	1	0
12	Preferisce stare a casa, piuttosto che uscire a fare cose nuove?	1	0
13	Si preoccupa frequentemente per il futuro?	1	0
14	Pensa di avere più problemi di memoria della maggior parte delle persone?	1	0
15	Pensa che sia bello stare al mondo, adesso?	0	1
16	Si sente spesso abbattuto e triste. adesso?	1	0
17	Trova che la sua condizione attuale sia indegna di essere vissuta?	1	0
18	Si tormenta molto pensando al passato?	1	0
19	Trova che la sita sia molto eccitante?	0	1
20	Le risulta difficile iniziare ad occuparsi di nuovi progetti?	1	0
21	Si sente pieno di energia?	0	1
22	Pensa di essere in una situazione priva di speranza?	1	0
23	Pensa che la maggior parte delle persona sia in una condizione migliore della sua?	1	0
24	Le capita spesso di turbarsi per cose poco importanti?	1	0
25	Ha frequentemente voglia di piangere?	1	0
26	Ha difficoltà a concentrasi?	1	0
27	Si alza con piacere la mattina?	0	1
28	Preferisce evitare gli incontri sociali?	1	0
29	Le riesce facile prendere delle decisioni?	0	1
30	ha la mente lucida come prima?	0	1
Totale: _____/30			

Questa scala risulta composta da 30 *items*: le risposte sono di tipo binario (sì/no) e questo rende lo strumento di facile utilizzo nei pazienti anziani con deficit cognitivo. Il punteggio varia da 0 (non depresso) a 30 (massima gravità della depressione), con un *cut-off* individuato a 11 per la presenza di sintomi depressivi clinicamente rilevanti. La gravità della depressione viene quindi così rappresentata: da 0 a 10 assente, da 11 a 16 depressione lieve-moderata, 17 o superiore depressione grave.

La *Cornell Scale for Depression in Dementia* (tab. 2) è una scala disegnata per la valutazione dei sintomi depressivi nei pazienti dementi; essa utilizza una serie standardizzata di

items che sono rilevati attraverso un'intervista ad una persona che conosce il paziente (familiare o operatore) ed il colloquio semi-strutturato con il paziente. Si tratta quindi di uno strumento osservazionale, che non richiede la risposta diretta del paziente a domande formulate in modo standardizzato. La scala si compone di 19 *items,* con risposte che hanno un punteggio graduato da 0 (sintomo assente) a 2 (sintomo severo); in popolazioni di dementi uno *score* superiore a 9 alla Cds identifica i soggetti affetti da sindrome depressiva.

TABELLA 2– LA CORNELL SCALE FOR DEPRESSION IN DEMENTIA (CDA)

	Non applicabile	Assente	Lieve /moderato	Severo
Alterazioni del tono dell'umore				
Ansia (espressione ansiosa, ruminazione, inquietudine)	a	0	1	2
Tristezza (espressione triste, voce triste al limite del pianto)	a	0	1	2
Mancanza di reazioni ad avvenimenti piacevoli	a	0	1	2
Irritabilità (facilmente irritabile, in collera, annoiato)	a	0	1	2
Disturbi comportamentali				
Agitazione (impazienza, movimento nervoso delle mani)	a	0	1	2
Rallentamento motorio /movimenti rallentati, discorso rallentato, reazioni lente)	a	0	1	2
Lamento di molteplici disturbi fisici (segnare o in presenza di soli sintomi gastrointestinali)	a	0	1	2
Perdita di interessi (minore partecipazione alle attività usuali) (segnare solo se è intervenuto un significativo mutamento rispetto al mese recedente)	a	0	1	2
Segni fisici				
Diminuzione dell'appetito (mangia meno del solito)	a	0	1	2
Perdita di peso (segnare se la perdita di peso è superiore a 2 kg in meno di un mese)	a	0	1	2
Mancanza di energia (si stanca facilmente, è incapace di sostenere una attività) (segnare solo se è intervenuto un significativo mutamento rispetto al mese precedente)	a	0	1	2
Funzioni cicliche				
Variazioni del tono dell'umore durante la giornata (sintomi più intensi al mattino)	a	0	1	2
Difficoltà ad addormentarsi (si addormenta più tardi rispetto al solito)	a	0	1	2
Numerosi risvegli notturni	a	0	1	2
Precoce risveglio mattutino (risveglio precoce rispetto al solito)	a	0	1	2
Disturbi ideativi				
Suicidio (sentimento che la vita non vale la pena di essere vissuta, desiderio di suicidio, tentato suicidio)	a	0	1	2
Bassa autostima (autoaccusa, diminuzione della stima di sé, sentimento di fallimento)	a	0	1	2
Pessimismo (si attende il peggio)	a	0	1	2
Deliri relativi all'umore (idee deliranti di rovina, di malattia di abbandono)	a	0	1	2

La *Clinical insight rating scale* (Cirs) è formulata come intervista semi-strutturata e deve essere preceduta da un colloquio con il *caregiver* del paziente durante il quale sono indagate le motivazioni della visita, la durata di malattia, le modalità di insorgenza e di progressione dei deficit cognitivi, dall'impatto di questi sullo stato funzionale e la condizione clinica attuale [31]. La Cirs (tab. 3), che valuta un ampio spettro dell'*insight,* si sviluppa in quattro direzioni: a) la ragione della visita medica; b) i deficit cognitivi; c) i deficit funzionali; d) la percezione della progressione della malattia. Il punteggio complessivo varia da 0 a 8 ed ogni *item* può avere un punteggio da 0 a 2. Un punteggio di 0 equivale alla piena consapevolezza; quello di 2 alla negazione totale mancanza di *insight*; un punteggio di 1 equivale ad una parziale o minima consapevolezza dei deficit.

TABELLA 3 – LA CLINICAL INSIGHT RATING SCALE (CIRS)

	Insight completo	Insight parziale	Insight nullo
Consapevolezza della ragione della visita	0	1	2
Consapevolezza del deficit cognitivo	0	1	2
Consapevolezza dei deficit funzionali	0	1	2
Consapevolezza della progressione della malattia	0	1	2
Totale ____/8			

1. «Consapevolezza della ragione della visita»
Questo *item* indaga la consapevolezza della situazione. Il paziente è valutato in base al grado di consapevolezza che egli sta vedendo il medico per richiesta di qualcuno, per una specifica ragione. Il punteggio è misurato basandosi sulle domande del colloquio preliminare con il *caregiver* del paziente.

2. «Consapevolezza del deficit cognitivo»
Questo *item* è valutato basandosi su domande specifiche al paziente e al *caregiver* riguardanti la presenza di deficit di memoria. Il punteggio di 1 dovrebbe essere dato alla consapevolezza della disfunzione di memoria, ma che il paziente non riferisce come un problema.

3. «Consapevolezza dei deficit funzionali»
Anche questo *item* è valutato basandosi su domande specifiche durante l'intervista, inerenti allo stile di vita del paziente.

4. «Consapevolezza della progressione della malattia»
Misurata secondo le funzioni di base del paziente al tempo dell'insorgenza della demenza, è basata sull'informazione derivata da referti medici così come dall'intervista.

Gli strumenti poc'anzi ricordati sono, a nostro giudizio, in grado di esplorare (assieme alla scala di Barthel ed alla scala di Tinetti) i diversi domini di espressione fenomenica dell'*impairment* cognitivo che va, successivamente, graduato in livelli crescenti di gravità poiché il Mmse non è assolutamente in grado di cogliere il dis-funzionamento della persona prodotto, spesso, dai disturbi del comportamento che – oggi lo sappiamo – rappresentano una manifestazione non satellitare delle demenze.

Per i nostri scopi, una *scala di valutazione multi-assiale* dell'*impairment cognitivo* dovrebbe rispondere ad una serie di presupposti ben definiti e dovrebbe essere in grado di coniugare, su un unico multiasse, i sintomi cognitivi, quelli non cognitivi e le eventuali co-morbilità somatiche che, invece, devono essere separatamente indagati: essa dovrebbe, in particolare, essere in grado di analizzare qualitativamente ciò che estensivamente (e genericamente) il legislatore ha definito come *compiti* e *funzioni proprie dell'età* procedendo, nel contempo, ad una quantificazione rigorosa delle *difficoltà persistenti* avvalendosi sì del resoconto anamnestico fornito dalla persona (e/o dai familiari della stessa), ma comprovandolo sul piano dimostrativo, coerentemente con la nostra tradizionale metodologia.

Purtroppo una scala di valutazione unica che soddisfa, contestualmente, questi criteri quali-quantitativi non è stata ancora validata sul piano internazionale e, parimenti, proposte operative che incrociano i risultati dei *tests* che indagano i sintomi cognitivi (ad esempio il Mmse) con le attività della vita quotidiana (le Adl), pur essendo state formulate, hanno ancora un'area di sovrapposizione così ampia che non sono purtroppo utilizzabili per le nostre finalità.

Queste criticità possono essere superate, almeno, in parte ricorrendo a due scale di valutazione che, uniformandosi ai criteri diagnostici della demenza proposti dal Dsm IV, forniscono una valutazione complessiva della demenza e del relativo indice di gravità; il riferimento è alla *Global Deterioration Scale* (Gds) e, soprattutto, alla *Clinica Dementia rating* (Cdr) che, proposta negli anni '80 da Hughees e Coll., ha subito alcune revisioni fino all'ultima proposta da Morris nel 1993 (tab. 4).

TABELLA 4 – LA CLINICAL DEMENTIA RATING SCALE (CDR)

	Normale Cdr 0	Demenza dubbia Cdr 0.5	Demenza lieve Cdr 1	Demenza moderata Cdr 2	Demenza grave Cdr 3
Memoria	Memoria adeguata o smemoratezza occasionale	DemenzaLieve smemoratezza permanente; parziale rievocazione di eventi	Perdita memoria modesta per eventi recenti; interferenza attività quotidiane	Perdita memoria severa: materiale nuovo perso rapidamente	Perdita memoria grave; rimangono alcuni frammenti
Orientamento	Perfettamente orientato	Perfettamente orientato	Alcune difficoltà nel tempo; possibile disorientamento topografico	Usualmente disorientamento temporale, spesso spaziale	Orientamento solo personale
Giudizio e soluzione problemi	Risolve bene i problemi giornalieri; giudizio adeguato rispetto al passato	Dubbia compromissione nella soluzione di problemi; analogie differenze	Difficoltà moderata; esecuzione di problemi complessi; giudizio sociale adeguato	Difficoltà severa esecuzione di problemi complessi; giudizio sociale compromesso	Incapace di dare giudizi o di risolvere problemi
Attività sociali	Attività indipendente e livelli usuali ne lavoro, acquisti, pratiche burocratiche	Solo dubbia compromissione nelle attività descritte	Incapace di compiere indipendentemente le attività, ad esclusione di attività facili	Nessuna pretesa di attività indipendente fuori casa. In grado di essere portato fuori casa	Nessuna pretesa di attività indipendente fuori casa. Non in grado di uscire
Casa e hobbies	Vita domestica e interessi intellettuali conservati	Vita domestica e interessi intellettuali lievemente compromessi	Lieve ma sensibile compromissione della vita domestica; abbandono hobbies ed interessi	Interessi ridotti, non sostenuti, vita domestica ridotta a funzioni semplici	Nessuna funzionalità fuori dalla propria camera
Cura personale	Interamente capace di curarsi della propria persona	Richiede facilitazione	Richiede aiuto per vestirsi, igiene, utilizzazione effetti personali	Richiede molta assistenza per cura personale; non incontinenza urinaria	Richiede molta assistenza per cura personale; incontinenza urinaria

CDR 4: Demenza molto grave
Il paziente presenta severo deficit del linguaggio o della comprensione, problemi nel riconoscere i familiari, incapacità a deambulare in modo autonomo, problemi ad alimentarsi da solo, nel controllare la funzione intestinale o vescicale.

CDR 5: Demenza terminale
Il paziente richiede assistenza totale perché completamente incapace di comunicare, in stato vegetativo, allettato, incontinente.

Per ottenere il punteggio Cdr è necessario disporre di informazioni raccolte da un familiare o operatore che conosce il soggetto e di una valutazione delle funzioni cognitive del paziente con particolare riferimento ai seguenti aspetti: 1) memoria; 2) orientamento temporale e spaziale; 3) giudizio ed astrazione; 4) attività sociali e lavorative; 5) vita domestica, interessi ed hobby; 6) cura della propria persona. In base al grado di compromissione viene assegnato un punteggio variabile tra 0 e 3, dove: 0= normale; 0.5= dubbia compromissione; 1= compromissione lieve; 2= compromissione moderata; 3= compromissione severa. Ogni aspetto va valutato in modo indipendente rispetto agli altri. La memoria è

considerata categoria primaria; le altre categorie (orientamento, giudizio e *problem solving*, attività sociali, familiari, hobby e cura personale) sono, invece, secondarie. Se almeno tre categorie secondarie ottengono lo stesso punteggio della memoria, allora il Cdr è uguale al punteggio ottenuto nella memoria.

Il punteggio globale viene ricavato dai punteggi ottenuti in ognuna delle sei funzioni indagate nel modo seguente: il punteggio globale della Cdr equivale a quello della categoria della memoria (Cdr = M) quando in almeno tre categorie secondarie si ottiene un punteggio uguale a quello della memoria in modo che quattro valutazioni si trovano sulla stessa colonna verticale delle cinque in cui si compone la scala; nel caso in cui in tre o più categorie secondarie si ottenga un punteggio differente (superiore o inferiore) rispetto a quello della memoria, il punteggio Cdr è uguale a quello con il maggior numero di categorie secondarie qualunque sia il risultato di M; nel caso in cui, infine, il punteggio di tre categorie secondarie identifica una colonna posta da un lato di M e quello delle altre due colonne si trovi sul lato opposto, il punteggio Cdr sarà quello di M; nel caso in cui M sia uguale a 0,5, il Cdr sarà di 1 se almeno tre categorie secondarie hanno un punteggio uguale o superiore a 1; nel caso in cui M sia uguale a 0, il Cdr sarà 0 a meno che non vi sia compromissione uguale o superiore a 0,5 in due o più categorie secondarie.

Con la Cdr i pazienti affetti da demenza possono essere perciò classificati in 5 livelli progressivi di gravità: stadio 1 (compromissione lieve); stadio 2 (compromissione moderata); stadio 3 (compromissione grave); stadio 4 (demenza molto grave quando presentano severo deficit del linguaggio o della comprensione, problemi nel riconoscere i familiari, incapacità a deambulare in modo autonomo, problemi ad alimentarsi da soli, nel controllare la funzione intestinale o vescicole; stadio 5 (demenza terminale quando richiedono assistenza totale perché completamente incapaci di comunicare, in stato vegetativo, allettati, incontinenti).

Possiamo, giunti a questo punto, presentare la nostra proposta di valutazione dell'*impairment cognitivo*, che noi usiamo, da alcuni anni, dentro un rigoroso percorso diagnostico, i cui *steeps* fondamentali sono rappresentati:

- dalla rigorosa raccolta anamnestica (fornita anche ai *caregivers*);
- dall'accurato esame obiettivo finalizzato all'esame della compromissione cognitiva, dei sintomi non cognitivi (della depressione e dei disturbi comportamentali eventualmente associati) e degli altri indici di disabilità prodotti dalle co-morbilità somatiche, in riferimento agli atti quotidiani della vita (Adl Barthel) ed alla deambulazione (Barthel-mobilità);
- dal completamento dell'esame obiettivo con l'effettuazione del Mmse e degli altri eventuali test integrativi per la valutazione dei sintomi non cognitivi;
- dall'inquadramento della gravità della demenza utilizzando i 5 livelli progressivi di gravità Cdr;

- dalla formulazione di una epicrisi medico-legale che deve tener comunque conto di tutti gli elementi raccolti in sede anamnestica e clinica e che deve saper coerentemente coniugare tutti i dati semeiologici.

Il che significa abbandonare quella prassi valutativa che porta a riconoscere (o negare) il diritto all'indennità di accompagnamento sulla base della sola applicazione di una testistica (il Mmse) che esplora le funzioni cognitive riconoscendo ad essa quel valore taumaturgico del «*si*» o «*no*» sempre e comunque che non le è intrinseco né in ambito clinico né, tanto meno, nell'ambito valutativo di nostra pertinenza. La testistica neuro-psicologica aiuta ma non surroga il procedimento clinico; procedimento che deve essere in grado di identificare la diagnosi e la gravità della compromissione funzionale e di tradurla, successivamente, nell'*impairment* (nel *danno funzionale permanente*) che nella persona in età lavorativa dovrà essere medico-legalmente quantificato in relazione alle indicazioni tabellari di cui al decreto ministeriale 5 febbraio 1992 e nella persona anziana ultrasessantacinquenne in riferimento alle *difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età*, prima di procedere all'individuazione dei presupposti che legittimano il diritto all'indennità di accompagnamento.

