INCARICO ed INIZIO OPERAZIONI PERITALI

Il sottoscritto Dott[redacted] nominato quale C.T.U. nella causa Fernando [redacted] contro I.N.P.S., ha prestato il giuramento di rito il giorno [redacted]2008.

Il Giudice Dott[redacted] ha rinviato l' udienza al [redacted]/2009 per il deposito dell' elaborato peritale, ponendo al sottoscritto il seguente quesito: " Dica il C.T.U., esaminati gli atti e i documenti di causa e visitata la parte, se la stessa presenti i requisiti per il riconoscimento dell'assegno ordinario di invalidità di cui all'art. n° 1 della Legge n° 222/84".

Il sottoscritto ha stabilito l' inizio delle operazioni peritali presso il poliambulatorio della A.S.L. Rm[redacted] sito in piazza[redacted] Roma, per il[redacted]/2008, giorno in cui si è sottoposto a visita il Signor:

Fernando[redacted] C.F. [redacted] identificato con idoneo documento di riconoscimento (C.I[redacted] rilasciata dal Comune di Roma il[redacted]), nato a Roma il [redacted]69 e residente a Roma in [redacted] accompagnato dalla Dott.ssa [redacted].

Nessun C.T.P. è convenuto per l'I.N.P.S..

ANAMNESI

Anamnesi lavorativa: il paziente svolge attività lavorativa come impiegato presso l'azienda [redacted]

Anamnesi fisiologica: normale lo sviluppo psico-fisico. Scolarità media inferiore. Ha prestato regolarmente il servizio di leva. Di normale appetito, non beve alcolici, non fuma. Alvo regolare, diuresi fisiologica.

Anamnesi patologica remota: in buona salute fino 2003 epoca della comparsa di deficit funzionale sensitivo-motorio a carico degli arti inferiori con diagnosi di mielopatia da carenza di vit. B12 per gastrite atrofica autoimmune con malassorbimento di vitamina B12.

Anamnesi patologica prossima: lamenta deficit di forza e di sensibilità dell'arto inferiore destro, dispnea ai movimenti.

ESAME OBIETTIVO

Paziente di 39 anni; in condizioni generali di salute discrete. Cute normo-trofica. Sottocutaneo normalmente rappresentato (peso kg 79, altezza 170 cm).

Capo: normo-conformato. Punti di emergenza dei nervi cranici non dolenti.

Collo: cilindrico, tiroide non palpabile.

Apparato cardio-respiratorio: torace simmetrico, normo-espansibile, azione cardiaca ritmica, toni validi.

Addome: di forma piana, trattabile e non dolente alla palpazione.

Apparato muscolare ed osteo-articolare: rachide apparentemente in asse, articolarità nei limiti in relazione all' età. Arti superiori: normo-conformati, normo-atteggiati, normo-mio-trofici, motilità articolare nei limiti in relazione all' età. Arti inferiori: normo-conformati, normo-mio-trofici, , motilità articolare nei limiti in relazione all' età.

Sistema nervoso: coordinazione in ordine, non deficit dell' equilibrio; tono muscolare nella norma; riflessi osteotendinei accentuati; riferita ipoestesia a calza e guanto; slivellamento al Mingazzini dell'arto inferiore destro; assenza di deficit focali e di movimenti involontari patologici. Deambulazione autonoma, senza necessità di ausili, andatura lievemente paraparetica. Visus ed udito conservati.

Esame psichico: paziente lucido, orientato nel tempo e nello spazio. Risponde alle domande. Non apparenti deficit cognitivi o disturbi affettivi.

