

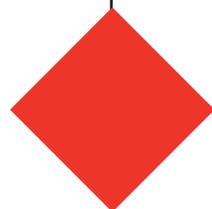


Notiziario Inca

N. 1 / 2016

Quaderni di Medicina Legale del Lavoro

Epilessia:
inquadramento clinico
e valutazione medico-legale



DIRETTORE RESPONSABILE

Lisa Bartoli

REDAZIONE

Micaela Aureli

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 15 SETTEMBRE 2016

Questo Quaderno è stato curato da:

Cristiana Brambilla, Giampiero Cassina,
Mariaclara Guerreri, Adalberto Ferioli,
Ferdinando Brandi
*del Coordinamento medico regionale
Inca Cgil Lombardia*

e da

Mangiaracina Maria
dell'Inca Cgil Lombardia

▼ Sommario

▼ Introduzione	5
▸ Clinica, diagnosi e terapia dei disturbi epilettici <i>di Barbara Bossi</i>	7
▸ Tabelle e Linee Guida per la valutazione dell'epilessia nell'invalidità assistenziale e previdenziale <i>di Eleonora Burgazzi</i>	21
▸ Epilessia e accompagnamento - Epilessia e Legge n. 104/92 <i>di Maria Maddalena Farruggia</i>	31
▸ Epilessia e certificazioni <i>di Gabriella Salvati, Massimo Aleo</i>	35
▸ Epilessia e lavoro <i>di Mauro D'Anna</i>	47
▸ Il caso: donna di 47 anni con epilessia focale criptogenetica	49
▼ Allegati	
▸ Sentenza Cassazione Lavoro n. 21761/2004	55
▸ Sentenza Cassazione Lavoro n. 15330/2007	58
▸ Sentenza Cassazione Lavoro n. 12037/2016	60

Introduzione

L'epilessia è una patologia che viene spesso percepita dalla gente comune come una malattia cronica dalla quale non si guarisce, che rende necessaria l'assunzione di farmaci per tutta la vita, che limita il vivere sociale, le opportunità lavorative, la carriera... In una parola una malattia che rende «invalidi».

È innegabile che ciò in parte sia vero, basti pensare alla rigida normativa in tema di patente di guida per gli epilettici che, se non dimostrano di non aver avuto nessuna crisi nell'ultimo anno, sono impossibilitati alla guida dell'auto, con inevitabili ripercussioni sia lavorative che sulla vita quotidiana.

In passato l'epilessia era uno stigma, che portava all'isolamento sociale e addirittura all'autoisolamento sociale, e molte discriminazioni e molti pregiudizi sono sorti intorno agli epilettici. Non mancano neppure oggi episodi di bullismo da parte degli adolescenti sui coetanei epilettici, con filmati messi in rete per ridicolizzare il malato.

Spesso gli epilettici sono considerati persone fragili, psicologicamente deboli, meno intelligenti, incapaci di gestirsi da soli; persone «non normali».

È evidente che si tratta di pregiudizi che non hanno un fondamento medico, ma essi possono avere ripercussioni sociali importanti.

A fronte di un quadro così complesso, spesso la valutazione medico-legale del malato epilettico, sia in termini di invalidità che di handicap, si limita a considerare solo due fattori: il tipo di crisi e la loro frequenza. È vero che i sistemi tabellari in uso considerano questi due parametri, ma un rigido automatismo nella loro applicazione rischia di portare ad una banalizzazione del giudizio. Si dovrà tener conto infatti non solo del tipo di crisi e della loro frequenza, ma anche della presenza/assenza di segni premonitori, della durata della singola crisi, della mancata

consapevolezza dell'avvenimento, del periodo post-crisi. In altre parole della reale incidenza della malattia sulla qualità della vita della persona.

Per questo un'approfondita conoscenza clinica della malattia e un'attenta analisi del singolo caso sono indispensabili per una adeguata valutazione e questo corso di propone proprio di fornire gli elementi utili a tale scopo.

Clinica, diagnosi e terapia dei disturbi epilettici

di Barbara Bossi*

L'epilessia è un disturbo neurologico cronico caratterizzato dall'occorrenza di crisi epilettiche, definite come manifestazioni cliniche a occorrenza parossistica, ricorrenza imprevedibile nella maggioranza dei casi, di brevissima durata, caratterizzate da segni e/o sintomi dovuti a un'attività neuronale anomala.