Indennità di accompagnamento che, nel caso delle persone dementi, potrà essere riconosciuta – ed è questa la nostra proposta operativa – nei casi in cui si documenti almeno una tra le seguenti situazioni:

- la compromissione di tutte le funzioni cerebrali superiori comprovata dal *Mini Mental state examination* (Mmse) quando il risultato testistico sia pari o inferiore a 17/30, considerato che, in queste situazioni, gli indici di Barthel-Adl risultano gravemente compromessi non solo in relazione ai problemi cognitivi ma anche per la riduzione/perdita della capacità di organizzazione e di pianificazione dei compiti e delle azioni;
- la ripercussione dei disturbi cognitivi e non cognitivi, sulla vita sociale qualificata, secondo i criteri diagnostici della *Clinical dementia rating scala* (Cdr), nelle ultime 4 classi («*moderata*», «*severa*», «*molto grave*» *e* «*terminale*»), indipendentemente dai test psicometrici ed anche quando i risultati del Mmse siano superiori a 17/30;
- la ripercussione dei disturbi cognitivi e non cognitivi sulla vita sociale qualificata, secondo i criteri diagnostici della *Global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia (Gds)*, nelle ultime 3 classi («*deficit cognitivo moderatamente grave*», «*deficit cognitivo grave*» e «*deficit cognitivo molto grave*» *molto grave*»), indipendentemente dai test psico-metrici ed anche quando i risultati del Mmse siano superiori a 17/30;
- l'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore (Barthel-mobilità tra 0 e 10);
- l'impossibilità di compiere autonomamente gli atti quotidiani della vita (ADL-Barthel tra 0 e 10).

Bibliografia

1. Alexopulos G.S., Abrams R.C., Young B.C., Shamoian C.A., *Cornell scale for depression in dementia*, in «Biol. Psychiatr.», 1988, n. 23: pp. 271 e ss.
2. Cembrani F., *Il ruolo della medicina legale nella tutela assistenziale degli invalidi civili*, Temi Editore, Trento, 1991.
3. Cembrani F., *Handicap in situazione di gravità. Quale definizione*, in Atti del Seminario Nazionale di studio sulle politiche di intervento a favore dei disabili gravi, S. Benedetto del Tronto, 9-10 febbraio 2001, a cura del Centro di Ricerca e Documentazione sulla disabilità Regione Marche, Assessorato ai Servizi Sociali, 2002.
4. Cembrani F., Larentis C., Merz F., Gottardi S., *L'anagrafe dell'handicap nella Provincia autonoma di Trento: il bilancio dell'attività della Commissione Sanitaria prevista dall'art. 4 della Legge 5 febbraio 1992, n. 104 a dieci anni dalla approvazione della Legge quadro sull'handicap,* in «Difesa Sociale», n. 3, 2003, pp. 113 e ss.
5. Cembrani F., *L'handicap in situazione (con connotazione) di gravità: quale chiave di lettura per la definizione,* «Iura Medica», n. 3, 2003, p. 519 e ss.
6. Cembrani F., *Esegesi e limiti del concetto di handicap in situazione di gravità*, in Atti del Convegno Nazionale «Menomazione, capacità, partecipazione: metodologia medico-legale per l'accertamento delle disabilità civili. Prospettive di riforma del sistema di sicurezza sociale per una migliore integrazione del cittadino disabile», Ferrara, 18-20 marzo 2004, Noceto (Parma), Edizioni Essebiemme, 2005.
7. Cembrani F., *La Medicina Legale nella Provincia autonoma di Trento alla luce della deliberazione n. 386 approvata dalla Giunta provinciale di Trento il 21 febbraio 2003: bilancio «fallimentare», politica «di saldo» o «scelta innovatrice» per la Disciplina?*, in Atti del Convegno Nazionale «Menomazione, capacità, partecipazione: metodologia medico-legale per l'accertamento delle disabilità civili. Prospettive di riforma del sistema di sicurezza sociale per una migliore integrazione del cittadino disabile», Ferrara, 18-20 marzo 2004, Noceto (Parma), Edizioni Essebiemme, 2005.
8. Cembrani F., *Prospettive attuali e future nella valutazione dello stato di bisogno: esperienze a confronto,* in Atti del Convegno Nazionale «La società di tutti. Nuove politiche per la famiglia, disabili e non autosufficienti», Trento, 30 settembre - 1° ottobre 2004, Edizioni Provincia autonoma di Trento.
9. Cembrani F., cfr. voce *Invalidità* e voce *Handicap in situazione (con connotazione) di gravità*, in *Lavorare con la cronicità*, Roma, Carocci - Faber Edizioni, 2004.
10. Cembrani F., Noro G., cfr. voce *Valutazione multi-dimensionale*, in *Lavorare con la cronicità*, Roma, Carocci - Faber Edizioni, 2004.
11. Cembrani F., Rodriguez D., Aprile A., Arseni A., *La libertà dallo stato di bisogno: l'evoluzione normativa e la situazione attuale*, in Cembrani F. (a cura di), *Disabilità e liber-*

tà dal bisogno. L'anagrafe dell'handicap della Provincia autonoma di Trento, Erickson Editore, Trento, 2005.

12. Cembrani F., *La valutazione della demenza nell'ambito medico-legale per la concessione dei benefici di invalidità civile*, «Giornale di Gerontologia», 2006, n. 5, pp. 289 e ss.
13. Cembrani F., *Evoluzione concettuale dell'handicap: la legge n. 104/1992 verso una futura applicazione*, in Atti del Convegno nazionale «Dalla valutazione dell'invalidità civile a quella bio-psicosociale: il percorso della diagnosi funzionale dalla legge 104/92 all'Icf», L'Aquila, 11-13 maggio 2006, in corso di stampa.
14. Cembrani F., Del Vecchio S., Bavaresco S., Baldantoni E., *Le «difficoltà persistenti» a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età e l'«indennità di accompagnamento»: vecchi e nuovi problemi nella valutazione medico-legale dell'invalidità civile*, in «Rivista italiana di Medicina legale», in corso di stampa.
15. Cembrani F. *Proposta di (ri)-vitalizzazione in invalidità civile*, in Atti del 5° Congresso Nazionale del Coordinamento dei medici legali delle Aziende Sanitarie, Genova, 8-11 novembre 2006, in corso di stampa.
16. Cembrani F., Cembrani V., *La valutazione medico-legale della demenza*, Ragiusan (in corso di stampa).
17. Cingolani M., *La Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute* (Icf), in Cembrani F. (a cura di), *Disabilità e libertà dal bisogno. L'anagrafe dell'handicap della Provincia autonoma di Trento*, Erickson Editore, Trento, 2005.
18. Folstein M.F., Folstein S.E., Mchug P.R., *Mini mental state a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician*, in «J. Psychiat. Res.», 1975, n. 12, pp. 189 e ss.
19. Yesavage J.A., Rose T.L., Lum O., Huangh V., *Development and validation of geriatric depression screening: a preliminary report*, in «J. Psychiatr. Res.», 1983, n. 17, pp. 37 e ss.
20. Gerin C., La *valutazione medico-legale del danno alla persona in responsabilità civile*, Giuffrè Editore, Milano, 1987.
21. Katz S., Ford A.B., Moskowitz R.W., Jackson B.A., Jaffe M.W., *Studies of illness in the aged. The index od Adl: a standardized measure of biological and psychosocial function*, in «Jama», 1963, n. 185, p. 914 e ss.
22. Martelloni M., *Relazione introduttiva*, in Atti del Convegno Nazionale «Menomazione, capacità, partecipazione: metodologia medico-legale per l'accertamento delle disabilità civili. Prospettive di riforma del sistema di sicurezza sociale per una migliore integrazione del cittadino disabile», Ferrara 18-20 marzo 2004, Noceto (Parma), Edizioni Essebiemme, 2005.
23. Martini M., Scorretti C., *L'invalidità civile*, Essebiemme Editore, Noceto (Parma), 1999.

24. Mahoney F.I., Barthel D.W., *Functional evaluation. The Barthel index*, in «Md State Med. J.», 1965, n. 14, pp. 61 e ss.
25. Masur H., *Scale e punteggi. Quantificazione dei deficit neurologici,* Edi-Ermes Editore, Milano, 1999.
26. Ott B.R., Lafleche G., Whelihan W.M., Buongiorno G.W., Albert M.S., Fogel B.S., *Impaired awareness of deficits in Alzheimer's Disease*, in «Alzheimer Dis. Assoc. Dis.», 1996, n. 10, pp. 68 e ss.
27. Peccarisi C., Caltagirone C. Bugiani O. (a cura di), *Rating scales delle demenze*, Edi-farm, Milano, 2005.
28. Regione Emilia Romagna, *Linee-guida per la diagnosi e la valutazione del paziente affetto da demenza,* 2000.
29. Reuben D.B., Sui A.L., *An objective measure of physical function of elderly outpatients,* in «J. Am. Geriatr. Soc.», 1990, n. 38, pp. 1105 e ss.
30. Tinetti ME., *Performance-oriented assessement of mobility problems in elderly patients, in* «JAGS», 1986, n. 34, pp. 119 e ss.
31. Vallotti B., Zanetti O, Bianchetti A., Trabucchi M., *L'insight del paziente demente: riproducibilità di due strumenti di valutazione*, *in* «Giornale di Gerontologia», 1997, n. 45, pp. 341 e ss.

Il caso

Uomo di 78 anni con demenza fronto-temporale

Sig. V. M., nato il 22 settembre 1929.

Storia clinica:
– primi disturbi di memoria, descritti dai familiari, nel 2005; vedovo, vive da solo in un appartamento sopra quello del figlio;
– il 22/3/2005 esegue una Tac cerebrale senza contrasto che evidenzia «sistema ventricolare in asse, moderatamente ampliato su base atrofica»;
– nel 2006/7 progressivo aggravamento dei deficit mnesici, comparsa di disturbi del comportamento (deliri di latrocinio), disturbi del linguaggio con anomie, disorientamento spazio-temporale, inversione del ritmo sonno-veglia; i familiari riferiscono importanti difficoltà di gestione del loro parente a causa di paure immotivate, richieste continue di cambiare le chiavi di casa per paura dei ladri, richieste continue di andare in banca «a vedere se ci sono i soldi», episodi di aggressione verbale nei confronti del figlio accusato di

«portargli via i soldi» […] Per i disturbi del comportamento i sanitari prescrivono Serenase gtt. al bisogno;
– da settembre 2006 gli viene affiancata una persona dalle 9.00 alle 13.00 per igiene personale, preparazione dei pasti, somministrazione delle medicine; dal punto di vista pratico grossissime difficoltà di adattamento e di accettazione da parte del paziente dell'aiuto di terzi, per cui il Serenase viene utilizzato alle dosi massime con beneficio solo temporaneo e comparsa di effetti secondari con rallentamento motorio e facilità alle cadute (documentata una caduta con accesso in P.S. per «trauma cranico con perdita di coscienza e crisi epilettica secondaria»);
– nel settembre 2007, nel primo pomeriggio, viene trovato per strada dai Vigili, confuso, disorientato, non in grado di riferire i propri dati personali;
– il 17/9/2007 esegue Rmn encefalo con contrasto: «sfumata iperintensità per gliosi della sostanza bianca subependimale con qualche puntiforme iperintensità sottocorticale frontale; ampliamento dei ventricoli laterali e degli spazi liquorali periencefalici senza segni di ipertensione liquorale»;
– viene preso in carico dalla psicogeriatrica dell'ospedale di […] che evidenzia: «attualmente vigile, orientato nello spazio, disorientato nel tempo, importante distraibilità, presenza di circonlocuzioni e anomie. Mmse = 17/30, Adl = 4,5/6, Iadl = 0/5;
– il 17/1/2008 valutazione Nps: la valutazione è risultata positiva per demenza. Emergono deficit significativi nell'ambito delle funzioni esecutive, delle capacità di attenzione selettiva, della memoria a breve termine uditivo-verbale, del recupero lessicale, delle capacità di pianificazione, della memoria anterograda a lungo termine visuo-spaziale […] Il profilo comprende inoltre turbe del comportamento e sintomi psicotici. Compromessa l'autonomia funzionale nelle attività strumentali della vita quotidiana. Possibile una diagnosi di demenza mista di grado moderato con disturbi del comportamento»;
– viene aumentato il carico assistenziale aggiungendo, oltre all'assistenza del mattino, una seconda persona nel pomeriggio dalle 16.00 alle 19.30. Nel dopocena si alternano i figli. La notte dorme da solo nel suo appartamento.

Il 26/3/2008 inoltra domanda di invalidità civile.
Il 12/5/2008 viene riconosciuto invalido civile con perdita totale e permanente della capacità lavorativa al 100% con diagnosi di «demenza mista di grado lieve-moderato» Cod. 1003.

– Nel gennaio 2009 esegue rivalutazione neurologica presso altro ospedale: «progressivo decadimento cognitivo con deficit mnesici, disorientamento spaziale e disturbi del linguaggio con afasia di tipo fluente, deficit attentivi e delle funzioni esecutive. Atteggiamento fatuo. Importanti disturbi del comportamento…». Viene prescritto Seroquel.

– Controllo ad aprile 2009: «… attualmente in terapia con Seroquel 25 mg. die con netto miglioramento dei disturbi comportamentali. Permane grave deficit di attenzione, memoria recente, disorientamento spaziale, difficoltà nella lettura e nella scrittura […] Mmse 7/30.

Il 25 febbraio 2009 viene inoltrata domanda di aggravamento.
Il 5 maggio 2009 viene riconosciuto invalido civile al 100% con necessità di assistenza continua per «grave decadimento cognitivo di tipo fronto-temporale».

Commento:
Si ritiene che non siano stati adeguatamente considerati, nella valutazione dell'accompagnamento alla prima domanda, i disturbi comportamentali.
I familiari descrivevano una più difficoltosa gestione del loro parente negli anni 2007/8 (quando fu negato l'accompagnamento), nonostante il supporto assistenziale di due persone (una al mattino, l'altra al pomeriggio) a causa dei disturbi del comportamento, a fronte invece di una gestione molto più semplice nel 2009/10 quando, nonostante l'aggravarsi del deficit cognitivo (Mmse 7/10), le alterazioni comportamentali sono regredite sia in relazione all'efficacia della terapia con Seroquel sia in relazione al progressivo appiattimento intellettivo.

Quaderni
di Medicina Legale del Lavoro

Il paziente con neoplasia in stadio avanzato: stato funzionale e aspettativa di vita

di **Luciano Isa***

In un paziente con cancro in stadio avanzato di malattia si assiste ad un progressivo declino delle sue capacità funzionali, molto spesso alla comparsa del dolore e di altri sintomi derivanti dalla malattia stessa o dai trattamenti incalzanti. Questi fattori e tutta una serie di condizionamenti esterni determinano via via un abbassamento della qualità della vita. È molto importante in questo contesto cercare di definire in modo accurato quale aspettativa di vita è prevedibile affinché possa essere pianificata la più appropriata opzione di trattamento, attivo o di solo supporto, da trasmettere con attento impegno comunicativo al paziente e da mettere in atto, sul versante operativo, con un oculato utilizzo delle risorse e con l'offerta dei sussidi e supporti socio assistenziali disponibili come ad esempio l'ammissione ad un servizio di hospice, la fruibilità di indennità in funzione dello stato di validità ecc.
Il più delle volte la definizione di una prognosi accurata è una sfida per il medico, soprattutto quando la malattia non è così avanzata da far prefigurare una morte imminente. I fattori da prendere in considerazione per una previsione dell'aspettativa di vita sono numerosi e deve esserne fatto un bilancio complessivo. La previsione di sopravvivenza riflette le capacità del medico ed è la sintesi della sua esperienza clinica. Studi clinici a riguardo riportano un'ampia variabilità di attribuzioni erronee delle previsioni cliniche di sopravvivenza che si approssimano all'80%. In genere la probabilità dell'errore diminuisce sensibilmente se vi è un continuativo rapporto medico-paziente e se si può contare su brevi intervalli tra le visite. Ciò nondimeno il pregiudizio ottimistico/pessimistico grava in modo rilevante. I dati della letteratura sostengono che la visione ottimistica agisce con un fattore da 3 a 5 volte la stima di sopravvivenza rispetto a quella reale (Christakis N., Lamont E., *Extent and determinants of error in doctors' prognoses*, BMJ, 2000). Può essere

* Oncologo, Azienda Ospedaliera di Melegnano.

pertanto ben compresa la difficoltà nel definire con accuratezza una valutazione prognostica affidabile in occasione di una unica visita in sede di commissione di invalidità in cui spesso l'interazione con paziente e familiare non può essere esplicita di fronte ad una malattia quale è il cancro in fase avanzata e dove talvolta la documentazione clinica è lacunosa. Gli elementi su cui deve essere fondata una valutazione complessiva riguardano situazioni legate al paziente quali età, sesso, supporto familiare, substrato culturale, attività lavorativa residua, stato di benessere generale, condizione psicologica e stato sociale. Gli elementi invece più caratteristicamente legati alla malattia, interpretabili conoscendo bene la storia naturale di quel determinato tumore, sono: sede, estensione (stadio), istotipo e grading, opzioni terapeutiche già eseguite e proponibili, sintomi dominanti. I dati di sopravvivenza per i vari tipi di tumore in funzione dello stadio, sebbene siano largamente disponibili, sono poco utilizzabili sul singolo paziente, mentre è la conoscenza accurata della storia naturale del tumore che può fornire orientamenti più appropriati. Ad esempio, una paziente con carcinoma mammario in IV stadio per metastasi ossee non trattata può avere una sopravvivenza mediana di oltre 2 anni, mentre un paziente nello stesso stadio con un carcinoma del distretto testa-collo avrà una mediana di sopravvivenza di circa 4 mesi.

