Ill.ma Dott.ssa Galante G.I. della Sezione Lavoro e Previdenza Tribunale di Napoli

Aderendo all'invito rivoltomi io sottoscritto dott. Stefano Russo, Medico-Chirurgo, Specialista in Medicina Legale, sono convenuto, addi 16.10.13, nell'Ufficio della S.V.I. ove, prestato il giuramento di rito, la S.V.I. mi diede incarico di procedere ad accertamenti medico-legali nella vertenza (n.q. di genitore di) / INPS, sulla persona di nato a Napoli 07.02.05, e mi pose i seguenti:

QUESITI

Accerti il C.T. d'U. - sulla base della documentazione sanitaria in Atti, di quella eventualmente acquisita e degli accertamenti medico-legali che espleterà in persona della ricorrente -:

 quali infermità o minorazioni fisiche, psichiche o mentali presenti il ricorrente; a quando esse risalgano (presumibilmente); se successivamente alla domanda si sia verificato un aggravamento delle infermità; se si siano verificate altre infermità, comunque incidenti sul complesso invalidante, nel corso del procedimento amministrativo o di quello giudiziario;

2) tenuto conto del grado e della natura delle infermità o minorazioni accertate, valuti - sulla scorta delle Tabelle approvate con D.M. 5 febbraio 1992 (G.U. n. 47, suppl. ordinario del 27/02/92) e tenendo presenti i criteri di cui all'art. 3 e 4 del D.L.vo n. 508 del 23/11/1988 - se e da quale data la ricorrente si trovasse nell'assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa ipotizzabile secondo le sue condizioni personali (Legge 30/3/1971 n. 118 e succ. modif.);

2a) in caso di accertata totale e permanente inabilità dica altresi se l'istante non avesse la possibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore oppure avesse bisogno di assistenza continua in quanto non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita; trattandosi di soggetto ultrasessantacinquenne, dica se avesse difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della sua età (Leggi 11/2/80 n. 18 e 21/11/88 n°508; D.L.vo n°509 del 23/11/88);

3) tenuto conto del grado e della natura delle infermità o minorazioni accertate, valuti - sulla scorta delle anzidette Tabelle e tenendo presenti i criteri indicati - se e da quale data la capacità lavorativa del ricorrente fosse ridotta permanentemente in misura superiore ai due terzi - o in misura non inferiore al 74 % se la soglia invalidante si realizzò dopo il 5/2/1992 o, comunque, trattasi di domanda successiva a tale data - in occupazioni confacenti alle sue attitudini; se e da quale data detta capacità fosse ridotta permanentemente in misura non inferiore ad 1/3 o superiore al 45 % (determinando, in ogni caso, il grado percentuale di riduzione della capacità lavorativa) (Legge 30/3/1971 n. 118 e succ. modif.);

4) nel caso di minore degli anni diciotto, se si tratti di soggetto che presenti difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della sua età oppure di soggetto ipoacusico che presenti una perdita uditiva superiore ai 60 decibel nell'orecchio migliore nelle frequenze di 500, 1000, 2000 hertz (Legge 11/10/1990 n°289);

- 5) se l'istante versi in condizioni di cecità assoluta oppure di residuo visivo non superiore ad 1/20 in entrambi gli occhi con eventuale correzione (Legge 27/5/1970 n° 382);
- 6) se l'istante sia affetto da sordità congenita od acquisita durante l'età evolutiva (di natura non esclusivamente psichica o dipendente da causa di guerra, di lavoro o di servizio) che gli abbia impedito il normale apprendimento del linguaggio (Legge 26/5/1970 n° 381).

FATTO

Dalla documentazione agli atti si evince che la sig.ra , nata a Napoli il 29.01.77, n.q. di genitore esercente la patria potestà sul minore , nato Napoli il 07.02.05 e residente in Mugnano (NA) alla via , già titolare dell'indennità di accompagnamento, in data 13.12.12 veniva sottoposto a visita medico-legale di verifica dai Sanitari dell'INPS del Centro Medico-Legale di Napoli che riconoscevano il minore invalido con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della sua età (L.118/71 L.289/90) indennità di frequenza.

Per cui, la sig.ra presenta ricorso all'Amministrazione competente che lasciava decorrere infruttuosamente i termini di legge, e pertanto, esauritasi la procedura amministrativa, adiva le vie legali.

DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Agli Atti e nel corso dei presenti accertamenti medico-legali è stata esaminata la seguente documentazione sanitaria:

- a) Visita neuropsichiatrica eseguita in data 17.09.12 presso l'ASL NA2 Nord del Distretto di Mugnano-Melito: "Disturbo sfera emozionale e della relazione. Autismo infantile. Disturbo misto della comunicazione con ecolalie verbali. Disturbo misto delle abilità scolastiche inserito in scuola elementare con sostegno scolastico con rapporto in deroga per gravità (Legge 104 art.12-13). Inserito in un percorso riabilitativo di logopedia ad indirizzo ABA ed CAA a cadenza bisettimanale".
- b) Referto medico redatto, in data 13.12.12 dai Sanitari del Centro Medico Legale di Napoli, che per la presenza di "Disturbo pervasivo dello sviluppo con gravi disturbi della condotta" [Anamnesi: nato a termine da TC. All'età di 15 mesi evidenza di chiusura relazionale. Successivamente diagnosi di disturbo pervasivo dello sviluppo. Frequenta la II elementare con insegnante di sostegno ed effettua terapia riabilitativa (logopedia e terapia comportamentale) a frequenza bisettimanale. Esame obiettivo: soggetto con marcata irrequietezzza psico-motoria e stereotipie motorie e verbali. Attenzione assente. Eloquio caratterizzato da pochi fonemi e vocalizzi non ben comprensibili. Codice DM 05/02/92 n.1006 insufficienza mentale media] riconosceva il minore Riccio invalido con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della sua età (L.118/71 L.289/90) indennità di frequenza.
- c) Visita neuropsichiatrica eseguita in data 24.01.13 presso l'ASL NA2 Nord del Distretto di Mugnano-Melito: "Disturbo pervasivo dello sviluppo (autismo infantile) con grave disturbo della comunicazione e della sfera emotiva

relazionale, con grave disturbo del comportamento (presenza di stereotipie motorie e verbali) non acquisite le (?)".

d) Attestato di frequenza redatto in data 29.04.13 dai Sanitari del Centro "GIFOA" di Casoria (NA): "... sta praticando presso il nostro centro, sedute di riabilitazione secondo il regime della Legge 11/84 dal 25.06.12 a tutt'oggi. Si precisa inoltre che il suddetto paziente è ancora in trattamento fino al 19.06.13 previo ulteriore proroga da parte dell'ASL".

ACCERTAMENTI MEDICO-LEGALI

Le operazioni di Consulenza Tecnica hanno avuto luogo il 18.11.13, alle ore 16.30, presso il mio Studio professionale sito in Napoli alla Via S. Carlo nº 16. Alle operazioni non ha partecipato alcun C.T. di parte.

Minore , nato Napoli il 07.02.05 e residente in Mugnano (NA) alla via G. di Vittorio, n.8; rappresentato legalmente dalla sig.ra , in qualità di genitore esercente la potestà sul minore, identificata mediante C.I. n.AS1970554 rilasciata dal Comune di Residenza in data 30.03.11 (validità 2021).

ANAMNESI

Familiare: madre vivente di anni 37 in a.b.s.; padre vivente di anni 47 in a.b.s. Ultimogenito di 2 germani.

Fisiologica: nato a termine da parto naturale. Allattamento materno. Primi atti fisiologici e ritardo nello sviluppo psico-fisico per epoca e modalità. Alimentazione regolare. Alvo regolare e diuresi regolare. Allo stato attuale in trattamento riabilitativo logopedico e terapia comportamentale per Disturbo pervasivo dello sviluppo presso il Centro "GIFOA" di Casoria (NA).

Patologica Remota: comuni esantemi dell'infanzia.

Patologica prossima: disturbo pervasivo dello sviluppo con deficit comportamentale e della comunicazione.

ESAME OBIETTIVO

Normotipo in buone condizioni generali di nutrizione e sanguificazione. Pannicolo adiposo ben rappresentato e normodistribuito. Masse muscolari normotoniche e normotrofiche. Assenza di linfoghiandole superficiali palpabili. Sensorio integro. Decubito indifferente.

Apparato cardiovascolare: assenza di bozza precordiale. Itto della punta non visibile, né palpabile. Aia cardiaca assoluta e relativa di normale ampiezza. Polso radiale ritmico con frequenza di 80 b/m'. La pressione arteriosa, rilevata all'omerale destra, in posizione supina, risulta nella norma (110/73 mmHg).