Le crisi epilettiche si distinguono in:

- *crisi epilettiche sintomatiche acute o provocate*, quando insorgono in stretto rapporto temporale con condizioni patologiche cerebrali strutturali o tossico/metaboliche.
- *crisi epilettiche sintomatiche remote o non provocate*, che si manifestano in assenza di fattori precipitanti e che possono occorrere anche in presenza di un danno non recente del Snc.

Epilessia: disturbo neurologico cronico caratterizzato dalla presenza di due o più crisi epilettiche non provocate, separate da un intervallo di tempo di almeno 24 ore.

Non si pone diagnosi di epilessia in soggetti che abbiano presentato un solo episodio critico non provocato o crisi sintomatiche acute; anche le crisi febbrili e le convulsioni neonatali (insorte entro i primi 30 giorni di vita) sono escluse dalla diagnosi di epilessia. I fattori facilitanti e/o scatenanti le crisi epilettiche sono il sonno e/o la sua privazione, l'assunzione eccessiva di alcool o di droghe eccitanti, la fotostimolazione o altri tipi di stimolazione (in soggetti predisposti), ecc. Anche la febbre, gli squilibri idro-elettrolitici, i disordini endocrino-dismetabolici possono essere responsabili della comparsa di crisi epilettiche.

* Neurologa, dirigente medico di I° livello, Azienda ospedaliera «Ospedale di Circolo di Melegnano»

DATI DI INCIDENZA E PREVALENZA DELL'EPILESSIA «ATTIVA» IN EUROPA

	Prevalenza	Incidenza
bambini/adolescenti	4,5-5 X 1.000	70 X 100.000
adulti 20-64 anni	6 X 1.000	30 X 100.000
adulti > 65 anni	7 X 1.000	100 X 100.000

Prevalenza = n. di casi presenti in una popolazione in un dato momento

Incidenza = n. di nuovi casi che si verificano in una popolazione in un determinato periodo di tempo

I dati di incidenza e prevalenza possono variare a causa di problemi metodologici, mortalità prematura, remissione delle crisi, fattori socio-economici. Sono infatti inficiati dai seguenti errori: inclusioni di singoli eventi comiziali per lo più di origine iatrogena, la distinzione per tipo di epilessia (soprattutto in base all'età di insorgenza); nel 50% dei casi è una condizione che si autorisolve.

Il Parlamento europeo e l'Assemblea mondiale della Sanità hanno indicato l'epilessia come una priorità in campo assistenziale (in termini di anni di vita perduti per mortalità prematura o disabilità) e nella ricerca.

La classificazione delle crisi e delle epilessie si basa sulle caratteristiche semiologiche dell'episodio epilettico oppure sulla sua eziologia.

Classificazione semiologica:

- 1) crisi focali;
- 2) crisi generalizzate;
- 3) crisi indeterminata.

Le crisi generalizzate si distinguono in tonico-cloniche, assenza (tipica, atipica, con caratteristiche particolari, ad esempio mioclonie), cloniche, toniche, atoniche.

Classificazione eziologica (secondo la terminologia recentemente proposta dalla International League Against Epilepsy - Ilae):

- 1) *strutturali metaboliche* (da preferire al termine sintomatiche), espressione di una patologia statica o evolutiva del sistema nervoso centrale (Snc);
- 2) *genetiche* (da preferire al termine idiopatiche), espressione di una predisposizione genetica, in assenza di alterazioni strutturali del Snc;
- 3) *ad eziologia sconosciuta* (da preferire al termine criptogenetiche), nelle quali esiste una causa ma non è identificabile.

Sindrome epilettica: è un complesso di sintomi e/o segni che compaiono costantemente associati fra di loro determinando una entità unica e caratteristica. Questi sintomi/segni diversamente associati a seconda dei casi corrispondono: ai differenti tipi di crisi (topografia, fenomenologia, gravità e ricorrenza); al contesto clinico nel quale l'epilessia si iscrive (età di esordio, familiarità e antecedenti personali); alle caratteristiche EEGrafiche critiche ed intercritiche; ai dati neuroradiologici.