Lo stato di validità del paziente definito, ad esempio, attraverso il Performance Status secondo Karnofsky, quantifica adeguatamente, con punteggio da 0 a 100, le sue condizioni ed è comunemente impiegato anche per i requisiti terapeutici. L'indice ha una buona capacità nel predire le possibilità del paziente di svolgere le attività routinarie della vita quotidiana. Si tratta di una misura semplice, riproducibile della funzione del paziente e correla con la sopravvivenza in modo indipendente.

L'indice è un indicatore affidabile, in ordine alla prognosi, a patto che sia impiegato da medici addestrati e solo in caso di punteggio inferiore al 50% (Evans C., McCarthy M., *Prognostic uncertainty in terminal care. Can the Karnofsky index help?*, «Lancet», 1985).

Più recentemente per la definizione del Performance Status è stata sviluppata un'altra scala avente finalità analoghe a quella di Karnofsky: è la scala Ecog dell'Eastern Cooperatice Oncology Group, che esprime un punteggio da 0 a 4 a seconda della gravità (0 paziente pienamente attivo in grado di svolgere tutte le attività quotidiane come in epoca pre-malattia, e punteggi progressivi fino a 4 per un paziente completamente dipendente da altri e confinato a letto o in poltrona). Secondo questa scala, ad esempio, un punteggio di 3 corrisponde ad una estrema gravità con aspettativa di vita non superiore ai 3 mesi. La scala è di più semplice applicazione rispetto a quella di Karnofsky. Un'ulteriore scala, definita Palliative Performance Scale (Pps), è una modificazione di quella di Karnofsky, ed è anch'essa graduata da 0 a 100. Essa considera la capacità di deambulazione, il livello di attività individuale, l'estensione di malattia, la capacità di provvedere da sé alla cura della persona, l'assunzione orale di farmaci ed il livello di co-

scienza per valutare la funzione. È di più recente introduzione rispetto alle precedenti; quando l'indice è inferiore al 50% correla bene anche con la sopravvivenza [Anderson F., Downing G.M., Hill J. *et al.*, *Palliative performance scale (Pps): a new tool*, «J. Palliat. Care», 1996]. Necessita di addestramento per il suo uso. Integrando un accurato giudizio clinico con il Performace Status si migliora decisamente la capacità predittiva ed il giudizio sulla compromissione funzionale. Alcuni sintomi clinici rivestono un peso importante ed indipendente sulle previsioni prognostiche nei pazienti con tumore in stato avanzato: compromissione cognitiva, calo ponderale, disfagia, anoressia e dispnea. Esistono poi localizzazioni metastiche o complicazioni di malattia che di per sè prefigurano una prognosi a breve termine. Tra queste figurano la comparsa di metastasi cerebrali, la cui incidenza in questi ultimi anni è aumentata per il prolungamento della sopravvivenza dovuto alle nuove possibilità terapeutiche multimodali. In genere la mediana di sopravvivenza in un paziente con comparsa di metastasi cerebrali è di circa un anno, con variazioni da 6 mesi ad oltre 1 anno in relazione alle caratteristiche del paziente definite dal Performace Status. L'ipercalcemia nei tumori solidi e la comparsa di pleurite neoplastica sono altre 2 condizioni che si accompagnano ad una particolare gravità nella prognosi. Nel primo caso, anche in seguito a trattamenti efficaci con i bifosfonati, abitualmente non si superano i 4-5 mesi di sopravvivenza, così come in caso di pleurite maligna, con alcune eccezioni che possono arrivare a 9-10 mesi nei casi di versamento da diffusione di carcinoma mammario ed ovarico. Si vuol infine ricordare che oggi sono disponibili via web alcuni sistemi che consentono, su ampie basi statistiche, di definire una prognosi (stima della sopravvivenza globale tumore specifica, della probabilità di recidiva) in funzione dello stadio, di alcune caratteristiche biologiche e delle opzioni terapeutiche proponibili per i tumori di maggiore incidenza quali ad esempio, mammella, grosso intestino, polmone *(adjuvant on line)*. A questo proposito va però sottolineato che l'interpretazione dei dati può essere difficile anche per medici esperti ed a maggior ragione per pazienti o loro familiari.

Allegato

Indice di Karnofsky

- **K 100**: paziente in salute;
- **K 90**: paziente con segni e sintomi tali da svolgere un'attività lavorativa normale;
- **K 80**: paziente che svolge attività normale con fatica;
- **K 70**: paziente incapace di lavorare, può badare a se stesso;
- **K 60**: paziente incapace di lavorare, richiede assistenza per camminare;

- **K 50**: paziente che richiede frequenti cure mediche e può stare alzato per più del 50% della giornata;
- **K 40**: paziente inabile; richiede cure continue, allettato per più del 50% del giorno;
- **K 30**: paziente con indicazioni al ricovero ospedaliero o ospedalizzazione a domicilio; supporto domiciliare intenso;
- **K 20**: paziente con gravi compromissioni di funzioni d'organo, una o più irreversibili;
- **K 10**: paziente moribondo.

Il caso

Donna di 73 anni con linfoma gastrico e adenocarcinoma intestinale

Sig.ra G.A., nata il 10 febbraio 1936 (73 anni alla data della domanda).
In data 28 settembre 2009 inoltra domanda di invalidità civile.
Il 7 ottobre 2009 viene riconosciuta invalida civile ultra-65enne con difficoltà persistenti gravi al 100% senza accompagnamento per «recidiva gastrica di Malt in chemioterapia, diabete non insulino dipendente complicato da polineuropatia, spondiloartrosi, ipoacusia bilaterale e incontinenza urinaria».

Storia clinica:
– prima diagnosi di *linfoma gastrico tipo Malt* nel 1998;
– nel 2002 progressione di malattia per cui inizia chemioterapia adiuvante;
– nel 2005 terapia con Leukeran (per un anno);
– nell'agosto 2009 ulteriore progressione locale, ripete terapia con Leukeran.

Inoltre:
– nel 2000 sottoposta ad *emicolectomia destra per adenocarcinoma pT3N1* (1/10);
– nell'ottobre 2009 (stesso periodo di inoltro della domanda di accompagnamento e di visita da parte della Commissione) viene riscontrata una lesione epatica focale sospetta che, biopsiata il 17/11/2009, dà esito di metastasi da adenocarcinoma intestinale;
– il 14/12/2009 sottoposta ad epatectomia sinistra;
– il 24/3/2010 riscontro di ulteriore lesione epatica dubbia per nuova localizzazione di malattia;
– il 23/4/2010 una Tac esclude trattarsi di secondarismi epatici, mentre depone per un quadro di sospetta carcinosi peritoneale.

Esame obiettivo e situazione sociale in data 3/5/2010 (sei mesi dopo la presentazione della domanda):
– Kg 58 per cm 165 di altezza (riferito calo ponderale di circa 10 Kg negli ultimi 6-8 mesi);
– sintomatologia dolorosa importante, scarsamente controllata dalla terapia antidolorifica per *os* (Coefferalgan), per cui vengono introdotti morfinici (è presente soprattutto dolore al rachide lombare e all'arto inferiore sinistro, che rende molto difficoltosa la deambulazione);
– presenta lieve incontinenza urinaria per la quale utilizza un maxi-assorbente;
– vive da sola;
– trascorre la giornata prevalentemente in poltrona; la notte riposa poco per i dolori;
– riceve aiuto da una persona a pagamento per il pranzo e la cena (oltre che per i mestieri di casa); alla spesa provvede il figlio.

Commento:
Dal punto di vista medico-legale si ritiene che nel caso specifico ricorrano i requisiti di legge per il riconoscimento dell'accompagnamento.
Oltre alle note Sentenze della corte di Cassazione sull'accompagnamento in corso di chemioterapia (per esempio Cassazione Lavoro n. 10212 del 27/5/2004), nel caso concreto ricorrono anche i criteri indicati dalla Cmv relativamente all'indice di Karnofsky (50= paziente richiede frequenti cure mediche e può stare alzato per più del 50% della giornata).

Esito della Ctu favorevole dalla data della domanda.

Relazione di consulenza tecnica d'ufficio in tema di indennità di accompagnamento nella causa G. A. / Inps

Le operazioni consulenziali hanno avuto inizio il giorno 03.12.2010 presso lo studio del sottoscritto Ctu, dove si è sottoposto ad accertamento medico-legale la sig.ra G. A. nata il 16.02.1936, residente a [...]
Risulta agli atti che la sig.ra G. in data 28.09.09 presentò domanda di aggravamento del proprio stato invalidante. Nella seduta del 07.10.09 venne riconosciuta invalido con totale e permanente inabilità lavorativa (100%) e diagnosi di «recidiva gastrica di Malt in chemioterapia, diabete Nid complicato da neuropatia, spondiloartrosi, ipoacusia bilaterale, incontinenza urinaria». Non vennero in tale seduta riconosciuti i requisiti sanitari per l'ottenimento dell'indennità di accompagnamento.

Storia clinica:
– 12.03.09 relazione fisiatrica: «nota per precedenti ricoveri [...] per poliartralgia artrosiche. Lamenta lombosacralgia con irradiazione alle cosce e difficoltà deambulatoria ingravescente. In anamesi linfoma gastrico trattato con Ct, diabete tipo 2, Bpco, polineuropatia diabetica arti inferiori confermata la Emg. Riferisce intolleranza all'insulina ed al cortisone, assume unicamente paracetamolo+codeina con analgesico e gabapentin. Eo: antiflessione antalgica del tronco, algia acuta pressoria sulle sacro-iliache bilateralmente. Deambulazione a base allargata possibile per brevi tratti; deficit delle reazioni posturali di equilibrio; rigidità articolare ginocchio sinistro con limitazione della flessione in gonartrosi acuta. Diagnosi: grave deficit deambulatorio in polineuropatia diabetica e poliartrosi in fase algia con disabilità del 50%. Si propone ricovero riabilitativo.
– 28.09.09 visita geriatrica: «recidiva di linfoma gastrico tipo Malt (noto dal 1998), attualmente in trattamento chemioterapico, pregressa emicolectomia per K colon, diabete mellito tipo II complicato da polineuropatia, ipertensione arteriosa, Bpco, Mrge, spondiloartrosi con discopatie ed ernia discale L4-L5, artrosi polidistrettuale, sindrome ansiosa. Mmse 28/30. Adl 4/6; Iadl 5/8».
– 07.10.09 relazione ematologo: «all'Egds di controllo di giugno u.s. Ripresa di malattia a livello gastrico. Eseguita Bom e Tac: negativa. In data 10/8 inizia terapia con leukeran».
– 28.04.10 dimissione Osp [...]: «anamnesi oncologica: 1998 diagnosi di linfoma tipo Malt gastrico trattato con inibitori di pompa protonica; 2000 emicolectomia destra per adenocarcinoma, segue chemioterapia adiuvante; 2002 progressione gastrica di Malt per cui inizia chemioterapia con ciclofosfamide e vincristina; 2005 progressione di malattia Malt per cui inizia Leukeran per un anno; 08/09 progressione locale per cui riprende Leukeran fino ad ottobre 2009: 10.09 riscontro di sospetta lesione epatica; 13.11.09 Pet con ipercaptazione a livello della lesione epatica; 17.11.09 agobiopsia epatica con metastasi da adenocarcinoma di tipo intestinale; 14.11.09 intervento di epatectomia sinistra con esame istologico di metastasi da adenocarcinoma moderatamente differenziato compatibile per primitività dal grosso intestino; 30.03.10 colonscopia di controllo con presenza di due lesioni lineari, semicircolari, non confluenti; 24.03.10 dubbia lesione a livello epatico di circa 36mm, bozzante la superficie epatica anteriore, incerta se riferibile a esiti chirurgici o a nuova localizzazione di malattia. In data 19.04.10 viene ricoverata presso Uo Oncologia medica per effettuare in regime di ricovero la Tc torace addome da rivalutazione di malattia in considerazione della nota allergia al mezzo di contrasto, pianificazione terapeutica. Decorso clinico: la paziente, affetta da Malt gastrico pluricheomiotrattato e da adenocarcinoma del colon operato e chemiotrattato con secondarismo epatico già operato, è stata ricoverata per rivalutazione di malattia nel sospetto di ripresa epatica ad una recente ecografia. All'ingresso discrete condizioni generali, dolore poco controllato a livello del rachide dorso-lombare, irradiato all'arto inferiore sinistro, condi-

zionante la deambulazione ed il riposo a letto [...] data la non univoca interpretazione della Tac addominale si dimette la paziente con indicazione all'effettuazione di Pet total body e visita oncologica di controllo per pianificazione terapeutica/follow up».
– 29.09.10 relazione fisiatrica: «ipotonotrofismo muscolare diffuso, passaggi posturali difficoltosi, affaticabilità precoce, deambulazione incerta effettuata con ausilio di un bastone a destra, rachialgie invalidanti dorso-lombari. Si richiede ricovero riabilitativo per rieducazione neuromotoria».
Attualmente: riferisce di vivere da sola, riceve aiuto dalle nipoti che le preparano i pasti, aiuto da una vicina per l'igiene personale (bagno/doccia); le faccende domestiche sono svolte da persona a pagamento. Riferisce di non uscire mai di casa se non per i controlli ospedalieri ove viene accompagnata e di passare le proprie giornate a letto od in poltrona.
Obiettivamente: soggetto lucido, collaborante, sufficientemente orientata nei parametri spazio-temporali.
Arti superiori: ipomiotrofia diffusa; marcata ipostenia alle prove segmentarie contro resistenza.
Arti inferiori: ipomiotrofia diffusa, marcata ipostenia alle prove segmentarie contro resistenza.
Cute sottile ed anelastica.
Iposensibilità tattile-dolorifica arti superiore ed inferiori.
Porta bustino con spallacci.
Ipercifosi dorsale; marcata riduzione dei movimenti articolari della colonna
Gonartrosi bilaterale con articolarità marcatamente limitata.
Passaggi posturali eseguiti con difficoltà.
Deambulazione a base allargata, a piccoli bassi, cautelata da un bastone e con facile esauribilità.
Romberg non somministrabile per instabilità posturale
Fukuda non somministrabile per instabilità posturale.

Considerazioni medico-legali

In considerazione dei dati anamnestici, di quanto emerso dall'esame della documentazione sanitaria dell'attuale situazione clinica soggettiva ed obbiettiva, è da ritenersi comprovato come la sig.ra G. sia affetta da: «linfoma tipo Malt gastrico plurichemiotrattato, adenocarcinoma del colon operato e chemiotrattato con secondarismo epatico operato; diabete mellito tipo II complicato da polineuropatia, ipertensione arteriosa, Bpco, Mrge, spondiloartrosi con discopatie ed ernia discale L4-L5, artrosi polidistrettuale, sindrome ansiosa».
Da quanto presente in atti, emerge come la ricorrente sia affetta, dal punto di vista oncologico da linfoma tipo Malt con prima diagnosi nel 1998 plurichemiotrattato con pluri-

me riprese locali. Nel 2000 venne anche operata di emicolectomia destra per adenocarcinoma e successivo secondarismo epatico trattato con epatectomia sinistra nel dicembre del 2009.
Tale condizione, risulta inoltre concomitante ad un quadro multipatologico caratterizzato da problematiche sia a livello osteoarticolare (grave poliartrosi, spondiloartrosi) sia neurologiche periferiche (polineuropatia diabetica) che respiratorie (broncopneumopatia cronica ostruttiva).
Nell'attualità, come risulta evidente dalla obiettività medica riscontrata in corso di operazioni consulenziali, l'autonomia sia motoria che nel compimento degli atti quotidiani della vita risulta grandemente limitata.
Difatti è risultato un quadro di marcata ipotonomiotrofia diffusa che rende indirettamente attendibile quanto dichiarato in termini di bisogni assistenziali.
Tale quadro è infatti il risultato di prolungato «non uso» ed è classicamente visibile negli allettati cronici (nel caso di specie rende attendibile quanto riferito, ovvero di isolamento domestico con allettamento o riposo in poltrona).
Inoltre, è risultato un chiaro quadro di instabilità posturale tanto che non sono stati somministrabili nè il test di Romberg né il test di Fukuda.
Sempre in corso di visita è risultato un grave quadro di artrosi polidistrettuale con particolare localizzazione al rachide ed agli arti inferiori, anche questo condizionante marcata difficoltà sia nella deambulazione che nel mantenimento della postura eretta in assenza di appoggio, aggravato ulteriormente dalla polineuropatia diabetica.
La deambulazione è, per tali ragioni, possibile unicamente in ambienti protetti e per brevissimi tragitti, quindi non da considerare «efficace» in ogni ambiente ed al fine del compimento di alcuni atti elementari quali ad esempio l'approvvigionamento; inoltre è ben chiaro come tale situazione renda di fatto impossibilitata la ricorrente a recarsi autonomamente ai necessari e frequenti accertamenti in ambito ospedaliero.
Non sono risultati invece deficit cognitivi di alcun genere.
Risulta quindi del tutto comprovato, sia dall'esperita obiettività medica, sia da quanto risulta dalla documentazione medica in atti, come nell'attualità la ricorrente sia persona non in grado di deambulare (intesa come deambulazione efficace in ogni ambiente) né di compiere in autonomia gli atti quotidiani della vita.
Appurata quindi l'attuale necessità assistenziale, resta da verificare da quale data tale stato possa essere considerato stabilizzato.
Per fare ciò, essendo tale giudizio puramente retrospettivo, unico strumento utilizzabile dal Ctu è l'attenta disamina della documentazione medica in atti.
Primariamente va considerato come al momento della visita da parte della Commissione dell'ottobre del 2009 la ricorrente fosse in trattamento chemioterapico per una progressione locale di Malt.