Apparato respiratorio: torace di forma e volume normale. Emitoraci simmetrici e normoespansibili con gli atti del respiro. Alla percussione suono chiaro polmonare.

4

Fremito vocale tattile normotrasmesso. All'auscultazione murmure vescicolare normoudibile su tutto l'ambito polmonare.

Apparato digerente: dentizione normale. Faringe normoemico. Addome trattabile, non dolente alla palpazione superficiale e profonda. Organi ipocondriaci: nei limiti. Murphy negativo.

Apparato urinario: reni non palpabili. Giordano bilateralmente negativo. Punti

ureterali indolenti alla digitopressione.

Apparato osteo-articolare: scheletro sviluppato bene rispetto alla costituzione ed al sesso. Funzionalità articolare del rachide e degli arti superiori ed inferiori conservata anche complessivamente goffa. Stazione eretta Deambulazione autonoma anche se con lieve precarietà dell'equilibrio.

Sistema nervoso centrale e periferico: nervi cranici indenni. Tono, trofismo e forza nella norma. Riflessi osteotendinei vivaci e simmetrici. Frequenti movimenti discinetici. Sensibilità superficiale nella norma. Ode bene la voce ad una normale

distanza di conversazione. Nessun deficit del visus.

Esame psichico: l'esame psichico effettuato con la tecnica del libero colloquio ha messo in evidenza un paziente iperattivo, con sviluppo linguistico ridotto, limitato a poche parole, associato a comunicazione gestuale e ridotta capacità di interazione con l'interlocutore.

ACCERTAMENTI SANITARI RICHIESTI

A seguito della visita medica si sono richiesti al minore specialistici di data recente relativi alle infermità dichiarate che sono stati esibiti al sottoscritto C.T. d'U. e dai quali si riporta:

- 1) Certificato di iscrizione e frequenza rilasciato in data 05.11.13 dal Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo Parificato-Paritario "San Lorenzo" di Napoli: "... l'alunno , nato a Napoli il 07.02.05, risulta iscritto e frequenta per la seconda volta nel corrente anno scolastico 2013-2014 la classe seconda sez. C della scuola primaria. A richiesta della madre si attesta che l'alunno con disabilità usufruisce del rapporto uno ad uno con il docente di sostegno ...".
- 2) Attestato di frequenza redatto in data 05.11.13 dai Sanitari del Centro "GIFOA" di Casoria (NA): "... sta praticando presso il nostro centro, sedute di riabilitazione secondo il regime della Legge 11/84 dal 25.06.12 a tutt'oggi. Si precisa inoltre che il suddetto paziente è ancora in trattamento ...".
- 3) Visita neuropsichiatrica eseguita in data 21.11.13 presso l'Ambulatorio di Neuropsichiatria Infantile dell'ASL NA2 Nord - D.S. n.39: "... presenta un quadro clinico di Disturbo autistico grave. Non ha raggiunto le autonomie personali solo quella che interessa l'alimentarsi. Il linguaggio verbale è ridotto a poche parole e la comunicazione avviene utilizzando anche un linguaggio gestuale ma comunque la stessa risulta molto limitata, gli aspetti della condizione nelle attività di gioco sono molto compromessi e la comprensione avviene per messaggi elementari. Deve essere guidato dall'adulto di riferimento in ogni attività. Sono presenti isolamento e stereotipie motorie. Frequenta la scuola primaria con sostegno e segue un ciclo di logopedia presso un Centro convenzionato".

4) Attestato di frequenza redatto in data 02.12.13 dai Sanitari del Centro "GIFOA" di Casoria (NA): "... sta praticando presso il nostro centro, sedute di logopedia secondo il regime della Legge 11/84 dal 25.06.12 a tutt'oggi con frequenza: lunedi e giovedi dalle ore 09.00 alle ore 10.00. Si precisa che il suddetto paziente è ancora in trattamento ...".

CONSIDERAZIONI MEDICO-LEGALI

Dai risultati degli accertamenti esibiti ed eseguiti è emerso che il minore è affetto da:

■ Disturbo pervasivo dello sviluppo con deficit comportamentale e della comunicazione (autismo infantile).

Il minore presenta un quadro clinico di disturbo pervasivo dello sviluppo (autismo infantile), caratterizzato da ipereattività, condotta e deficit della comunicazione, così come evidenziato in sede di consulenza tecnica e dagli accertamenti clinici allegati in atti e richiesti.