In base al tipo di crisi, le sindromi epilettiche si distinguono in:

- 1) *generalizzate*, associate a crisi generalizzate;
- 2) *focali*, associate a crisi focali;
- 3) *indeterminate*, associate a crisi con caratteristiche non ben definibili (focali o generalizzate).

In base al tipo di eziologia, si distinguono in:

- 1) *idiopatiche*: non associate a lesione strutturale cerebrale e con una connotazione eziologica genetica reale o presunta. In questi casi è necessario indagare in modo specifico la familiarità;
- 2) *sintomatiche*: associate a una lesione cerebrale focale o diffusa;
- 3) *criptogeniche*: epilessie che si ritiene essere sintomatiche ma la cui causa non è identificabile con i mezzi diagnostici disponibili.

▼ **Prognosi**

Da un punto di vista prognostico le sindromi epilettiche possono essere divise in quattro gruppi:

- 1) *sindromi epilettiche a prognosi eccellente* (20-30%): sono le epilessie ad evoluzione benigna, caratterizzate da una remissione spontanea età-correlata e non associate ad anomalie dello sviluppo psico-fisico. Il trattamento non è sempre necessario ma, se prescritto, sono sufficienti dosi modeste di farmaco per controllare immediatamente le crisi. Rientrano in questa categoria le crisi neonatali benigne, l'epilessia focale benigna, l'epilessia mioclonica benigna dell'infanzia e altre epilessie le cui crisi sono scatenate da specifici fattori precipitanti;
- 2) *sindromi epilettiche a prognosi buona* (30-40%): è il gruppo delle epilessie farmacosen-sibili in cui la remissione delle crisi, una volta ottenuta mediante idoneo trattamento, è permanente. In tali pazienti la terapia può essere sospesa dopo un certo intervallo di tempo. Rientrano in questa categoria l'epilessia con assenze dell'infanzia, l'epilessia con crisi generalizzate tonico-cloniche al risveglio e alcune epilessie focali sia idiopatiche sia criptogeniche;

- 3) *sindromi epilettiche a prognosi incerta* (10-20%): sono le epilessie farmaco-dipendenti che non sembrano guarire spontaneamente, in cui i diversi aggiustamenti terapeutici possono portare ad un controllo delle crisi e che tuttavia tendono a ripresentarsi con la sospensione della terapia. Rientrano in questa categoria l'epilessia mioclonica giovanile e la maggior parte delle epilessie focali sia lesionali sia verosimilmente lesionali;
- 4) *sindromi epilettiche a prognosi infausta* (<20%): sono le epilessie farmaco-resistenti e alcune epilessie focali lesionali, caratterizzate da cronicità e resistenza al trattamento. Appartengono a questo gruppo i pazienti maggiormente a rischio di Sudden Unexplained Death in Epilepsy (Sudep). Rientrano in questa categoria l'epilessia mioclonica progressiva, la sindrome di Lennox-Gastaut, altre sindromi in cui le manifestazioni principali sono crisi atoniche o toniche, epilessie focali associate ad importanti lesioni strutturali o verosimilmente lesionali.

▼ Iter diagnostico

L'indagine anamnestica è il principale strumento diagnostico.

L'anamnesi deve:

- *definire il tipo di crisi* (valutare se si tratta di 1° episodio o recidiva, valutare sintomi pre e post crisi);
- *individuare gli eventuali fattori eziologici e/o scatenanti*;
- *definire il tipo di sindrome e la sua eziologia*;
- *escludere eventi critici di natura non epilettica*.

La diagnosi di crisi epilettica o di epilessia si basa fundamentalmente sui dati clinici e l'anamnesi ne rappresenta il principale strumento, consentendo di formulare una diagnosi corretta in circa la metà dei casi. Alcuni dati clinici possono essere forniti dal paziente stesso, altri solo da un testimone dell'evento. I livelli di evidenza indicano come buoni predittivi di una crisi epilettica la cianosi e, in minor misura, l'ipersalivazione per i sintomi di accompagnamento, il **morsus** ed il disorientamento per i sintomi che seguono la crisi.