Risulta, precedentemente a tale periodo una visita specialistica fisiatrica ove viene obiettivata una situazione grandemente sovrapponibile all'attuale. Difatti lo specialista certifica: «*antiflessione antalgica del tronco, algia acuta pressoria sulle sacro-iliache bilateralmente. Deambulazione a base allargata possibile per brevi tratti; deficit delle reazioni posturali di equilibrio; rigidità articolare ginocchio sinistro con limitazione della flessione in gonartrosi acuta. Diagnosi: grave deficit deambulatorio in polineuropatia diabetica e poliartrosi in fase algia con disabilità del 50%*».

Tale obiettività medica descrive chiaramente un grado di deambulazione non efficace (possibile solo per brevi tratti) tanto da far porre diagnosi di grave deficit deambulatorio. Successivamente risulta un visita geriatrica svolta nel 2009 (poco prima quindi della visita da parte della commissione) ove i test Adl e Iadl fornirono punteggi di 4/6 e 5/8. Purtroppo non vengono indicati i parziali ne se l'indicazione sia a riguardo delle funzioni perse o al contrario di quelle conservate. Tuttavia, vista anche la precedente relazione fisiatrica sembra del tutto logico pensare che quelle indicate siano le funzioni perse e quindi tale test sia indicativo di bisogno assistenziale per gran parte delle funzioni della vita di tutti i giorni.

Nelle successive certificazioni, sia fisiatriche che in regime di ricovero, il quadro descritto è sostanzialmente sempre sovrapponibile ed indicativo di grave disabilità; vedasi a tal proposito la dimissione ospedaliera dell'aprile del 2010 ed in particolare la relazione fisiatrica del settembre del 2010.

Per tale ragioni, visto il quadro disfunzionale già certificato sia prima del momento dell'accertamento da parte della commissione di prima istanza e pressoché immodificato nei successivi accertamenti, si ritiene che i requisiti di legge per l'ottenimento del beneficio indennitario dell'accompagnamento fossero già presenti al momento della domanda di aggravamento del settembre del 2009.

Riassumendo e concludendo:

– trattasi di persona non in grado di deambulare ne di compiere in autonomia gli atti quotidiani della vita;

– tale stato è da considerarsi stabilizzato dal settembre del 2009.

5 febbraio 2011

Il Ctu

Quaderni
di Medicina Legale del Lavoro

Sclerosi multipla e incapacità a deambulare

di **Paolo Rossi** *

Relazione visionabile sul sito
http://www.inca.lombardia.it/consulenza/QUADERNI.htm.

* Uo di Neuroriabilitazione H. S. Raffaele di Milano.

Allegato 1

Classificazione delle forme di Sclerosi Multipla

La Sm è frequentemente caratterizzata da attacchi distinti e ripetuti (detti anche riacutizzazioni, poussées, recidive, relapse, esacerbazioni, ricadute). Questi attacchi si osservano quando compaiono nuovi sintomi neurologici (che perdurino per almeno 24 ore) o quando sintomi preesistenti peggiorino in modo evidente, dopo essere stati sostanzialmente stabili per almeno un mese.
Esistono 4 forme principali di Sm:

1. Sindrome clinicamente isolata o Cis (Clinically Isolated Syndrome);
2. Sm recidivante-remittente;
3. Sm secondaria progressiva;
4. Sm primaria-progressiva cronica.

Sindrome clinicamente isolata o Cis (Clinically Isolated Syndrome)

Per sindrome clinicamente isolata (Cis) si intende la comparsa di un episodio neurologico (sintomo o segno) che duri almeno 24 ore e che sia compatibile con una malattia demielinizzante del sistema nervoso centrale. Una persona con una Cis può quindi avere un solo singolo sintomo neurologico (per esempio una neurite ottica retrobulbare, oppure un deficit di forza all'emilato sinistro), causato da una singola lesione, o più segni o sintomi neurologici contemporaneamente, causati da più lesioni cerebrali. Nel primo caso si parla di **Cis monofocale**, nel secondo di **Cis multifocale**. I soggetti con una Cis non svilupperanno necessariamente la Sm. Tale rischio, infatti, dipende da molteplici fattori come il tipo di Cis (**la forma multifocale ha un rischio di conversione maggiore**), dal numero di lesioni alla Risonanza Magnetica del cervello e del midollo spinale, al tipo di lesioni ed alla loro sede.
Alcuni recenti studi internazionali hanno chiaramente documentato come una diagnosi e un trattamento precoci possano ridurre, anche notevolmente, il rischio di sviluppo di una Sm clinicamente definita.

Decorso della Sm recidivante-remittente

Se la persona affetta da Sm presenta un recupero parziale o totale (remissione) dopo una riacutizzazione (recidiva), si parla di Sclerosi Multipla recidivante-remittente.
In questo tipo di Sm, i pazienti possono vivere una vita del tutto normale nel periodo che va da una riacutizzazione a un'altra.

Sm secondaria progressiva

La Sm secondaria progressiva è caratterizzata da un grado di disabilità persistente che progredisce gradualmente nel tempo, con presenza o meno di riacutizzazioni sovrapposte.
Il 30-50% dei pazienti con Sm che esordiscono con una forma recidivante-remittente, sviluppano entro 10 anni una forma secondaria progressiva[10].

Sm primaria-progressiva cronica

Si tratta di una forma meno frequente rispetto alla forma recidivante-remittente o secondaria progressiva.
In questo caso, la disabilità e i sintomi peggiorano continuamente, fin dall'inizio della malattia, senza attacchi o fasi di remissione della disabilità.

Grado di disabilità - Sm benigna

Indipendentemente da questa classificazione, è stata identificata un'altra forma di Sm detta «Sm benigna».
Essa è caratterizzata da pazienti che vivono senza importanti limitazioni, per più di 15 anni dalla diagnosi. Questa forma di Sm non peggiora con il passare del tempo ed esordisce con una o due riacutizzazioni, che presentano un recupero completo e senza disabilità.
La Sm benigna può essere definita solo quando è presente una minima disabilità per 15

[10] Gold R., Rieckmann P., *Pathogenese und Therapie der Multiplen Sklerose*, Uni-Med Verlag, Bremen, 2000, p. 109.

anni dall'esordio e inizialmente dovrebbe essere inserita nella forma Sm recidivante-remittente.
La Sm benigna tende a essere associata a sintomi meno severi all'esordio come, per esempio sintomi sensitivi (parestesie) o visivi (neurite ottica). L'esatto numero di pazienti con Sm benigna è difficile da stabilire. Studi autoptici hanno evidenziato che circa il 20% delle forme di Sm con diagnosi clinica sono benigne[11]. Altri autori ritengono che la percentuale di forme benigne sia superiore al 20-30% e che i soggetti siano minimamente colpiti per oltre 10-15 anni[12].

Allegato 2

Scala Edss (Expanded Disability Status Scale)

La disabilità neurologica, che dipende nei pazienti affetti da Sm dall'attività lesiva del processo demielinizzante a carico del sistema nervoso centrale, viene valutata secondo una scala denominata Edss (Expanded Disability Status Scale) introdotta dal neurologo americano Kurtzke nel 1983.

Edss 0	paziente con obiettività neurologica normale demielinizzante.
Edss da 1 a 3.5	il paziente è pienamente deambulante, pur avendo deficit neurologici evidenti in diversi settori (motorio, sensitivo cerebellare, visivo, sfinterico) di grado lieve o moderato, non interferenti sulla sua autonomia.
Da un Edss 4 in su: i disturbi della deambulazione diventano preponderanti per il calcolo della disabilità secondo quanto segue:	
Edss 4	paziente autonomo, deambulante senza aiuto e senza sosta, per circa 500 metri.
Edss 4.5	paziente autonomo, con minime limitazioni nell'attività completa quotidiana e deambulazione possibile, senza soste e senza aiuto, per circa 300 metri.
Edss 5	paziente non del tutto autonomo, con modeste limitazioni nell'attività completa quotidiana e deambulazione possibile, senza soste e senza aiuto, per circa 200 metri.

[11] Kesselring J., *Multiple Sklerose*, Kohlhammer, Stuttgart, 1993, p. 242.
[12] Hawkins C.P., Wolinsky J.S., *Principles of Treatments in Multiple Sclerosis*. Butterworth-Heinemann, Oxford, 2000, p. 324.

Edss 5.5	paziente non del tutto autonomo, con evidenti limitazioni nell'attività completa quotidiana e deambulazione possibile, senza soste e senza aiuto, per circa 100 metri.
Edss 6	il paziente necessita di assistenza saltuaria o costante da un lato (bastone, grucce) per percorrere 100 metri senza fermarsi.
Edss 6.5	il paziente necessita di assistenza bilaterale costante, per camminare 20 metri senza fermarsi.
Edss 7	il paziente non è in grado di camminare per più di 5 metri, anche con aiuto, ed è per lo più confinato sulla sedia a rotelle, riuscendo però a spostarsi dal14 stessa da solo.
Edss 7.5	il paziente può solo muovere qualche passo. È obbligato all'uso della sedia a rotelle, e può aver bisogno di aiuto per trasferirsi dalla stessa.
Edss 8	il paziente è obbligato alletto non per tutta la giornata o sulla carrozzella. Di solito ha un uso efficiente di uno o di entrambi gli arti superiori.
Edss 8.5	il paziente è essenzialmente obbligato alletto. Mantiene alcune funzioni di auto-assistenza, con l'uso discretamente efficace di uno od entrambi gli arti superiori.
Edss 9	paziente obbligato a letto e dipendente. Può solo comunicare e viene alimentato.
Edss 9.5	paziente obbligato a letto, totalmente dipendente.
Edss 10	morte dovuta alla patologia.

▼ Il caso

Donna di 27 anni affetta da Smrr

Sig.ra B. R., nata il 16/6/1979 (anni 27 alla presentazione della domanda).

Storia clinica:

– nel luglio 2005 diagnosi di Sclerosi Multipla Recidivante Remittente (Smrr) esordita con emisindrome sensitivo-motoria facio-brachio-crurale destra. All'esordio Rmn encefalo evidenziante lesioni a carico della corona radiata sinistra in sede fronto-parietale e minuscoli focolai di alterato segnale a livello della sostanza bianca peri-ventricolare e sotto-corticale sopratentoriale; Rmn del midollo cervicale negativa; all'esame del *liquor* aumento delle IgG con indice di Link 2,32. Sottoposta a terapia steroidea con parziale beneficio;

– negli anni successivi ripetute riacutizzazioni, caratterizzate da intensificazione dell'ipostenia arti inferiori (dx > sin), difficoltà alla marcia (aprile 2006), comparsa di diplopia (giugno 2006) e di sintomatologia parestesico-dolorosa (scossa elettrica al tronco e addome) e disestesia agli arti inferiori (luglio agosto 2006), ipodisestesie formicolanti addominali, inguinali e alle cosce con anestesia nella minzione (ottobre 2006). Ai controlli strumentali comparsa di lesioni a carico del midollo cervico-dorsale (Rmn 21.4.2006); vescica neurologica iper-reflessica con svuotamento incompleto (esame urodinamico 2.12.2006). Sottoposta a terapia steroidea ad alte dosi fino al luglio 2006, con beneficio solo parziale e da luglio a novembre 2006 trattamento immunomodulante con interferone (Rebif 22), poi da novembre 2006 a maggio 2007 con Rebif 44;
– nel febbraio 2007 ulteriore importante riacutizzazione con impaccio motorio e disturbi sfinterici e nel maggio 2007 riscontro di epatopatia iatrogena da farmaci, con necessità di sospensione del trattamento con Rebif 44.

Nel dicembre 2006 inoltra domanda di invalidità civile.
L'11/5/2007 viene riconosciuta invalida civile con perdita totale e permanente della capacità lavorativa al 100% e con necessità di assistenza continua, con revisione a 5 anni (maggio 2012).
– nel gennaio 2008 altra riacutizzazione con comparsa di algie al tatto ad emicapo ed emicollo destro e mialgie agli arti inferiori. Nella relazione di dimissione del relativo ricovero (11.1.2008) si legge: «*deambulazione nettamente rallentata e rigida soprattutto a destra, con scarsa flessione del ginocchio, possibile su punte / talloni / funambolo. Tremore terminale a destra, ipoestesia emisoma dx specie agli arti inferiori, dolore urente disestesico emicapo destro prevalentemente retro-auricolare ma anche al collo ed arti inferiori, maggiore a dx*»;
– nel giugno 2008 una Rmn del midollo cervicale documenta incremento delle lesioni per comparsa di alterazioni di segnale nel cordone laterale destro all'altezza di C2 e nel cordone laterale sinistro all'altezza di C4;
– nell'ottobre 2010 nuova riacutizzazione con ricovero. Veniva descritta paraparesi atassica con difficoltà alla stazione eretta e al cammino, deficit di sensibilità superficiale e profonda a partenza dalla linea sottomamillare in senso distale, deficit della sensibilità profonda arti inferiori, disestesie arti superiori, difficoltà allo svuotamento vescicale;
– il 15.10.10= Edss 5.5;
– il 6.11.2010 un esame urodinamico conferma la presenza di vescica neurologica iper-reflessica, iposensibile e ipocontrattile con svuotamento vescicale incompleto.

Chiamata a visita di verifica il 9.12.2010 il giudizio precedente viene modificato con revoca dell'accompagnamento e riconoscimento di invalidità nella misura dell'80%.

Esame obiettivo al giugno 2011 (data in cui viene predisposta la periza per la causa): soggetto lucido, orientato, collaborante. Tono d'umore lievemente deflesso. Sfumata disartria. Saltuaria disfagia. Diplopia orizzontale in posizione primaria di sguardo, accentuata nella lateralità sinistra. Ipostenia ai 4 arti > a dx, dove allega ipoestesia tattile e dolorifica. Ipertono ai 4 arti con iper-reflessia (dx > sin). Deambulazione paraparetica, possibile con un appoggio e per brevi tratti, deficitaria a destra (nella formazione del passo, impegna solo l'avampiede). Vescica neurologica: minzione imperiosa, saltuaria ritenzione.

Commento:
Si ritiene ingiustificata ed inadeguata valutazione espressa in sede di revisione 2010, per i seguenti motivi:
– fin dall'esordio (2006) il quadro clinico è stato caratterizzato da episodi di recidiva/riacutizzazione ad elevata frequenza e intensità, come documentato dai ripetuti ricoveri in ambiente specialistico;
– i controlli strumentali effettuati dal 2006 ad oggi (Rmn encefalo e midollo spinale) confermano l'estensione delle lesioni demielinizzanti. In particolare, nuove lesioni sono comparse negli anni 2008 e 2010, periodo intercorrente tra la prima valutazione per invalidità civile (maggio 2007) e la verifica del caso (dicembre 2010);
– la terapia intrapresa (steroidi ad alte dosi e Ifn) non ha mai permesso di ottenere la remissione del quadro: negli intervalli tra due successive riacutizzazioni, nonostante le terapie praticate ad alte dosi in regime di ricovero, è documentato un quadro neurologico condizionante deficit funzionale motorio molto impegnativo + significativa sintomatologia sensitiva / disestesica, tali da compromettere l'autonomia della persona;
– il trattamento con Ifn ha provocato un'epatopatia esotossica (2007), recidivata nel 2011, che limita le possibilità di intervento farmacologico e, per conseguenza, di controllo dell'evoluzione delle lesioni;
– la patologia descritta non è migliorabile ed ha presentato finora un decorso progressivo e sfavorevole: non si comprende il motivo di una revisione (dicembre 2010) ampiamente anticipata rispetto a quanto definito in sede di primo accertamento (maggio 2012).

Ctu in corso

Approfondimenti

Approfondimenti

CORTE DI CASSAZIONE CIVILE, SENTENZA N. 5784/03

La sentenza della Corte di Cassazione Civile n. 5784/03 chiarisce come il bisogno di assistenza debba considerarsi «permanente» e «continuo», «*anche se la necessità dell'aiuto di terzi si manifesta periodicamente a distanza di tempo nel corso della giornata, per cui si alternano momenti di assistenza attiva a momenti di attesa, qualificabili come di assistenza passiva*».

LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE
Sezione Lavoro

ha pronunciato la seguente sentenza
sul ricorso proposto da:
B. B., elettivamente domiciliato in ..., presso lo studio dell'avvocato F. S., rappresentato e difeso dall'avvocato A. P., giusta delega in atti;

- ricorrente -

contro

Ministero del Tesoro, in persona del Ministro *pro tempore*, domiciliato in ..., presso l'Avvocatura Generale dello Stato, che lo rappresenta e difende «*ope legis*»;

- controricorrente -

avverso la sent. n. 460/00 del Tribunale di Cagliari, depositata il 19 giugno 2000 - R.G.N. 2030/99;
udita la relazione della causa svolta nella pubblica udienza del 12 dicembre 2002 dal Consigliere Dott. F.A. M.;
udito l'avvocato D.B. per delega A. P.;
udito il P.M. in persona del Sostituto Procuratore Generale Dott. R. F. che ha concluso per inammissibilità del quarto motivo del ricorso, rigetto dei restanti motivi.

Svolgimento del processo

Con ricorso al Pretore di Cagliari del 22 gennaio 1998 B. B. conveniva in giudizio i Ministeri del Tesoro e dell'Interno per il ripristino dell'indennità di accompagnamento revocatagli con decorrenza 17 settembre 1997. Il Pretore nella contumacia dei Ministeri convenuti accoglieva la domanda. Il Tribunale di Cagliari investito in sede di appello ad istanza dei Ministeri Tesoro ed Interno, con sentenza del 14-19 giugno 2000, accoglieva l'appello e riformava la decisione, rigettando l'originaria domanda, sul rilievo che il consulente nominato in secondo grado, accertate le malattie denunciate, aveva espresso la valutazione che le stesse non comportavano l'impossibilità di compiere in modo autonomo gli atti quotidiani della vita, ma richiedevano soltanto «l'intervento occasionale di terzi solo per sostituzione della sacca per la raccolta delle feci e la pulizia del neostoma». Queste conclusioni erano adeguatamente motivate e dovevano essere condivise, a differenza di quelle del consulente di primo grado, che aveva posto l'accento sulla penosa situazione dell'ammalato che tendeva ad isolarsi dal resto del mondo; ciò non aveva rilevanza ai fini del riconoscimento del beneficio e quindi la sentenza doveva essere riformata.

Avverso questa pronuncia propone ricorso per cassazione il Bagedda fondato su 5 motivi. Resistono i Ministeri con controricorso.

Motivi della decisione

Col primo motivo si eccepisce la inammissibilità del ricorso (artt. 3 e 4 c.p.c.) perché la decisione del Tribunale è emessa in violazione del giudicato interno: la verifica amministrativa del 14 luglio 1997 ha revocato l'indennità di accompagnamento ma confermato l'invalidità al 100%; si è quindi formato il «giudicato amministrativo interno» per cui la censura degli appellanti, incentrata sulla riduzione della invalidità al 70%, era ed è inammissibile, anche perché non riguarda la sola questione impugnabile, cioè quella relativa all'indennità di accompagnamento.

Lamentando, col secondo motivo, violazione e falsa applicazione dell'art. 3, comma 10, legge 26 luglio 1988, n. 291, e del successivo regolamento approvato con decreto 20 luglio 1989, n. 293, deduce il ricorrente che in base a queste norme l'accertamento giudiziario che segue la fase amministrativa non comporta un ulteriore accertamento, ma solo il controllo del permanere delle condizioni fisiche e patologiche che hanno dato luogo alla erogazione del beneficio. La medesima disposizione (art 2, comma 3°, del decreto) prevede l'unica ipotesi di aggravamento, al fine di escludere ogni adeguamento automatico ed imporre la presentazione di apposita istanza. La revoca della prestazione è prevista solo nella opposta ipotesi di un miglioramento delle condizioni di salute, ma non certo nel caso intermedio in cui non c'è né miglioramento né peggioramento, e la decisione viene presa solo in base ad una diversa valutazione delle medesime risultanze cliniche; questa valutazione è illegittima, perché la procedura amministrativa di concessione

già prevede il «riesame» delle conclusioni da parte della Commissione Usl. Di ciò non ha tenuto conto il giudice di appello ed il suo consulente, che peraltro espressamente precisa «che la diagnosi qui sopra riportata conferma quella espressa dal precedente Ctu». Il Tribunale non ha tenuto conto di ciò e non ha considerato che non vi sono stati miglioramenti delle condizioni invalidanti, rispetto al riconoscimento iniziale, e quindi il beneficio deve essere confermato.

Lamentando, col terzo motivo, violazione di legge (art. 360 c.p.c., n. 5), deduce il ricorrente che il Tribunale non ha preso in considerazione le consulenze mediche di parte depositate in atti; il giudice ben può privilegiare le conclusioni del consulente di ufficio, ma deve esaminare la documentazione di parte ed indicare i motivi per cui la disattende.

Lamentando, col quarto motivo, violazione di legge (art. 360 c.p.c., nn. 3 e 4) deduce il ricorrente che la decisione non ha tenuto conto della normativa di revoca del trattamento (art. 4, comma 3, d.l. n. 323 del 1996), secondo cui va effettuato un accertamento sulla «permanenza nei beneficiari del possesso dei requisiti sanitari» e va predisposta (ai sensi del comma 3-*sexies*) una programmazione della attività di verifica anche in considerazione della percentuale di assistiti in relazione alla popolazione di una provincia; l'istante è stato visitato da una Commissione medica di Nuoro, mentre è residente in Cagliari, che non figura tra le provincie con alta percentuale di invalidi civili.

Lamentando, col quinto motivo, violazione di legge (art. 360, n. 5, c.p.c.) deduce il ricorrente che il Tribunale non ha tenuto conto del complessivo quadro patologico ed in particolare dell'età avanzata (80 anni) e delle altre malattie da cui l'istante è affetto (laparocele, prostatite, *visus* diminuito, diabete, tirectomia totale ecc.).

Il ricorso è fondato nei limiti che sono appresso specificati. In ordine ai primi due motivi di ricorso si osserva che la Corte ha già avuto modo di affermare il principio di diritto secondo cui «gli atti degli enti previdenziali diretti all'accertamento dell'esistenza o inesistenza del diritto a prestazioni previdenziali o assistenziali non hanno natura di provvedimenti costitutivi o estintivi del diritto, ma di mera certazione dei presupposti di legge onde, negata o revocata dall'ente la prestazione, l'azione dell'assicurato tendente ad ottenere la suddetta prestazione o il ripristino di essa non coinvolge la verifica della legittimità del provvedimento di diniego o di revoca, ma ha ad oggetto la fondatezza della pretesa dell'assicurato; ne consegue che, revocata la pensione sociale dall'ente, per il venir meno del requisito reddituale, nella controversia promossa dall'assicurato al fine di ottenere il ripristino della pensione, non è l'Inps a dover provare la mancanza del suddetto requisito, ma è l'assicurato onerato della prova in ordine alla sussistenza del requisito di legge ai fini del riconoscimento della pensione richiesta» (Cass. n. 5725 del 10 giugno 1999). Il principio, anche se dettato per una pensione Inps e per il caso del venir meno del requisito reddituale, ha carattere generale ed è applicabile anche alle prestazioni assistenziali a carico del Ministero dell'Interno e al caso in cui un successivo

controllo porti all'accertamento della inesistenza attuale delle condizioni sanitarie per il riconoscimento del beneficio.

Infondata è quindi la tesi secondo cui il giudice dovrebbe effettuare una semplice verifica del provvedimento di diniego o di revoca, perché si sarebbe già formato un «giudicato amministrativo interno» che in realtà non esiste nell'ordinamento, con la conseguenza che ove si accerti il permanere delle precedenti condizioni di salute, senza miglioramento o peggioramento delle stesse, si dovrebbe confermare la prestazione assistenziale.

In ordine al quarto motivo si osserva che non è contestata la competenza dell'organo amministrativo che ha emesso il provvedimento amministrativo di revoca della prestazione assistenziale e quindi irrilevante, in questa sede, è la composizione dell'organo medico che ha fornito il parere necessario e la relativa competenza territoriale. Questi motivi di ricorso vanno quindi disattesi.

In ordine all'ultima parte del secondo motivo (relativa alla diagnosi espressa dal precedente consulente) nonché al terzo e quinto motivo, devono essere fatte due considerazioni, in ordine al metodo ed al merito della valutazione espressa dal Tribunale. Questa Corte, con riferimento alle modalità di esercizio del controllo da effettuarsi per le prestazioni assistenziali a carico Ministero dell'Interno, ha avuto modo di affermare il principio di diritto, secondo cui «la nuova tabella approvata col citato d.m. all'art 1, comma 3°, prevede che «nel caso di infermità plurime» vi possono essere «invalidità dovute a menomazioni multiple per infermità tabellate e/o non tabellate [...] In alcuni casi il concorso è direttamente tariffato in tabella [...] In tutti gli altri casi, valutata separatamente la singola menomazione, si procede a "valutazione complessiva", che non deve di norma consistere nella somma aritmetica delle singole percentuali, bensì in un valore percentuale proporzionale a quello tariffato per la perdita totale [...] dell'organo».

Nel caso di situazioni morbose complesse deve essere fatta una valutazione globale della situazione sanitaria e non delle singole affezioni, considerate l'una indipendentemente dalle altre, né può procedersi ad una somma aritmetica delle percentuali di invalidità, dovendosi, invece, compiere una valutazione complessiva delle stesse, con specifico riferimento alla loro incidenza sull'attività svolta in precedenza e su ogni altra che sia confacente, per età, capacità ed esperienza» (Cass. n. 6500 del 7 maggio 2002).

Quanto al merito della valutazione espressa, si osserva che carente è la motivazione posta a base della decisione, perché il Tribunale accerta che effettivamente il B. non può compiere, in modo autonomo, un atto quotidiano della vita di vitale importanza, e poi contraddittoriamente nega la prestazione, perché la menomazione subita dal paziente richiede solo «l'intervento occasionale di terzi per sostituzione della sacca per la raccolta delle feci e la pulizia del neostoma».

Osserva la Corte che l'impossibilità di deambulare senza l'aiuto di un accompagnatore deve essere «permanente» e l'incapacità di compiere le comuni attività del vivere quotidiano

(mangiare, bere, vestirsi, espletare le funzioni fisiologiche ecc.) deve essere «continua» (come si legge nell'art. 1 della legge n. 18 del 1980), ma ciò va inteso nel senso che, l'una e l'altra, non siano dovute a fattori passeggeri ed emendabili con appropriate cure; si tratta infatti di azioni necessarie per vivere, ma che si compiono, per la loro stessa natura, in maniera saltuaria quando sorge la necessità nel corso della giornata. In sostanza, quando l'impedimento non è emendabile con cure appropriate, il bisogno di assistenza è «permanente» e «continuo», anche se la necessità dell'aiuto di terzi si manifesta periodicamente a distanza di tempo nel corso della giornata, per cui si alternano momenti di assistenza attiva a momenti di attesa, qualificabili come di assistenza passiva.

La menomazione del richiedente (e quindi l'incapacità di defecare in modo naturale ed autonomo) è permanente, perché dovuta ad intervento chirurgico per «neoplasia maligna rettale», come risulta dalla sentenza impugnata; non può quindi ritenersi «occasionale» l'intervento di terzi per la sostituzione della sacca di raccolta delle feci e la pulizia del neostoma, anche se il bisogno di aiuto è periodico. Il Tribunale, quindi, non si è attenuto ai principi di diritto sopra enunciati in ordine alla modalità della valutazione, globale, delle varie malattie ed al significato da attribuire all'art. 1 della legge n. 18 del 1980, e quindi la sentenza deve essere cassata, con rimessione ad altro giudice che si individua nella Corte di Appello di Cagliari, per una nuova valutazione. Il giudice del riesame provvederà anche in ordine alle spese del presente giudizio di legittimità.

P.Q.M.

La Corte accoglie il ricorso, nei limiti precisati in motivazione; cassa la sentenza impugnata e rinvia, anche per le spese, alla Corte di Appello di Cagliari.

Roma 12 dicembre 2002.

Depositata in Cancelleria l'11 aprile 2003.

CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE, SENTENZA N. 7119/03

La Sentenza della Corte Suprema di Cassazione n. 7119/03 sancisce il diritto all'indennità di accompagnamento anche per i malati terminali.
Viene accolto il ricorso degli eredi di un cittadino, al quale il Ministero dell'Interno aveva negato l'indennità di accompagnamento, poiché all'epoca della domanda era nella fase terminale della sua vita.
In Appello era stata avvallata la motivazione del Ministero secondo cui la concessione dell'accompagnamento presuppone «[…] *un minimo di vitalità del paziente che deve potersi muovere e svolgere gli atti della vita nel contesto familiare*».
La Cassazione ha invece individuato il senso delle norme che prevedono l'indennità di accompagnamento anche «[…] *nell'esigenza di incentivare l'assistenza domiciliare dell'invalido, evitando il ricovero in ospedale e, nel contempo, sollevando lo Stato da un onere ben più gravoso*».
Viene esplicitamente affermato che l'indennità di accompagnamento è un intervento assistenziale «[…] *rivolto principalmente a sostenere il nucleo familiare onde incoraggiarlo a farsi carico dei suddetti soggetti, evitando così il ricovero in istituti di cura e assistenza, con conseguente diminuzione della spesa sociale*».

REPUBBLICA ITALIANA
LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE
Sezione Lavoro

ha pronunciato la seguente sentenza
sul ricorso proposto da:
P.R., M.N., elettivamente domiciliati in Roma, presso lo studio dell'avvocato D.C., che li rappresenta e difende, giusta delega in atti;

- ricorrenti -

contro

Ministero dell'Interno, in persona del Ministro *pro tempore*, domiciliato in Roma presso l'Avvocatura Generale dello Stato, che lo rappresenta e difende *ope legis*;

- controricorrente -

avverso la sentenza n. 771/00 della Corte d'Appello di Bari, depositata il 5/12/2000 - R.G.N. 718/2000;
udita la relazione della causa svolta nella pubblica udienza del 26/02/03 dal Consigliere Dott. A.C.;
udito l'avvocato C.

udito il P.M. in persona del Sostituto Procuratore Generale Dott. M.V. che ha concluso per
l'accoglimento del ricorso.

Svolgimento del processo

Con ricorso dell'11 novembre 1997 R.P. e N.M., quali eredi di V.M., convenivano il Ministero dell'Interno davanti al Pretore di Bari per ottenerne la condanna al pagamento dei ratei della indennità di accompagnamento inutilmente richiesta dal dante causa.
Il Ministero convenuto si costituiva opponendosi.
Espletata consulenza tecnica, il Pretore rigettava la domanda.
L'appello dei ricorrenti veniva rigettato dalla Corte di Appello di Bari con sentenza del 26 ottobre/5 dicembre 2000.
I giudici di secondo grado ritenevano che V.M. avesse inoltrato la domanda di indennità di accompagnamento quanto era nella fase terminale della sua vita; e che tale situazione fosse incompatibile con le finalità della prestazione richiesta.
Per la cassazione di tale decisione ricorrono, formulando un unico complesso motivo di censura, R.P. e N.M.
Il Ministero dell'Interno resiste con controricorso.

Motivi della decisione

La difesa dei ricorrenti denunzia violazione e falsa applicazione degli artt. 1 della legge 11 febbraio 1980, n. 18, e 2 della legge 21 novembre 1988, n. 508, nonché dei principi dell'ordinamento in materia di invalidità civile; omessa ed insufficiente motivazione su un punto decisivo della controversia (articolo 360, nn. 3 e 5 c.p.c.).
Assume che i giudici di secondo grado hanno errato nel negare la prestazione nonostante avessero riconosciuto che le malattie da cui era affetto il signor V.M., gravissime nel loro complesso, erano tali da costringerlo a letto e furono causa della morte avvenuta il 7 agosto 1996, a distanza di circa dieci mesi dalla presentazione della domanda amministrativa (del 12 ottobre 1995).
Deduce la contraddittorietà della interpretazione della norma sulla indennità di accompagnamento, atteso che da un lato la Corte del merito ha affermato che la prestazione deve essere concessa al soggetto impossibilitato a deambulare o incapace a compiere gli atti quotidiani della vita e, dall'altro, ha negato il beneficio allo stesso soggetto perché non conservava un minimo di vitalità ed era incapace di «*potersi muovere e svolgere gli atti della vita nel contesto sociale e familiare*».
Aggiunge che non può, comunque, definirsi malato terminale colui che sia sopravvissuto circa dieci mesi alla presentazione della domanda amministrativa; e che la affezione secondo la quale per i soggetti gravi, che dispongano solo di una vita vegetativa, «*vi sono al-*

tre soluzioni a livello sanitario», non solo omette ogni riferimento normativo, ma non spiega le ragioni della interpretazione accolta.

Il ricorso è fondato.

L'art. 1 della legge 21 novembre 1988, n. 508, applicabile *ratione temporis* alla fattispecie in esame, dispone che l'indennità di accompagnamento è concessa: a) ai cittadini riconosciuti ciechi assoluti; b) ai cittadini nei cui confronti sia stata accertata una inabilità totale per affezioni fisiche o psichiche e che si trovino nella impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o, non essendo in grado di compiere gli attui quotidiani della vita, abbisognano di una assistenza continua.