Rispetto, alla classificazione della suddetta affezione psichica, è necessario

riportare brevi cenni di carattere tecnico-scientifico.

Il Disturbo Pervasivo dello Sviluppo (DPS) è un quadro clinico caratterizzato da deficit che coinvolgono tutti gli ambiti dello sviluppo, a differenza dei disturbi specifici dello sviluppo, caratterizzati da difficoltà o compromissioni in un solo ambito. I DPS sono caratterizzati da anomalie e compromissioni qualitative e generalizzate in diverse aree dello sviluppo: nell'interazione sociale reciproca, nella comunicazione (verbale e non verbale), nelle modalità di comportamento e interessi, che sono ristretti, ripetitivi e stereotipati.

In generale si possono identificare due categorie: una forma idiopatica o primaria con causa sconosciuta, probabilmente multifattoriale, che rappresenta la maggior parte dei casi, e una forma secondaria associata a patologie note (ad es. sindromi genetiche, malattie metaboliche, sindromi mal formative del Sistema Nervoso Centrale, etc). Tale patologia presenta un'elevata familiarità e un significativo

coinvolgimento dei fattori genetici.

Clinicamente si evidenziano anomalie dello sviluppo sociale e relazionale, difficoltà nelle capacità di interazione sociale con i pari e gli adulti, anche con le figure affettive più significative.

Le espressioni affettive ed emotive nei confronti dei genitori sono scarse; si osserva la tendenza a sfuggire il contatto fisico. E' presente significativa riduzione dell'interesse per l'ambiente circostante con tendenza all'isolamento con la messa in atto di comportamenti scarsamente finalizzati. Si osserva una compromissione del contatto visivo.

Anomalie nello sviluppo del linguaggio e della comunicazione non verbale: le anomalie dell'area della comunicazione riguardano le competenze verbali e non. Si osserva ritardo nell'acquisizione o assenza del linguaggio verbale. Il linguaggio verbale, quando presente, è caratterizzato da atipie che riguardano sia le componenti formali sia quelle strutturali. L'intenzionalità comunicativa è deficitaria. Spesso è presente linguaggio ecolalico caratterizzato dalla ripetizione automatica di parole e/o frasi udite al momento (immediato) o in tempi successivi

6 /INP

(differito). Anche le capacità di comprensione verbale risultano deficitarie anche se le capacità uditive sono indenni. E' presente scarsa mimica facciale e della gestualità.

Limitato repertorio di attività, giochi e presenza di comportamenti stereotipati: si osservano stereotipie motorie (movimenti ripetitivi afinalistici come ad es. lo sfarfallio delle mani) e/o vocali, interessi ristretti, scarso e anomalo uso funzionale degli oggetti. Sono presenti comportamenti auto aggressivi come il picchiarsi e il mordersi. Anche le attività di gioco sono scarsamente organizzate e ripetitive. Si rileva difficoltà ad accettare cambiamenti ambientali sia in termini strutturali che di attività. Il livello cognitivo e le capacità adattive risultano alterate in vario grado.

La diagnosi necessita di un attento esame clinico, di un colloquio con la famiglia e dell'osservazione del comportamento del bambino; nonché di somministrazione di test standardizzati specifici. Questo approccio ci permette anche di identificare il livello funzionale delle varie aree di sviluppo del bambino e quindi di definire un programma di intervento riabilitativo mirato.

Gli obiettivi principali dell'intervento terapeutico saranno pertanto mirati a: sollecitare l'interazione sociale, la comunicazione verbale e non verbale, le tappe di acquisizione di sviluppo; ridurre le componenti ripetitive e stereotipate; contrastare i comportamenti disadattavi; sostenere e guidare la famiglia.

Dunque stimolare la comunicazione in tutte le sue componenti verbali, gestuali, mediante immagini, allo scopo di affrontare i deficit di base dell'autismo; per controllare alcuni aspetti sintomatici si ricorre anche, all'occorrenza, a specifiche terapie farmacologiche suddivise secondo l'età.

La prognosi dipende in gran parte dal livello cognitivo, dalle competenze adattive e dallo sviluppo delle capacità comunicative verbali e non, le capacità sociali solitamente migliorano, si attenuano i tratti di isolamento, l'evitamento visivo diminuisce, l'iniziativa aumenta.