Le indagini neurofisiologiche

L'Eeg rappresenta un'indagine di fondamentale importanza nella valutazione e nel management della patologia su base epilettica perché:

- è di grande utilità nella diagnosi differenziale tra crisi epilettiche e non;
- contribuisce alla definizione del tipo di crisi e/o della sindrome epilettica;
- è utile a scopo prognostico (ad esempio in corso di sospensione del trattamento).

Attenzione: una «sovralutazione» o una scorretta interpretazione di alcuni pattern del tracciato è una delle cause di errore diagnostico nell'epilessia.

Inoltre va ricordato che non si cura l'Eeg, ma la sintomatologia del paziente.

Vari tipi di registrazione EEGrafica utilizzati per la diagnosi ed il management dei pazienti con epilessia sospetta o già accertata sono rappresentati da:

- *Eeg di routine* (S/Eeg, Standard Eeg);
- *Eeg dinamico* o Eeg delle 24 ore (A/Eeg, Ambulatory Eeg);
- *Eeg con Videoregistrazione* (Video-Eeg);
- *Monitoraggio Video-Eeg a lungo termine* (Ltveeg Monitoring).

L'Eeg di routine può essere richiesto direttamente dal Mmg o da altri operatori sanitari nel caso di prima crisi epilettica o nel *follow up* del paziente con diagnosi di epilessia. Le altre tecniche Eeg rappresentano indagini di secondo livello e vengono richieste dallo specialista in particolari situazioni cliniche.

Sensibilità: la possibilità di rilevare con S/Eeg anomalie epilettiformi intercritiche e/o critiche in soggetti con sospette crisi epilettiche è di circa il 50%. Tale possibilità aumenta fino a circa il 90% con registrazioni ripetute o con registrazioni in sonno e/o dopo privazione di sonno; con uno S/Eeg eseguito entro 24 h da un episodio critico la possibilità è di circa il 90% (soprattutto nei bambini).

È quindi possibile che in un paziente con epilessia diagnosticata clinicamente L'Eeg, al di fuori della crisi, sia del tutto normale.

Specificità: anomalie epilettiformi intercritiche sono evidenziabili nello 0,5-4% di soggetti che non hanno mai avuto crisi epilettiche.

Nella pratica clinica l'Eeg va utilizzato:

- a) nel caso di una prima crisi il più precocemente possibile (entro 24-48 ore, non oltre 2 settimane);
- b) nei pazienti con epilessia diagnosticata va programmato e ripetuto di caso in caso sulla base dei dati clinici (da evitare la ripetizione routinaria).

Neuroimmagini

L'affinamento delle tecniche di neuroimmagini ha accresciuto di molto il numero di epilessie che, da «verosimilmente lesionali», sono state definitivamente classificate come sintomatiche di una lesione morfologico-strutturale dell'encefalo.

La *Rm cerebrale* costituisce l'esame neuroradiologico gold standard per lo studio dei pazienti con epilessia.

La *Tomografia computerizzata (Tc)* mantiene il valore di esame d'elezione in acuto ed è utile nei pazienti non collaboranti o in coloro che per ragioni tecniche non possono eseguire la Rm.

Le epilessie idiopatiche non richiedono – per definizione – l'esecuzione della Rm che andrebbe eseguita in base al rilievo di una qualche atipicità del quadro clinico e/o di quello Eeg.

Tra le metodiche funzionali di neuroimmagini vanno ricordate *Spect* e *Pet*. Si tratta di tecniche di utilizzo non diffuso e molto costose, utili per la miglior definizione dell'area epilettogena, soprattutto a fini di studio pre-chirurgico.

Nell'ultimo decennio la *genetica* dell'epilessia ha subito importanti passi in avanti ed attualmente si conosce la causa genetica di molte encefalopatie epilettiche e di alcune epilessie un tempo definite «idiopatiche».

Nel sospetto di una causa genetica (per presenza di dismorfismi somatici, familiarità, deficit cognitivo, patologie dismetaboliche, peculiari pattern Eeg e di Rm, ecc.) è importante effettuare indagini sia cromosomiche che genetiche e richiedere un counselling genetico sia individuale che familiare.