Oltre la cittadinanza italiana è richiesta la residenza nel territorio nazionale (articolo 1 cit., comma 6).

Sono esclusi dal diritto all'indennità di accompagnamento *gli invalidi gravi che siano ricoverati gratuitamente in istituto* (art. 1, comma 3, della legge n. 18 del 1980) e gli invalidi che percepiscano analoghe prestazioni concesse per invalidità contratte per causa di guerra, di lavoro o di servizio, salvo il diritto di opzione per il trattamento più favorevole (art. 1, commi 4 e 5, legge n. 508/88).

Questa Corte ha individuato la *ratio* delle norme che prevedono l'indennità di accompagnamento anche nella esigenza di incentivare l'assistenza domiciliare dell'invalido, evitandone il ricovero in ospedale e, nel contempo, sollevando lo Stato da un onere ben più gravoso di quello derivante dalla corresponsione dell'indennità (Cass., S.U., 30 ottobre 1992 n. 11843); con la sentenza 11295 del 28 agosto 2000 si è ribadito che l'intervento assistenziale che si realizza con la concessione dell'indennità di accompagnamento *è rivolto principalmente a sostenere il nucleo familiare onde incoraggiarlo a farsi carico dei suddetti soggetti, evitando così il ricovero in istituti di cura e assistenza, con conseguente diminuzione della relativa spesa sociale.*

Alla luce di tali principi, deve affermarsi che la presenza di gravi patologie, tali non solo da rendere l'individuo inabile al 100%, ma da fare ragionevolmente prevedere che la morte sopraggiunga proprio in dipendenza delle stesse, non esclude il diritto alla indennità di accompagnamento finché l'evento letale sia *certus an* ma *incertus quando*, non apparendo razionale e rispondente alla finalità della legge negare la necessità di un'assistenza continua per il fato che, entro un periodo di tempo imprecisato, sopraggiungerà la morte a causa delle patologie invalidanti. La indennità può essere negata solo quando sia possibile formulare un giudizio prognostico di rapida sopravvenienza della morte, in ambito temporale ben ristretto, tanto che la «continua assistenza» risulti finalizzata non già a consentire il compimento degli atti quotidiani (tra i quali l'alimentazione, la pulizia personale, la vestizione e la vestizione), ma a fronteggiare una emergenza terapeutica (cfr. Cassazione 2 luglio 2002 n. 9583; 2 agosto 2002 n. 11610).

La Corte di appello di Bari si è discostata da tali principi, affermando che la prestazione

di cui si discute, «essendo dettata per consentire la vita al menomato grave, presuppone un minimo di vitalità dello stesso, che deve potersi muovere e svolgere gli atti della vita nel contesto sociale e familiare».
La affermazione risulta, alla luce di quanto sopra precisato, errata.
Per tutto quanto esposto il ricorso va accolto, la decisione impugnata va cassata e la causa va rinviata, per nuovo esame, ad altro giudice di pari grado, che si indica nella Corte di Appello di Lecce.
Al giudice di rinvio, cui si rimette anche la regolazione delle spese di questo giudizio di legittimità, applicherà il seguente principio di diritto: «la presenza di gravi patologie, tali non solo da rendere l'individuo inabile al 100% ma da fare ragionevolmente prevedere che la morte sopraggiunga proprio in dipendenza delle stesse, non esclude il diritto alla indennità di accompagnamento (di cui all'articolo 1 della legge n. 18/1980 e all'articolo 1 della legge n. 508/88) finché l'evento letale sia *certus an* ma *incertus quando*, non apparendo azionale e rispondente alle finalità della legge negare la necessità di un'assistenza continua per il fatto che, entro un periodo di tempo imprecisato, sopraggiungerà la morte a causa delle patologie invalidanti. La indennità può essere negata solo quando sia possibile formulare un giudizio prognostico di rapida sopravvenienza della morte, in ambito temporale ben ristretto, tanto che la «continua assistenza» risulti finalizzata non già a consentire il compimento degli atti quotidiani (tra i quali l'alimentazione, la pulizia personale, la vestizione e la vestizione), ma a fronteggiare una emergenza terapeutica».

PQM

La Corte accoglie il ricorso, cassa la sentenza impugnata e rinvia la causa, anche per le spese, alla Corte di Appello di Lecce.
Così deciso in Roma il 26 febbraio 2003.
Il Cons. estensore
Il Presidente
Depositato in Cancelleria
10 maggio 2003.

CASSAZIONE CIVILE, SENTENZA N. 13362/03

Con la Sentenza n. 13362/03 la Cassazione Civile stabilisce che, con riferimento agli atti quotidiani della vita, «*anche un solo atto, che abbia cadenza quotidiana, determina la non autosufficienza*».

SENTENZA CASSAZIONE CIVILE
Sezione Lavoro

Con sentenza del 14 luglio 1998 il Pretore di Bologna, attraverso parere tecnico d'ufficio, respinse la domanda di [...], diretta al ripristino dell'indennità d'accompagnamento, revocatale a seguito di visita di controllo del 5 dicembre 1996.
Con sentenza del 25 luglio 2000 il Tribunale di Bologna, attraverso nuovo parere tecnico d'ufficio, riconobbe che la [...] aveva diritto all'indennità dal 1° gennaio 1999. Afferma il giudicante che, in base all'indagine d'ufficio, era stato accertato che, per le infermità diagnosticate (tremore ortostatico agli arti superiori ed inferiori, con evidente disturbo di marcia per lateropulsione e della stazione eretta, possibile solo su base allargata e con valgismo delle ginocchia; «deficit» bilaterale per retinopatia senile degenerativa, poliartrosi), la [...] aveva bisogno di assistenza anche per le variazioni di postura e l'abbigliamento, con la conseguente «necessità di assistenza per le pratiche igieniche».
Per la cassazione di questa sentenza ricorre il Ministero dell'Interno, percorrendo le linee d'un unico articolato motivo; [...] resiste con controricorso.

Motivi della decisione

1) Con un unico motivo, denunciando per l'art. 360 c.p.c., nn. 3 e 5, violazione e falsa applicazione dell'art. 1 della legge 11 febbraio 1980, n. 18, nonché omessa insufficiente e contraddittoria motivazione, il ricorrente sostiene che:
1.1. l'art. 6 del decreto legislativo 23 novembre 1988, n. 509, ha introdotto, in via interpretativa, una nuova definizione di invalidità civile per gli invalidi ultrasessantacinquenni (formulata in stretta analogia a quella già prevista per i minori di anni 18 dall'art. 17 della legge 30 marzo 1971, n. 118), al fine di evitare applicazioni improprie delle percentuali tabellari ed il ricorso a criteri astratti di definizione delle situazioni invalidanti, rimarcando all'uopo l'importanza, in sede di valutazione dello stato invalidante delle persone ultrasessantacinquenni, di tener conto delle «difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età considerata»; per il riconoscimento del diritto in controversia era pertanto necessario accertare preliminarmente l'esistenza di queste «difficoltà», e poi accertare

l'esistenza delle aggiuntive condizioni alternativamente previste dall'art. 1, secondo comma, del decreto legislativo 23 novembre 1988, n. 509;
1.2. nell'ambito di queste ulteriori condizioni, «l'art. 1 della legge 11 febbraio 1980, n. 18, laddove fa riferimento all'impossibilità nel compimento degli atti quotidiani della vita, lo fa relativamente ad una serie indistinta di atti, così che solo la situazione d'impossibilità nel compimento dei suddetti atti può configurare il presupposto medico-legale, laddove la norma ha voluto far riferimento ad un atto particolare (la deambulazione), lo ha specificato; viceversa, non potendosi definire *a priori* gli atti quotidiani, non potrà che farsi riferimento ad una serie indistinta di atti, che, temporalmente, richiedano la necessità di assistenza continua»; nel quadro di questa necessità, la valutazione della noti autosufficienza, giustificata dall'impossibilità del compimento soltanto di alcuni atti («i passaggi posturali, il vestirsi, lo svestirsi e l'igiene personale»), era infondata;
1.3. ritenendo che le condizioni per il riconoscimento del diritto non sussistevano al momento della revoca ed erano poi ricomparse per effetto di ulteriori aggravamenti nel gennaio 1999, il Tribunale aveva motivato in modo generico ed apodittico.
2) Il ricorso è infondato. Lo stato di «invalido o mutilato», previsto dall'art. 2, terzo comma, della legge 30 marzo 1971, n. 118, introdotto dall'art. 6 del decreto legislativo 23 novembre 1988, n. 509 (analogamente e disposto dall'art. 1 secondo comma, lettera «b» della legge 21 novembre 1988, n. 508, dall'art. 1, della legge 26 luglio 1984, n. 392. nonché dall'art. 1, primo comma, della legge 11 febbraio 1980, n. 18, che è stato sostituito dalla prima disposizione) è solo la generica qualità dei soggetti a favore dei quali («in favore dei mutilati ed invalidi civili») la legge riconosce, in presenza di specifiche condizioni (la non deambulazione o la non autosufficienza), l'indennità d'accompagnamento. Il predetto «stato» indica una situazione di fondo, sulla quale queste condizioni poi si innestano.
Nell'ambito di questa situazione di fondo si inquadrano le «difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età», previste (dall'indicato art. 2, terzo comma, della legge 30 marzo 1971, n. 118) per gli ultrasessantacinquenni. Queste «difficoltà» non costituiscono tuttavia un'attenuazione della non autosufficienza; né, simmetricamente, costituiscono un ulteriore presupposto, astrattamente previsto e da accertare concretamente per il riconoscimento del diritto; sono solo la normativa qualificazione del generico stato di invalidità, in relazione agli ultrasessantacinquenni (per i quali il parametro della capacità lavorativa – normativamente utilizzato, in via generale, per ogni altra persona – è inapplicabile: Cass. 4 dicembre 2001, n. 15303, Cass. 14 giugno 2001, n. 8009): come generico stato di invalidità, le indicate «difficoltà» costituiscono un *minus*, immanente alle condizioni di non deambulazione o non autosufficienza.
In tal modo, le condizioni previste dall'art. 1 della legge 11 febbraio 1980, n. 18, per l'attribuzione dell'indennità di accompagnamento consistono alternativamente, ed indistintamente per tutte le età, nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto d'un accompagna-

tore oppure nell'incapacità di compiere gli atti quotidiani della vita senza continua assistenza» (Cass. 14 giugno 2001, n. 8009): condizioni generali sinteticamente definite dalla norma interpretativa dell'art. 1 della legge 26 luglio 1984, n. 392, nel fatto di essere «non deambulanti o non autosufficienti» (Cass. 4 dicembre 2001, n. 15303).

3) La situazione di non autosufficienza, che è alla base del diritto in esame è caratterizzata dalla permanenza (la natura «permanente» dell'aiuto fornito dall'accompagnatore, la natura «quotidiana» degli alti che il soggetto non è in grado di svolgere autonomamente, la natura «continua» del bisogno di assistenza: art. 1, secondo comma, lettera «b», della legge 21 novembre 1988, n. 508).

In questo quadro, la quotidianità è la cadenza che l'atto assume, per la propria natura, in quanto (pur eventualmente di breve durata) parte necessaria della vita quotidiana. E la continuità, che è della cadenza quotidiana degli atti, determina (quale propria risonanza) la permanenza del bisogno.

Questa permanenza, inscritta nella lettera della norma, è la stessa ragione del diritto.

Da ciò discende che, nell'ambito degli atti che il soggetto non sia in grado di compiere, anche un'ampia pluralità di atti, se privi di cadenza quotidiana, non determinano, la non autosufficienza prevista dalla norma. E, simmetricamente, anche un solo atto, che abbia cadenza quotidiana, determina la non autosufficienza.

La valutazione della cadenza quotidiana dell'atto (e pertanto della sua idoneità a determinare la non autosufficienza) è apprezzamento di fatto, che, ove sia privo di vizi logici e giuridici, è estraneo allo spazio del giudizio di legittimità.

Nel caso in esame, l'affermazione della sentenza, con cui si ritiene che la necessità di aiuto per «i passaggi posturali, il vestirsi, lo svestirsi e l'igiene personale» determina una situazione di non autosufficienza, applicazione dell'indicato principio, esprime una valutazione assolutamente coerente.

4) Com'è ovvio, non è possibile individuare con certezza il momento in cui le patologiche condizioni fisio-psichiche (spesso prodotto d'un naturale incremento dell'entità di singole patologie) raggiungono la soglia della giuridica rilevanza. Nell'ambito di questa impossibilità, il giudice ha l'onere di ridurre l'approssimazione alla minima misura possibile.

Ciò ha fatto il Tribunale, nel caso in esame: rilevando, attraverso il parere del consulente tecnico d'ufficio, che un accertamento strumentale del 19 dicembre 1998 aveva evidenziato «chiari sintomi di cerebropatia», ha individuato (e dichiaratamente «con buona approssimazione») le condizioni che determinano la decorrenza del diritto.

5) Il ricorso deve essere respinto. Ed il ricorrente deve essere condannato al pagamento delle spese del giudizio di legittimità.

P.Q.M.

La Corte respinge il ricorso e condanna il ricorrente al pagamento delle spese del giudizio di legittimità, liquidate in euro 10,00 oltre ad euro 2.000 per onorario, ed attribuite all'avv. Rosa Maffei, antistatario.

Così deciso in Roma, 9 aprile 2003.

Depositata in Cancelleria l'11 settembre 2003.

CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE, SENTENZA N. 8060/04

La Sentenza della Corte Suprema di Cassazione n. 8060/04 sancisce il diritto all'accompagnamento per quei soggetti che, pur mantenendo una certa capacità di movimento all'interno della propria abitazione, non sono in grado di uscire di casa da soli, dipendendo completamente da terzi per spese ed approvvigionamenti esterni.

Svolgimento del processo

Con sentenza in data 19 aprile - 3 luglio 2001 la Corte d'Appello di Milano, in riforma della sentenza del Pretore della stessa città, che non aveva accolta la domanda proposta da S.L. nei confronti del Ministero del Tesoro diretta all'accertamento della illegittimità della disposta revoca dell'indennità di accompagnamento, dichiarava illegittima tale revoca e condannava il Ministero convenuto al pagamento della detta indennità in favore della S.L.
Il Ministero del Tesoro ricorre per la cassazione della sentenza della Corte d'Appello di Milano con unico, articolato motivo.
Resiste con contro ricorso la intimata.

Motivi della decisione

Con l'unico articolato motivo il Ministero del Tesoro, denunziando violazione e falsa applicazione dell'art. 1 della legge n. 18 del 1980 e omessa, insufficiente e contraddittoria motivazione su un punto decisivo della controversia, deduce che erroneamente la Corte di merito aveva ritenuto sussistente il diritto della S.L. all'indennità di accompagnamento, nonostante che la medesima entro le mura domestiche fosse in condizioni di compiere da sola gli elementari atti quotidiani della vita e nonostante che essa sentisse la necessità di un accompagnatore soltanto per uscire fuori dalle mura domestiche al fine di provvedere ai necessari rifornimenti di viveri e medicinali.
Il ricorso è infondato.
Questa Corte ha più volte precisato che le condizioni previste dall'art. 1 della legge 11 febbraio 1980, n. 18, ai fini dell'attribuzione dell'indennità di accompagnamento in favore dei mutilati e invalidi civili totalmente inabili consistono alternativamente o nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore oppure nell'incapacità di compiere gli atti quotidiani della vita senza assistenza continua (v., in ultimo, pronunce di questa Corte n. 4887 del 5 aprile 2002; n. 6882 del 13 maggio 2002; n. 1003 del 23 gennaio 2003); sia per l'una che per l'altra condizione di impossibilità o di incapacità deve trattarsi di una situazione permanente e non già episodica del totalmente inabile.
Ove il giudice di merito abbia rispettato i criteri di valutazione dell'impossibilità di deambulazione o dell'incapacità di compimento degli atti quotidiani della vita imposti dal-

l'art. 1 della legge n. 18/80, citato, e abbia giustificato con congrua motivazione tale valutazione non è sindacabile in sede di legittimità per tale valutazione, in quanto essa costituisce un accertamento di fatto.
Nella specie la Corte d'Appello di Milano, con motivazione adeguata e immune da vizi logici, aveva accertato in fatto, sulla base della disposta consulenza tecnica, che l'impossibilità di deambulazione della S.L. era costituita dal fatto che essa poteva compiere da sola entro le mura domestiche soltanto qualche passo e che, in ogni caso, non poteva uscire di casa se non accompagnata, dipendendo «totalmente dagli altri per spese e approvvigionamenti esterni». Correttamente, pertanto, tale situazione si era concretizzata per la Corte di merito in una impossibilità di deambulazione autonoma tutelabile dall'art. 1 della legge 11 febbraio 1980, n. 18, citato, con la concessione dell'indennità di accompagnamento.
Il proposto ricorso va, pertanto, rigettato.
Le spese seguono la soccombenza e vanno liquidate come da dispositivo.