DOCUMENTAZIONE SANITARIA

1. Scheda clinica di dimissione ricovero 26/9/2003 [redacted]. San Filippo Neri "mielopatia carenziale (paraparesi spastica, deficit vit. B12, anemia macrocitica".
2. Verbale visita medica collegiale [redacted] I.N.P.S. – Patronato.
3. Certificato medico [redacted]/2007 A.O. San Filippo Neri "mielopatia carenziale da deficit di assorbimento di vit. B12 per gastrite atrofica autoimmune. Al momento l'esame neurologico mostra una andatura paraparetica lieve, uno slivellamento dell'arto inf. dx in Mingazzini, ROT accentuati ai 4 arti con Babinski bilaterale".
4. Certificato medico [redacted]2007 A.O. San Filippo Neri "... Pressione arteriosa (mmHg) normale-alta ... Anemia macrocitica da deficit di assorbimento da vit. B12, polineuropatia sensitiva, gastrite atrofica. Rischio cardiovascolare globale attuale (secondo le linee guida ESH/ESC) basso. Terapia consigliata: dieta iposodica, attività motoria aerobica per almeno 30-40 min/dì, Dobetin, Folina ".
5. Scheda progetto di riabilitazione del 27/4/2007-23/8/2007 Fondazione Don Carlo Gnocchi.
6. Relazione medico legale Dott. ssa [redacted]
7. Scheda progetto di riabilitazione del 14/9/2007-22/12/2007 Fondazione Don Carlo Gnocchi.
8. Referto esame MOC 27/2/2008 A.S.L. Rm E "reperto nei limiti a livello del rachide, segni di osteopenia a livello del femore più evidente a carico del triangolo di Ward's".
9. Certificato medico [redacted]2008 A.O. San Filippo Neri "mielopatia cervicale su base carenziale da gastrite autoimmune con conseguente carenza di vit. B12. L'andatura è

paraparetica con slivellamento dell'arto inf. dx e movimenti riflessi automatici ad entrambi gli arti, inoltre presenta ipoestesia a calza ed a guanto. Recentemente comparsa di difficoltà respiratorie".

10. Referto analisi cliniche [redacted] 2008 A.O. San Filippo Neri.
11. Referto esame RMN [redacted] /2008 colonna lombosacrale Dott. [redacted] "... bulging disco-anulare posteriore al passaggio L3-L4 maggiore in sede laterale destra. Protusione discale posteriore del passaggio L4/L5 con discreta impronta ventrale sul sacco durale e segni di impegno intraforaminale bilaterale, sostanzialmente simmetrici. Minima protusione discale posteriore si osserva al passaggio L5/S1 peraltro senza segni di impegno radicolare ...".
12. Referto prove funzionalità respiratoria ed emogasanalisi [redacted] 2008 A.O. San Filippo Neri "parametri nella norma" ""nella norma".
13. Referto elettroneurografia sensitiva (surale e ulnare dx) [redacted] /2008 Policlinico Umberto I "esame normale".
14. Referto di studio delle vie termodolorifiche da stimolazione Nd-YAP laser (mano e piede) [redacted] /2008 Policlinico Umberto I "segnali corticali normali. Si segnala asimmetria della soglia percettiva: maggiore a sinistra".
15. Referto esame RMN [redacted] /2008 A.O. San Filippo Neri "... Cervicale: ... presenza di piccole aree di iperintensità di segnale a livello dei corpi di C3 e D1 riferibili verosimilmente ad angiomi. Riduzione dello spazio subaracnoideo anteriore a livello dello spazio intersomatico C5-C6 e C6-C7 per fenomeni di degenerazione dell'anulus e spondiloatrosici. Normale ampiezza del canale spinale ...".
16. Prescrizione terapia [redacted] /2008 Dott.ssa [redacted] A.O. San Filippo Neri.

CONSIDERAZIONI MEDICO LEGALI

Risulta dagli atti di causa che il Signor Fernando [redacted] /2006 ha presentato domanda di riconoscimento di assegno ordinario di invalidità all'I.N.P.S. Roma [redacted] L'istanza è stata rigettata come anche il ricorso al Comitato Provinciale a seguito di vista medica collegiale del [redacted] 2006 in cui si è posta diagnosi di: sindrome da deficit di vit. B12 con gastrite cronica atrofica, anemia macrocitica e sideropenica e danno midollare a carico dei cordoni laterali (mielosi funicolare) insorto nel 2003 con deficit della deambulazione ed attualmente quasi completamente risolto con terapia vitaminica (vit B12, acido folico, acido deidroascorbico) e ferro e.v., con esito costituito da moderata affaticabilità degli arti inferiori e disestesie ai piedi in impiegato 37enne in costanza di attività di lavoro.