Le indagini genetiche vanno comunque eseguite dietro richiesta da parte di neurologi esperti in epilettologia che operano in Centri qualificati.

▼ **Terapia**

Una terapia con farmaci antiepilettici (Fae) è raccomandata quando il rischio di recidiva di crisi è elevato.

Pertanto la terapia anticomiziale è una terapia profilattica.

In Tabella 1 sono riportati i Fae in base al diverso spettro di efficacia.

In Tabella 2 sono distinti in base ai differenti meccanismi d'azione (target molecolari).

TABELLA 1- FAE DISPONIBILI ED ANNO DI COMMERCIALIZZAZIONE

VECCHI FAE		NUOVI FAE	
Fenobarbital	1938	Vigabatrin	1985
Fenitoina	1912	Gabapentin	1993
Primidone	1954	Felbamato	1993
Etosuccimide	1960	Oxcarbazepina	2000
Diazepam	1968	Lamotrigina	1994
Carbamazepina	1974	Tiagabina	1997
Clonazepam	1975	Topiramato	1996
Valproato	1978	Levetiracetam	1999
		Pregabalin	2005
		Zonisamide	2006
		Rufinamide	2011
		Lacosamide	2011

TABELLA 2 - SPETTRO D'AZIONE DEI FARMACI ANTIEPILETTICI

SPETTRO AMPIO	SPETTRO STRETTO
Crisi Focali e Generalizzate	Crisi Focali, con o senza crisi secondariamente generalizzate
Lamotrigina	Carbamazepina
Levetiracetam	Fenitoina
Rufinamide	Fenobarbital
Topiramato	Gabapentin
Valproato	Lacosamide
Zonisamide	Oxcarbazepina
	Pregabalin
	Primidone
	Tiagabina

TABELLA 3 - TARGET MOLECOLARI DEL FAE IN COMMERCIO

TARGET MOLECOLARI		DEI FAE IN COMMERCIO ⁸							Tabella 3
	Canali Na ⁺ voltaggio-dipendenti	Canali Ca ²⁺ voltaggio-dipendenti	Canali K ⁺ voltaggio-dipendenti	Recettori GABA _A	Turnover GABA	Recettori glutammato	Proteina SV2A delle vescicole sinaptiche	Anidrasi carbonica	
Fenobarbital		+		+++		+			
Fenitoina	+++								
Etosuccimide		+++							
Carbamazepina	+++								
Acido valproico	++	++			++				
Benzodiazepine				+++					
Vigabatrin					+++				
Lamotrigina	+++	++							
Gabapentin	+	++			+				
Felbamato	++	++		++		++			
Topiramato	++	++	+	++		++		+	
Tiagabina					+++				
Oxcarbazepina	+++								
Levetiracetam		+		+			+++		
Pregabalin		++							
Zonisamide	+++	++						+	
Rufinamide	+++								
Lacosamide	+++							+	

+++ = target principale; ++ = target probabile; + = target ipotetico

Modificata da ref. 8, Tabella 1

RACCOMANDAZIONI DEGLI ESPERTI INTERNAZIONALI SULLA SCELTA DELLA TERAPIA ANTIEPILETTICA³					Tabella 5
Farmaci antiepilettici e livello delle prove di letteratura					
Tipo di crisi e/o sindrome epilettica	Livello A	Livello B	Livello C	Livello D	
Crisi a inizio parziale, adulti	Carbamazepina fenitoina levetiracetam zonamide	Acido valproico	Gabapentin lamotrigina oxcarbazepina fenobarbital topiramato vigabatrin	Clonazepam primidone	
Crisi a inizio parziale, bambini	Oxcarbazepina zonamide	Nessun farmaco	Carbamazepina fenobarbital fenitoina topiramato acido valproico vigabatrin	Clobazam clonazepam lamotrigina zonamide	
Crisi a inizio parziale, anziani	Lamotrigina gabapentin	Nessun farmaco	Carbamazepina	Topiramato acido valproico	
Crisi generalizzate tonico-cloniche, adulti	Nessun farmaco	Nessun farmaco	Carbamazepina lamotrigina oxcarbazepina fenobarbital fenitoina topiramato acido valproico	Gabapentin levetiracetam	
Crisi generalizzate tonico-cloniche, bambini	Nessun farmaco	Nessun farmaco	Carbamazepina fenobarbital fenitoina topiramato acido valproico	Gabapentin levetiracetam vigabatrin	
Assenze generalizzate	Etosuccimide acido valproico	Nessun farmaco	Lamotrigina	Nessun farmaco	
Epilessia benigna dell'infanzia con punte centro-temporali (epilessia rolandica)	Nessun farmaco	Nessun farmaco	Carbamazepina acido valproico	Gabapentin levetiracetam oxcarbazepina sultiame	
Epilessia mioclonica giovanile (sindrome di Janz)	Nessun farmaco	Nessun farmaco	Nessun farmaco	Topiramato acido valproico	