Da ciò, è evidente, quanto sia importante valutare con attenzione ogni singolo caso, in modo da poter diagnosticare precocemente rischi e anomalie di sviluppo ed instaurare adeguate e tempestive terapie riabilitative.

* * *

Pertanto, nel caso per cui è vertenza, da quanto obiettivato in sede di consulenza tecnica, in armonia con la documentazione clinica richiesta ed allegata in atti, emergendo un quadro morboso caratterizzato da una significativa incidenza nell'interazione sociale e nella comunicazione, con evidenza attuale di iperattività e di condotta immatura, tale da richiedere un periodico trattamento riabilitativo e logopedico, si può asserire che il complesso morboso da cui è affetto il periziando, allo stato, è tale da determinare difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni propri dell'età del minore; per cui, verificandosi le condizioni di cui alla Legge 11 ottobre 1990, n. 289, si può asserire che al minore spetti l'indennità di frequenza per minori di anni 18.

Inoltre, bisogna sottolineare che nel caso per cui è vertenza, trattasi di patologia in minore (nove anni), che può risentire favorevolmente di un'adeguata riabilitazione tale da determinare un'evoluzione migliorativa fino alla parziale o totale remissione clinica.

Quindi, pur ribadendo che allo stato esistono i presupposti per il riconoscimento dell'indennità di frequenza, è opportuno proporre una nuova valutazione clinica

del minore a distanza di 3 (tre) anni dalla presente, onde accertarne la persistenza dei requisiti biologici per la riconferma del diritto al suddetto riconoscimento. In conclusione, considerando quanto obiettivato nel corso delle operazioni di consulenza tecnica (novembre 2013), la normale evoluzione dei processi patologici riscontrati e tenuto conto che il quadro clinico attuale è sovrapponibile con quanto rilevato dai Sanitari della Commissione Medica di Verifica del Centro Medico Legale di Napoli, si può asserire che il complesso morboso da cui è affetto il minore si estrinsecava, verosimilmente, all'epoca della concessione dell'indennità di accompagnamento con una sintomatologia di maggiore rilevanza clinica e, pertanto, appare condivisibile la revoca della suddetta prestazione economica a far data dal dicembre del 2012.

RISPOSTA AI QUESITI

- ► Il minore , di anni 9, è portatore delle seguenti infermità:
 - Disturbo pervasivo dello sviluppo con deficit comportamentale e della comunicazione (autismo infantile).
- Tenuto conto di quanto indicato nelle considerazioni è possibile affermare che al minore spetti l'indennità di frequenza a far data dal 13.12.12, ovvero sin dall'epoca della visita medico-legale di verifica dai Sanitari dell'INPS del Centro Medico-Legale di Napoli.

 In considerazione che, nel caso per cui è vertenza, trattasi di patologia che può risentire favorevolmente di un'adeguata riabilitazione psicoterapeutica è opportuno proporre una nuova valutazione clinica del minore a distanza di 3 (tre) anni dalla presente, onde accertarne la persistenza dei requisiti biologici per la riconferma del diritto al sopracitato riconoscimento.
- ▶ Per quanto affermato nelle considerazioni si ritiene che al minore <u>non spetti l'indennità di accompagnamento</u>, con la conseguente revoca del suddetto beneficio economico goduto sino ad allora.

Napoli li, 01 aprile 2014

Dott. Stefano Russo

Specialista in Medicina Legale 80132 Napoli - Via San Giacomo, 15 Tel./Fax 081.19179015 Cell. 349.4256053

Dott. Stefano Russo

Specialista in Medicina Legale 80133 Napoli - Via San Giacomo, 15 Tel./Fax 081.19179015 Cell. 349.4256053

> Chiar.ma dott.ssa Galante G. I. della Sezione Lavoro e Previdenza Tribunale di Napoli

Il sottoscritto Dott. Stefano Russo, Consulente Medico-Legale sulla persona di , nel giudizio (n.q. di genitore di)/
INPS, chiede alla S.V., che per la relazione medico-legale vengano liquidate spese ed onorari, nella misura indicata nella seguente:

DISTINTA

Onorario:	a discrezione del Giudice
Dattiloscrittura:	€. 20.00
Spese di cancelleria e varie:	€. 10.00

Napoli, li 01.04.2014

Con osservanza Dott. Stefano Russo