P.Q.M.

La Corte
rigetta il ricorso e condanna il Ministero ricorrente alle spese del presente giudizio in euro 13,00 oltre euro tremila (3000,00) per onorari.

Così deciso in Roma, il 27 novembre 2003. Depositato in Cancelleria il 27 aprile 2004.

CASSAZIONE, SENTENZA N. 10212/04

Sulla «permanenza» (concetto da non confondersi con la irreversibilità) la Cassazione, con sentenza n. 10212/04, afferma chiaramente che «*nessuna norma vieta il riconoscimento del diritto ad indennità di accompagnamento anche per periodi molto brevi*».

CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE
Sezione Lavoro

ha pronunciato la seguente sentenza
sul ricorso proposto da: [...] quale erede di [...]
– ricorrente –
contro
Inps Istituto Nazionale Della Previdenza Sociale in persona del legale rappresentante pro tempore, elettivamente domiciliato in Roma Via della Frezza 17,
presso
l'Avvocatura Centrale dell'Istituto [...] resistente con mandato - Ministero dell'Interno, Ministero del Tesoro; [...] avverso la sent. n. 222/00 del Tribunale di Firenze, depositata il 25 ottobre 2000 R.G.N. 589/99

Svolgimento del processo

Il Tribunale di Firenze rigettava l'appello proposto da D.B., nella qualità di erede di T.B., avverso la sentenza pretorile che aveva respinto il suo ricorso inteso al riconoscimento dell'indennità di accompagnamento in favore del proprio dante causa, e alla conseguente corresponsione in suo favore dei ratei maturati fino al decesso del *de cuius*. In particolare, il Tribunale rilevava che, come emergente dalle conclusioni, pressoché identiche, dei consulenti d'ufficio nominati in primo grado e in appello, T.B. era stato sottoposto a numerosi ricoveri ospedalieri nel periodo antecedente la visita della commissione avvenuta il 30 marzo 1998 e che durante tali ricoveri non era mai stata segnalata la dipendenza del paziente, mentre solo in data 27 aprile 1998 veniva certificata, in occasione di un Day Hospital, l'impossibilità di deambulazione autonoma, per consentire l'accesso col mezzo privato all'ospedale. Pertanto, differenziandosi di poco dalle conclusioni del Ctu nominato in secondo grado, che aveva fatto decorrere la necessità di accompagnamento dal 1° aprile 1998, il Tribunale riteneva che tale necessità dovesse essere riferita al 27 aprile 1998, unica data certa desumibile dalla certificazione sopramenzionata, in particolare sottolineando che nel periodo 28 febbraio/27 marzo 1998 era stata richiesta l'autorizzazione ad accedere con mezzo privato all'ospedale solo per difficoltà nella deambulazione (non per impossibilità) e che la data del 1° aprile 1998

fissata dal Ctu non appariva verosimile in quanto il giorno prima vi era stata una visita della Commissione nel corso della quale non era stata rilevata alcuna necessità di accompagnamento.
Avverso tale sentenza propone ricorso per Cassazione D. B. L'Inps si è costituito depositando procura. Nessun altro si è costituito.

Motivi della decisione

Col primo dei due motivi, deducendo nullità della sentenza per violazione dell'art. 132 c.p.c., il ricorrente censura la sentenza suddetta per aver omesso, nell'epigrafe e nel dispositivo, l'indicazione di una delle parti, ossia l'Inps, che era stato regolarmente citato dal ricorrente nel ricorso d'appello quale legittimato passivo ai sensi dell'art. 130 d.lgs. n. 112 del 1998. Secondo il ricorrente, tale omissione non sarebbe un semplice errore materiale, in quanto l'Inps non avrebbe in alcun modo partecipato al giudizio, senza che ne fosse dichiarata la contumacia. Col secondo motivo, deducendo vizio di motivazione, il ricorrente censura la sentenza impugnata per aver aderito alle conclusioni del Ctu ignorando le critiche esposte dal ricorrente, il quale aveva rilevato che tale consulenza si era risolta in una mera ricognizione di certificati e, come quella di primo grado, aveva focalizzato l'attuazione solo sulla deambulazione, trascurando la condizione di non poter compiere gli atti quotidiani senza l'aiuto di un accompagnatore, condizione verosimile in un soggetto sottoposto a terapia chemioterapica.
Il ricorrente censura inoltre la suddetta sentenza perché, pur condividendo le argomentazioni del Ctu, se ne discosta quanto alla decorrenza della necessità di accompagnamento, senza motivare adeguatamente il proprio dissenso, e facendo coincidere tale decorrenza con il giorno in cui il medico ha attestato l'impossibilità di deambulare, senza considerare che, di norma, gli accertamenti consentono il riscontro di infermità insorte in epoca anteriore.
Il ricorrente censura infine la sentenza impugnata perché, avendo accertato il diritto ad indennità di accompagnamento, sia pure con decorrenza posteriore a quella richiesta, avrebbe rigettato totalmente la domanda, omettendo di pronunciare i provvedimenti necessari a far conseguire la prestazione richiesta per il periodo tra la data dell'accertamento e quella del decesso di T.B.
Il primo motivo di ricorso è infondato.
A tal proposito è innanzitutto da rilevare che, alla luce del d.lgs. n. 112 del 1998 (e del successivo d.p.c.m. 26 maggio 2000), è configurabile un'ipotesi di successione a titolo particolare nel rapporto controverso, che, se intervenuta nel corso del processo, implica la prosecuzione di quest'ultimo tra le parti originarie salva la possibilità di intervento in causa del successore (v. sul punto, tra le altre, Cass. n. 8884 del 2003, rv. 5663865, relativa alla successione dell'Inail alle Ferrovie dello Stato con riguardo ai rapporti aventi ad og-

getto gli infortuni e le malattie professionali dei dipendenti e, con specifico riguardo all'ipotesi in esame, Cass. n. 8268 del 2003 RV 563545).

È altresì da rilevare che, come affermato peraltro dallo stesso ricorrente, l'omessa indicazione di una delle parti nell'epigrafe della sentenza o nel dispositivo non comporta nullità della predetta sentenza se non determina violazione del principio del contraddittorio o del diritto di difesa. Nella specie, tali violazioni non sono configurabili, posto che, come affermato dallo stesso ricorrente, l'Inps fu «regolarmente citato», ossia fu posto in condizione di partecipare al giudizio, anche se scelse di non costituirsi, mentre nessuna rilevanza può assumere, in proposito, la mancata dichiarazione di contumacia, posto che, come più volte ribadito da questo giudice di legittimità (v., da ultimo, Cass. n. 8545 del 2003, RV. 563699), «la mancata indicazione della parte contumace nell'epigrafe della sentenza e la mancata dichiarazione di contumacia della stessa, non incidono sulla regolarità del contraddittorio, ove risulti che la parte sia stata regolarmente citata in giudizio, configurandosi un mero errore materiale, emendabile con la apposita procedura».

È infine da rilevare che, nella specie, non si pone un problema di litisconsorzio necessario col Ministero dell'Economia e delle Finanze alla luce dello *ius superveniens* rappresentato dal d.l. n. 269 del 2003 convertito con modificazioni in legge. n. 326 del 2003, atteso che la suddetta norma ha innanzitutto inciso sulla struttura del rapporto assistenziale, trasformandolo in trilatero, onde essa è configurabile quale norma sostanziale (sia pure con riflessi processuali) e, come tale, non è immediatamente applicabile ai processi in corso.

Il secondo motivo di ricorso è fondato per quanto di ragione.

Invero, il giudice di merito, pur affermando di condividere le valutazioni espresse dal consulente tecnico d'ufficio, se ne è invece contraddittoriamente discostato proprio sul punto fondamentale della decorrenza della necessità di accompagnamento, senza fornire una sufficiente motivazione del proprio dissenso e, soprattutto, senza minimamente esporre, anche sul piano scientifico, alla luce dello stato patologico dell'assicurato, sulla base di quale attendibile criterio probabilistico doveva ritenersi che l'impossibilità di deambulare fosse insorta nello stesso momento in cui veniva certificata.

Il giudice di merito inoltre, pur avendo riconosciuto la sussistenza dell'impossibilità di deambulare, e perciò la necessità di accompagnamento (sia pure da epoca successiva a quella richiesta) ha poi immotivatamente respinto la domanda, laddove nessuna norma vieta il riconoscimento del diritto ad indennità di accompagnamento anche per periodi molto brevi (nella specie, inferiori al mese).

Sono invece da ritenersi inammissibili le censure alla consulenza tecnica d'ufficio che, svolgendo critiche generiche senza specificare le carenze o deficienze diagnostiche nelle quali sarebbe incorsa tale consulenza discostandosi dalle nozioni correnti della scienza medica, si traducono in una inammissibile critica del convincimento del giudice, in relazio-

ne alla (sia pure, nella specie, parziale) adesione di quest'ultimo alla suddetta consulenza (v. sul punto, tra moltissime altre, Cass. n. 6432 del 2002, RV 554122).
Il primo motivo di ricorso deve essere pertanto rigettato e il secondo accolto, per quanto di ragione; la sentenza impugnata va cassata in relazione alle censure accolte con rinvio ad altro giudice equiordinato che provvedere anche in ordine alle spese della presente fase di giudizio.

P.Q.M.

Accoglie il secondo motivo per quanto di ragione, rigettato il primo. Cassa la sentenza impugnata in relazione alle censure accolte e rinvia anche per le spese alla Corte d'Appello di Bologna.
Così deciso in Roma, il 11 dicembre 2003. Depositato in Cancelleria il 27 maggio 2004.

CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE, SENTENZA N. 1268/05

La Sentenza della Corte Suprema di Cassazione n. 1268/05, di seguito integralmente riportata, chiarisce, con un ampio e interessante *excursus* ricostruttivo sui precedenti pronunciamenti della Cassazione stessa, cosa debba intendersi per atti quotidiani della vita e quando venga meno la capacità di compierli in autonomia, configurandosi quindi il diritto al riconoscimento dell'indennità di accompagnamento.

Repubblica italiana
in nome del popolo italiano

LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE
Sezione Lavoro

ha pronunciato la seguente sentenza
sul ricorso proposto da:
C.G., elettivamente domiciliata in Roma [...], presso lo studio dell'avvocato F.F., che la rappresenta e difende unitamente all'avvocato L.S., giusta delega in atti;

- ricorrente -

contro

Ministero dell'Interno;

- intimato -

avverso la sentenza n. 2908/02 del Tribunale di Napoli, depositata il 16/08/02 - R.G.N. 40947/94;
udita la relazione della causa svolta nella Pubblica udienza del 14/12/04 dal Consigliere Dott. G.V.;
udito il P.M. in persona del Sostituto Procuratore Generale Dott. P.M. che ha concluso per il rigetto del ricorso.

Svolgimento del processo

Con ricorso al Pretore di Napoli G.C., alla quale la competente Commissione 1 sanitaria aveva accertato una invalidità in misura del 100% con diritto all'indennità di accompagnamento, riducendo a seguito di revisione la percentuale invalidante nella misura del 70%, esponeva di avere inutilmente richiesto in sede amministrativa il riconoscimento del proprio stato di invalidità civile integrante il diritto alla pensione di inabilità con indennità di accompagnamento. Chiedeva, quindi, che disposti gli accertamenti del caso, il Ministero dell'Interno venisse condannato all'erogazione dei benefici richiesti. Dopo la costituzione del Ministero e l'espletamento di una Ctu medico-legale, il Pretore respingeva il ricorso.

A seguito di gravame della parte soccombente, il Tribunale di Napoli con sentenza del 16 agosto 2002, in riforma dell'impugnata sentenza, condannava il Ministero alla corresponsione in favore della controparte della pensione di inabilità, a far tempo dal compimento del diciottesimo anno di età, oltre accessori come per legge.
Negava, invece, l'indennità di accompagnamento sul presupposto che il diritto a detta indennità sorge allorquando lo svolgimento anche dei più semplici e frequenti atti della vita quotidiana sia suscettibile di creare concreti, seri e gravi pericoli all'integrità fisica dell'invalido, e non allorquando – come nella fattispecie in oggetto – questa condizione non si verifichi per essere l'invalido in condizione di svolgere in situazione di accettabile autonomia, la quasi totalità degli atti del quotidiano. Avverso tale sentenza G.C. propone ricorso per Cassazione, affidato a tre motivi. Il Ministero dell'Interno non si è costituito.

Motivi della decisione

1. Con il primo motivo la ricorrente deduce erronea e falsa interpretazione dell'art. 1 della legge 11 febbraio 1980, n. 18, e dell'art. 1 della legge 12 novembre 1988, n. 509. Con il secondo motivo lamenta l'inadeguatezza della motivazione del Tribunale di Napoli circa la negata connessione tra infermità ed autosufficienza, e con il terzo motivo l'inadeguatezza anche del procedimento logico giuridico al fine della condivisione delle risultanze del Ctu.
A sostegno di detti motivi la ricorrente denunzia una non corretta individuazione da parte del giudice d'appello del concetto di autonomia, perchè ciò che va ricercato ai fini della idoneità al compimento degli atti quotidiani – impeditiva del diritto all'accompagnamento – non è la mera capacità esecutiva dell'atto ma la capacità di autonomamente comprendere quando quell'atto, deve essere compiuto. In altri termini, non deve ritenersi capace di compiere autonomamente gli atti quotidiani della vita chi si veste, si lava, si pettina, si muove, si nutre solo se qualcuno lo sollecita ad eseguire tali atti. Situazione questa riscontrabile in essa ricorrente, che come emergeva dalla consulenza d'ufficio – fatta propria dal giudice d'appello – era affetta da ritardo mentale di grado medio, emicrania ed epilessia farmaco-resistente con crisi secondarie generalizzate in trattamento. Più specificamente, l'ausiliare del giudice aveva ravvisato una menomata capacità di astrazione e di concettualizzazione, una carenza di progettualità, una lacunosità della memoria, sia di rievocazione che di fissazione, ed ancora una suggestionabilità e difficoltà a discriminare tra soggetti estranei e familiari sì da concludere che i portatori di patologie, analoghe a quella di essa G.C., difficilmente progrediscono oltre il livello della seconda elementare nelle materie scolastiche.
2. Le censure della ricorrente sono fondate e, pertanto, meritano accoglimento.
2.1. Ai fini di un ordinato iter motivazionale appaiono opportune alcune preliminari puntualizzazioni sulla natura e la *ratio* dell'indennità di accompagnamento.

È giurisprudenza costante di questa Corte che le condizioni previste dall'art. 1 della legge n. 18 del 1980 per l'attribuzione dell'indennità di accompagnamento consistono alternativamente nella impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore, oppure nella incapacità di compiere gli atti quotidiani della vita senza continua assistenza. 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 (cfr., *ex plurimis*: Cass. 11 settembre 2003, n. 13362; Cass. 8 aprile 2003, n. 5027; Cass. 27 marzo 2001, n. 4389).

È stato, inoltre, affermato che le provvidenze a favore dei mutilati ed invalidi civili, previste, rispettivamente, dall'art. 12 della legge n. 118 del 1971 (pensione di inabilità) e dall'art. 1 della legge n. 18 del 1980 (indennità di accompagnamento), sono tra loro nettamente distinte, per essere assolutamente irrilevante per il riconoscimento di quest'ultima provvidenza lo stato di totale incapacità lavorativa o la presenza delle condizioni economiche stabilite dall'art. 26 della legge n. 153 del 1969, perché la concessione dell'indennità di accompagnamento si configura come una prestazione del tutto peculiare in cui l'intervento assistenziale non è indirizzato – come avviene per la pensione di inabilità – al sostentamento del soggetto minorato nelle sue capacità di lavoro (tanto vero che l'indennità può essere concessa anche ai minori degli anni diciotto ed a soggetti che, pur non essendo in grado di deambulare senza l'aiuto di un terzo, svolgano tuttavia una attività lavorativa al di fuori del proprio domicilio), ma è rivolto principalmente a sostenere il nucleo familiare onde incoraggiarlo a farsi carico dei suddetti soggetti, evitando così il ricovero in istituti ed assistenza, con conseguente diminuzione della relativa spesa sociale (Cass. 28 agosto 2000, n. 11295).

È stato infine 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 (cfr., al riguardo, Cass. aprile 2003, n. 5784).