Circa il 50% dei pazienti ottiene il controllo delle crisi con il primo Fae.

In caso di inefficacia terapeutica dopo una adeguata diagnosi e la somministrazione appropriata di un primo Fae.

Non esistono sufficienti evidenze per preferire una terapia aggiuntiva a fronte di una monoterapia alternativa.

Per *farmacoresistenza (Fr)* si intende il fallimento di almeno due Fae ben tollerati, appropriatamente scelti e titolati, nell'ottenimento di un congruo periodo di libertà da crisi. La Fr va distinta dalla «pseudo-farmacoresistenza» che deriva da vari fattori di inadeguato controllo delle crisi: scarsa compliance del paziente, insufficiente dosaggio farmacologico, inappropriata scelta o combinazione di farmaci, interazioni farmacologiche, presenza di fattori precipitanti non considerati (ad esempio, stress, privazione di sonno, alcool), mancato riconoscimento di lesioni cerebrali progressive e misdiagnosi.

La possibilità di sospendere gradualmente la terapia può essere presa in considerazione una volta ottenuto il controllo completo delle crisi per almeno due anni, anche se la sospensione non è mai priva del rischio di recidiva. Inoltre, una piccola percentuale di pazienti che ricade durante o dopo la sospensione non ottiene il controllo delle crisi malgrado la ripresa della terapia.

La decisione di continuare o sospendere il trattamento antiepilettico dovrebbe pertanto essere presa in accordo con il paziente e/o i suoi familiari dopo una informazione esaustiva sui rischi e benefici di ciascuna opzione.

Fattori associati ad una più alta probabilità di ricaduta:

- età di esordio > 16 anni
- storia di crisi focali
- presenza di deficit neurologici
- anomalie Eeg per i bambini.

La decisione dovrebbe anche prendere in considerazione fattori sociali (patente di guida e lavoro) nonché fattori emotivi e personali.

▼ **Idoneità alla Guida**

Con il Decreto del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti del 30/11/2010 (Gu n. 301 del 27/12/2010) ed il DL n. 59 del 18/4/2011 (Gu n. 99 del 30/4/2011) l'Italia ha recepito con qualche modifica le nuove Direttive Europee 112/2009 e 113/2009 che discipli-

nano i requisiti per l' idoneità alla guida per le persone con epilessia. Le nuove norme hanno apportato sostanziali modifiche alla legislazione precedente con conseguente riduzione e, per alcuni casi, azzeramento delle limitazioni imposte.

Le novità sono rappresentate:

- dall'introduzione del concetto di *guarigione*, che si applica a tutte le persone libere da crisi e non più in trattamento da almeno 10 anni;
- dalla distinzione tra crisi epilettiche provocate, crisi epilettiche non provocate ed epilessia;
- dal periodo di proibizione della guida che è ridotto da 2 anni ad un 1 anno dalla data dell'ultima crisi, con importanti eccezioni, indicate nei punti successivi:
 - in caso di crisi epilettiche esclusivamente notturne oppure senza perdita di conoscenza (senza cioè i caratteri delle crisi cosiddette convulsive o delle assenze), non sono previste restrizioni né per il candidato (cioè colui che intenda conseguire la patente) né per il conducente (colui che la deve rinnovare);
 - in presenza di una prima (ed unica) crisi non provocata, il periodo di restrizione scende a sei mesi;
 - in presenza di ricomparsa di crisi durante la riduzione o sospensione della terapia (decisa in accordo col medico curante), il periodo di restrizione scende a tre mesi, purché il paziente si dichiari disponibile a riassumere il trattamento;
 - in presenza di una crisi provocata, non sussistono restrizioni purché le condizioni che hanno determinato la crisi non si ripetano alla guida.