Il Signor [redacted], avverso il giudizio di non invalidità, si è rivolto al Tribunale di Roma. Il Giudice designato alla causa ha disposto l'effettuazione di una consulenza tecnica ponendo il quesito sopra riportato.

Dall' esame della documentazione sanitaria e dalla visita medica si è accertato che il Signor Fernando [redacted] è affetto da:

- mielopatia da deficit di vit B12 e anemia macrocitica in gastrite atrofica
- spondiloartrosi diffusa con discopatia lombo-sacrale

Nell'ottobre 2003 il Signor [redacted] è stato sottoposto ad accertamenti per la comparsa di un deficit di forza agli arti inferiori con disturbi dell'andatura.

E' stata posta diagnosi di mielopatia da deficit di vitamina B12 per gastrite atrofica con anemia macrocitica e prescritta, quindi, una terapia a base di vitamine del gruppo B.

All'atto della visita collegiale I.N.P.S. – Patronato del [redacted] 2006 si è obiettivata "una deambulazione possibile anche sulle punte e talloni, prove antigravitative di coordinazione e motilità e nervi cranici in ordine, ROT presenti, lievemente ipereccitabili" e si è posta diagnosi di "sindrome da deficit di vitamina B 12 con gastrite conica atrofica, anemia macrocitica e sideropenica e danno midollare a carico dei cordoni laterali (mielosi funicolare) insorto nel 2003 con deficit della deambulazione ed attualmente quasi completamente risolto con terapia vitaminica (vitamina B12, acido folico ed acido deidroascorbico), ferro e.v. con esito costituito da moderata affaticabilità degli arti inferiori e disestesie ai piedi in impiegato 37-enne in costanza di attività di lavoro".

Ad una visita neurologica del [redacted] 2007 e del [redacted] 2008 si sono apprezzati una andatura lievemente paraparetica con slivellamento al Mingazzini dell'arto inferiore destro, riflessi osteotendinei accentuati ai 4 arti con Babinski bilaterale ed una ipoestesia a calza ed a guanto.

Lo studio delle vie termodolorifiche [redacted] 2008) ha mostrato segnali corticali normali; l'elettromiografia sensitivo-motoria è risultata normale.

Nel corso dell'anno 2007 sono stati effettuati due cicli di riabilitazione neuro-motoria.

All'atto della visita peritale si è potuto apprezzare la permanenza di un lieve deficit di forza agli arti inferiori più evidente a destra con funzione deambulatoria autonoma senza necessità di ausili ed andatura lievemente paraparetica.

Di recente, come riferito al colloquio peritale, sono comparse difficoltà respiratorie per cui il paziente ha effettuato un esame spirometrico con emogasanalisi. L'indagine ha mostrato parametri nella norma.

Da aggiungere una riferita lombosciatalgia destra per cui il pz ha effettuato un esame di risonanza magnetica lombo-sacrale con evidenza di fenomeni spondilosici ed alterazioni degenerative dei dischi intersomatici, bulging disco-anulare posteriore di L3-L4, protusione discale posteriore di L4-L5, con segni di impegno intraforaminale bilaterale, ed L5-S1 senza segni di impegno radicolare. E' stato effettuato, anche, un esame di risonanza magnetica alla colonna cervicale con rilievo di una spondilodiscoartrosi C5-C6 e C6-C7.

Infine, dall'[redacted] 2007 è presente una condizione di ipertensione arteriosa, in assenza di fattori di rischio cardio-vascolare e di danno d'organo, con indicazione ad osservare una dieta iposodica e ad effettuare una regolare attività motoria.

Ad una recente visita neurologica, come riferito dal paziente, è stata riscontrata una contrattura muscolare all'arto inferiore destro per la quale è stata prescritta una terapia a base di antispastici associata ad un trattamento con tossina botulinica.

Le infermità accertate nel loro complesso in considerazione della modica incidenza funzionale non determinano una riduzione della capacità di lavoro del Signor [redacted] in occupazioni confacenti alle sue attitudini a meno di un terzo della totale.

RISPOSTA AI QUESITI

Il Signor Fernando [redacted] non presenta i requisiti per il riconoscimento dell'assegno ordinario di invalidità di cui all'art. n° 1 della Legge n° 222/84.

Dott.