2.2. Orbene, in considerazione del rilievo costituzionale assunto dall'assistenza (art. 38 Cost.) e della *ratio* sottesa all'indennità di accompagnamento – cui non è di certo estranea, come visto, l'esigenza di sostenere il nucleo familiare onde agevolare la permanenza in esso di soggetti abbisognevoli per le loro gravi infermità di un continuo controllo –, i principi innanzi enunciati devono trovare applicazione in presenza di quelle malattie che, per incidere notevolmente sulle capacità intellettive ed, in genere, cognitive, trovano nel-

la famiglia, per i suoi naturali vincoli solidaristici, l'ambiente più favorevole ad alleviare le sofferenze di quanti sono da esse colpiti. Ciò spiega la copiosa giurisprudenza di questa Corte, che ha riconosciuto il diritto all'indennità di accompagnamento: a persona che per deficit organici e cerebrali per «patologia connatale» si presentava incapace di «stabilire autonomamente se, quando e come» svolgere gli atti elementari della vita quotidiana, riferendosi l'incapacità non solo agi atti fisiologici giornalieri «ma anche a quelli direttamente strumentali, che l'uomo deve compiere normalmente nell'ambito della società» (Cass. 7 marzo 2001, n. 3299); a persona che, per infermità mentali, difettava anche episodicamente di autocontrollo sì da rendersi pericoloso per sé e per altri (Cass. 21 aprile 1993, n. 4664); a persona che, per un deficit mentale da sindrome psico-organica derivante da microlesioni vascolari localizzate nella struttura cerebrale e destinate a provocare nel tempo una vera e propria demenza, non poteva sopravvivere senza l'aiuto costante del prossimo (Cass. 22 gennaio 2002, n. 667); a persona, che anche per un deterioramento delle facoltà psichiche (in un quadro clinico presentante tra l'altro ictus ischemico e diabete mellito), mostrava una «incapacità di tipo funzionale», di compiere cioè «l'atto senza l'incombente pericolo di danno (per l'agente o per altri)» (Cass. 27 marzo 2001, n. 4389); a persona, che, affetta da oligofrenia di grado elevato, con turbe caratteriali e comportamentali, era incapace di parlare se non con monosillabi e di non riconoscere gli oggetti, versando così in una situazione di bisogno di una continua assistenza non solo per l'incapacità materiale di compiere l'atto, ma anche «per la necessità di evitare danni a sè e ad altri» (Cass. 8 aprile 2002 n. 5017).

2.3. 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 o 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 psicofisiche 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 com-

piere 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 (anche l'incapacità ad un solo genere di atti può, per la rilevanza di questi ultimi e per l'imprevedibilità del loro accadimento, attestare di per sé la necessità di una effettiva assistenza giornaliera: cfr. per riferimenti sul punto: Cass. 11 settembre 2003, n. 13362).

2.3. Ed ulteriore corollario di quanto detto è che la valutazione in concreto della incapacità, richiesta per il riconoscimento dell'indennità d'accompagnamento, si traduce in un giudizio di fatto devoluto al giudice di merito che, se adeguatamente motivato e se formulato nel rispetto della lettera e della *ratio* della normativa regolante l'istituto in oggetto, non è suscettibile di alcuna censura in sede di legittimità.

3. Nel caso di specie la sentenza impugnata va cassata perché il giudice d'appello nel rigettare la domanda ha trascurato, oltre che la giusta lettura del dato normativo (art. 1, legge n. 18 del 1980 ed art. 1, legge n. 508 del 1988), anche quella che si è visto essere la sua ratio.

Detto giudice, infatti, pur ritenendo presente nella G.C. una alterazione delle sue capacità cognitive, responsabile di una non lieve debilitazione psichica del soggetto nonché di difficoltà nella comprensione del linguaggio scritto e nell'affrontare situazioni al di fuori delle minime necessità della vita quotidiana «a causa di un pensiero dal corso rallentato e dal contenuto povero, con conseguenti difficoltà nella soluzione di problemi anche banali», ha poi concluso – facendo proprio il parere del consulente d'ufficio – per l'infondatezza della domanda della suddetta G.C. senza tra l'altro fornire una congrua motivazione al suo giudizio. In altri termini il Tribunale di Napoli non ha considerato – così omettendo un doveroso e rigoroso accertamento sul punto – se, per la mancanza di una effettiva capacità di intendere il significato degli atti che andava a compiere, si rendeva necessaria la presenza di una accompagnatore anche perché la G.C., per essere affetta da epilessia secondaria con crisi convulsive, e potendo ricavare benefici da un trattamento farmacologico, aveva bisogno nella quotidianità di una continua assistenza.

3.1. Alla stregua dell'art. 384 c.p.c., essendo necessari ulteriori accertamenti di fatto, la causa va rimessa ad un diverso giudice, che si designa nella Corte d'Appello di Salerno, che nel procedere ad un nuovo esame della controversia farà applicazione del seguente principio di diritto: «L'indennità di accompagnamento, prevista quale misura assistenziale diretta anche a sostenere il nucleo familiare, va riconosciuta, alla stregua dell'art. 1 del-

la legge 11 febbraio 1980, n. 18, a coloro che, pur capaci di compiere materialmente gli atti elementari della vita quotidiana (quali il mangiare, il vestirsi, il pulirsi ecc.), necessitano di un accompagnatore per versare – in ragione di gravi disturbi della sfera intellettiva e cognitiva addebitabili a forme avanzate di gravi stati patologici – nella incapacità di rendersi conto della portata dei singoli atti che vanno a compiere e dei modi e tempi in cui gli stessi debbano essere compiuti, di comprendere la rilevanza di condotte volte a migliorare – o, quanto meno, a stabilizzare o non aggravare – il proprio stato patologico (condotte volte ad osservare un giornaliero trattamento farmacologico), e di valutare la pericolosità di comportamenti suscettibili di arrecare danni a sè o ad altri».

4. Al giudice di rinvio va altresì rimessa la statuizione sulle spese del presente giudizio di Cassazione.

P.Q.M.

La Corte accoglie il ricorso, cassa la sentenza impugnata e rinvia alla Corte d'Appello di Salerno anche per le spese di questo giudizio di Cassazione.

Così deciso in Roma, il 14 dicembre 2004.

Depositato in Cancelleria il 21 gennaio 2005.

LEGGE N. 80 DEL 9 MARZO 2006, ARTICOLO 6

La legge n. 80 del 9 marzo 2006, entrata in vigore il 12 marzo 2006, all'articolo 6 – «Semplificazione degli adempimenti amministrativi per le persone con disabilità» – ha introdotto importanti novità riguardanti il procedimento di accertamento delle minorazioni civili e dell'handicap per i soggetti affetti da neoplasie e da sindrome da talidomide.

Art. 6

1. Le Regioni, nell'ambito delle proprie competenze, adottano disposizioni dirette a semplificare e unificare le procedure di accertamento sanitario di cui all'articolo 1 della legge 15 ottobre 1990, n. 295, per l'invalidità civile, la cecità, la sordità, nonché quelle per l'accertamento dell'handicap e dell'handicap grave di cui agli articoli 3 e 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, e successive modificazioni, effettuate dalle apposite Commissioni in sede, forma e data unificata per tutti gli ambiti nei quali è previsto un accertamento legale.

2. Al comma 3 dell'articolo 399 del Testo Unico delle disposizioni legislative vigenti in materia di istruzione, relative alle scuole di ogni ordine e grado, di cui al decreto legislativo 16 aprile 1994, n. 297, dopo le parole: «non si applica al personale di cui all'articolo 21 della legge 5 febbraio 1992, n. 104», sono aggiunte le seguenti: «e al personale di cui all'articolo 33, comma 5, della medesima legge.».

3. Il comma 2 dell'articolo 1997 della legge 23 dicembre 2000, n. 388, è sostituito dal seguente:

«2. I soggetti portatori di menomazioni o patologie stabilizzate o ingravescenti, inclusi i soggetti affetti da sindrome da talidomide, che abbiano dato luogo al riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o di comunicazione sono esonerati da ogni visita medica finalizzata all'accertamento della permanenza della minorazione civile o dell'handicap. Con decreto del Ministro dell'Economia e delle Finanze, di concerto con il Ministro della Salute, sono individuate, senza ulteriori oneri per lo Stato, le patologie e le menomazioni rispetto alle quali sono esclusi gli accertamenti di controllo e di revisione ed è indicata la documentazione sanitaria, da richiedere agli interessati o alle commissioni mediche delle aziende sanitarie locali qualora non acquisita agli atti, idonea a comprovare la minorazione.».

3-*bis*. L'accertamento dell'invalidità civile ovvero dell'handicap, riguardante soggetti con patologie oncologiche, è effettuato dalle commissioni mediche di cui all'articolo 1 della legge 15 ottobre 1990, n. 295, ovvero all'articolo 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, entro quindici giorni dalla domanda dell'interessato. Gli esiti dell'accertamento hanno efficacia immediata per il godimento dei benefici da essi derivanti, fatta salva la facoltà della commissione medica periferica di cui all'articolo 1, comma 7, della legge 15 ottobre 1990, n. 295, di sospenderne gli effetti fino all'esito di ulteriori accertamenti.

La novità più significativa è quella della previsione, al comma 3-*bis*, di un *iter* accelerato per i soggetti con patologie oncologiche.

Iter *accelerato*

La norma dispone che l'accertamento di invalidità ed handicap dei malati oncologici venga effettuato entro 15 giorni dalla presentazione della domanda, sia immediatamente efficace e sia sottoposto a giudizio della Commissione Medica di verifica con possibilità di sospensione.

Il verbale può essere utilizzato immediatamente per richiedere tutti i benefici previsti dalla normativa sia di carattere economico (pensioni, assegni, indennità) che non economico (esenzione pagamento ticket sanitario, permessi lavorativi...).

Definizione di paziente oncologico

Hanno diritto all'accertamento entro 15 giorni dalla domanda i soggetti che sono affetti da una patologia tumorale maligna in fase acuta con documentata necessità di un trattamento radioterapico o chemioterapico o in fase avanzata con necessità di un trattamento palliativo e/o assistenziale.

In questa definizione rientrano, pertanto, i soggetti affetti da:

– patologia neoplastica maligna di prima diagnosi o recidiva con necessità di trattamento radioterapico o chemioterapico;

– patologia neoplastica maligna metastatizzata o in fase terminale, con compromissione delle condizioni generali ed indicazione clinica al trattamento palliativo e/o assistenziale.

DECRETO MINISTERIALE - MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE, 2 AGOSTO 2007

Individuazione delle patologie rispetto alle quali sono escluse visite di controllo sulla permanenza dello stato invalidante
(Pubblicato in *Gazzetta Ufficiale* del 27 settembre 2007, n. 225)

Il Ministro dell'Economia e delle Finanze, in concerto con il Ministro della Salute
Vista la legge 9 marzo 2006, n. 80, di conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 10 gennaio 2006, n. 4, recante misure urgenti in materia di organizzazione e funzionamento della pubblica amministrazione;
Visto, in particolare, l'art. 6, comma 3, della citata legge n. 80 del 2006, con il quale, nel sostituire il comma 2 dell'art. 97 della legge 23 dicembre 2000, n. 388, si stabilisce che i soggetti portatori di menomazioni o patologie stabilizzate o ingravescenti, inclusi i soggetti affetti da sindrome da talidomide, che abbiano dato luogo al riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o di comunicazione, sono esonerati da ogni visita medica finalizzata all'accertamento della permanenza della minorazione civile o dell'handicap e demanda ad un decreto del Ministro dell'Economia e delle Finanze, di concerto con il Ministro della Salute, la individuazione, senza ulteriori oneri per lo Stato, delle patologie e delle menomazioni rispetto alle quali sono esclusi gli accertamenti di controllo e di revisione e l'indicazione della documentazione sanitaria, da richiedere agli interessati o alle commissioni mediche delle aziende sanitarie locali, qualora non acquisita agli atti, idonea a comprovare la minorazione;
Considerata la necessità di provvedere alla individuazione delle patologie rispetto alle quali sono esclusi gli accertamenti di verifica sulla permanenza della disabilità:
Decreta:

Art. 1.

1. In attuazione dell'art. 6, comma 3, della legge 9 marzo 2006, n. 80, di conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 10 gennaio 2006, n. 4, è approvato l'elenco delle patologie rispetto alle quali sono escluse visite di controllo sulla permanenza dello stato invalidante e indicazione della relativa documentazione sanitaria, che costituisce parte integrante del presente decreto.

Art. 2.

1. Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Roma, 2 agosto 2007
Il Ministro dell'Economia e delle Finanze;Il Ministro della Salute
Padoa Schioppa Turco

Allegato

Elenco delle patologie rispetto alle quali sono escluse visite di controllo sulla permanenza dello stato invalidante e indicazione della relativa documentazione sanitaria, in attuazione della legge 9 marzo 2006, n. 80, art. 6, comma 3.

Il presente elenco comprende le gravi menomazioni di cui all'art. 6, terzo comma, della legge 9 marzo 2006, n. 80, «Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 10 gennaio 2006, n. 4, recante misure urgenti in materia di organizzazione e funzionamento della pubblica amministrazione», per tali intendendosi le menomazioni o le patologie stabilizzate o ingravescenti, che abbiano dato luogo al riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o di comunicazione.

L'elenco è presentato in un prospetto in cui sono indicate 12 voci relative a condizioni patologiche che determinano una grave compromissione dell'autonomia personale e gravi limitazioni delle attività e della partecipazione alla vita comunitaria; per ciascuna voce la documentazione sanitaria, rilasciata da struttura sanitaria pubblica o privata accredita, idonea a comprovare, sulla base di criteri diagnostici e di valutazioni standardizzati e validati dalla comunità scientifica internazionale, la patologia o la menomazione, da richiedere alle commissioni mediche delle aziende sanitarie locali o agli interessati, solo qualora non sia stata acquisita agli atti o non più reperibile.

L'elenco viene rivisto con cadenza annuale.

Le persone affette da patologie o menomazioni comprese nell'elenco sono esonerate da tutte le visite di controllo o di revisione circa la permanenza dello stato invalidante; la relativa documentazione sanitaria va richiesta alle commissioni preposte all'accertamento che si sono espresse in favore dell'indennità di accompagnamento o di comunicazione; oppure agli interessati, qualora non risulti acquisita agli atti da parte delle citate commissioni. È fatta salva la facoltà per i soggetti interessati di integrare la documentazione sanitaria con ulteriore documentazione utile allo scopo.

1) **Insufficienza cardiaca in IV classe Nhya refrattaria a terapia.**

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale.

Valutazione Nhya sulla base degli accertamenti effettuati e risposta ai presidi terapeutici.

2) **Insufficienza respiratoria in trattamento continuo di ossigenoterapia o ventilazione meccanica.**

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale.

Valutazione prognostica.

Valutazione della funzionalità respiratoria sulla base degli accertamenti eseguiti.
Indicazione di trattamento con ossigenoterapia o ventilazione meccanica in corso.

3) Perdita della funzione emuntoria del rene, in trattamento dialitico, non trapiantabile.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale.
Valutazione prognostica.
Indicazione di trattamento dialitico in corso.

4) Perdita anatomica o funzionale bilaterale degli arti superiori e/o degli arti inferiori, ivi comprese le menomazioni da sindrome da talidomide.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale.
Valutazione funzionale della menomazione con descrizione della concreta possibilità o impossibilità motivata di utilizzo di protesi, ortesi e/o ausili.

5) Menomazioni dell'apparato osteo-articolare, non emendabili, con perdita o gravi limitazioni funzionali analoghe a quelle delle voci 2 e/o 4 e/o 8.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale.
Valutazione funzionale, sulla base degli accertamenti effettuati, come alle voci 2 - 4 - 8.

6) Epatopatie con compromissione persistente del sistema nervoso centrale e/o periferico, non emendabile con terapia farmacologia e/o chirurgica.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale.
Persistente compromissione neurologica.
Referti di esami specialistici.

7) Patologia oncologica con compromissione secondaria di organi o apparati.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale.
Stadiazione internazionale della specifica patologia.
Compromissione funzionale secondaria di organi od apparati.

8) Patologie e sindromi neurologiche di origine centrale o periferica (come al punto 4) **- atrofia muscolare progressiva - atassie - afasie - lesione bilaterale combinate dei nervi cranici con deficit della visione, deglutizione, fonazione o articolazione del linguaggio - stato comiziale con crisi plurisettimanali refrattarie al trattamento.**

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale.
Valutazione prognostica.
Valutazione funzionale: tono muscolare; forza muscolare; equilibrio e coordinazione; am-

piezza e qualità del movimento; prassie, gnosie; funzioni dei nervi cranici e spinali; linguaggio; utilizzo di protesi, ortesi e/o ausili.

9) Patologie cromosomiche e/o genetiche e/o congenite con compromissione d'organo e/o d'apparato che determinino una o più menomazioni contemplate nel presente elenco.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale.

Valutazione prognostica.

Compromissione funzionale di organo e/o di apparato, sulla base degli accertamenti effettuati.

10) Patologie mentali dell'età evolutiva e adulta con gravi deficit neuropsichici e della vita di relazione.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale.

Valutazione prognostica.

Valutazione e descrizione funzionale: funzioni intellettive; abilità cognitive; abilità e competenze affettive e relazionali; autonomia personale; abilità e competenze di adattamento sociale.

11) Deficit totale della visione.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di cecità e conseguente grave compromissione dell'autonomia personale.

Valutazione funzionale: *visus* naturale e corretto in Oo (spento, *motu manu*, ombra luce); Erg e Pev destrutturati; campo visivo binoculare inferiore al 3%, indipendentemente dal residuo visivo in Oo o diagnostica con neuroimmagini.

12) Deficit totale dell'udito, congenito o insorto nella prima infanzia.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di sordità prelinguale e conseguente grave compromissione dell'autonomia personale.

Valutazione funzionale: esame audiometrico; impedenziometria; potenziali evocati uditivi.