Le norme suddette valgono per le patenti A e B.

Nel caso invece delle patenti per uso commerciale (C, D ed E) le limitazioni sono maggiori: è richiesto infatti che il candidato o il conducente siano liberi da crisi e non assumano farmaci da almeno 10 anni e che l'Eeg non presenti alterazioni compatibili con l'epilessia. Da tenere in considerazione che anche in questo caso i vantaggi della nuova legge sono notevoli in quanto la precedente normativa escludeva del tutto la possibilità di ottenere le patenti commerciali.

La nuova legge disciplina in maniera diversa anche i controlli effettuati dalle Commissioni mediche locali per la concessione dell' idoneità alla guida. Non sono più necessari controlli biennali indiscriminati. Le persone libere da crisi e senza più terapia da almeno 10 anni saranno considerate guarite dall'epilessia e quindi esaminate con modalità analoghe a quelle delle persone sane della stessa età. Inoltre, per le persone senza crisi da almeno 5 anni, anche se in trattamento, gli intervalli tra un controllo e il successivo potranno essere aumentati a discrezione della commissione giudicante.

Bibliografia

1. Guida pratica per la gestione del paziente affetto da epilessia: Documento congiunto Lice-Simg http://www.lice.it/LICE_ita/documentiLICE-SIMG/pdf/1_clinica.pdf.
2. Beghi E., Oun A., Sillanpää M., *The epidemiology of epilepsy in Europe - a systematic review*. *Eur J Neurol*, 2005 apr.; 12(4): 245-53.
3. *Epilepsia*, 2014 Jul.; 55(7): 963-7. doi: 10.1111/epi.12579.
4. Epub, 2014 Jun 25, Prevalence of epilepsy - an unknown quantity. Beghi E., Hesdorffer D. http://www.fondazione.lice.it/pdf/Comunicato_Giornata_Mondiale_Epilessia_2016.pdf.
5. Linee guida Snlg, *Diagnosi e trattamento delle epilessie*. Consiglio Regionale, Regione Toscana, 2014.
6. Berg A.T. et al., *Epilepsia*, 2010, 51(4): 676-685.
7. Engel J.A. proposed diagnostic term scheme for people with epileptic seizures and epilepsy: Report of the Ilae Task force on classification and terminology *Epilepsia*, 2001; 42: 796-803.
8. Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy (Ilae). Guidelines for epidemiologic studies on epilepsy. Commission on epidemiology and Prognosis *Epilepsia* 1993; 34: 592-596.
9. Sander Jwa Some aspects of prognosis in the epilepsy *Epilepsia* 1993; 34: 1007-1016.
10. Beghi E., De Maria G., Gobbi G., Venesell I., *E Diagnosis and treatment of the First Epileptic Seizure: Guidelines of Italian League Against Epilepsy* *Epilepsia*, 2006; 4 (Suppl. 5): 2-8.
11. Binnie C.D., Stefan H., *Modern electroencephalography: its role in epilepsy management* *Cl in Neurophysiol* 1, 999; 110: 1671-1697.
12. Flink R., Pedersen B., Guekht A.B., Malmgren K., Michelucci R., Neville B., Pinto F., Stephani U., Ozkara C., *Guidelines for the use of Eeg methodology in the diagnosis of epilepsy* *Acta Neurol Scand*, 2002; 106: 1-7.
13. Mendez O.E., Brenner R.P., *Increasing the Yield of Eeg* *J Cl in Neurophysiol*, 2006; 23: 282-293.
14. Noachtar S., Rémi J., *The role of Eeg in epilepsy: a critical review* *Epilepsia & Behav*, 2009; 15: 22-33.
15. Stefan H., Hopfengartner R., *Epilepsy monitoring for therapy: challenges and perspectives* *Cl in Neurophysiol*, 2009, 120: 653-658.
16. Zi fkin B.G., Avanzini G., *Clinical neurophysiology with special reference to the electroencephalogram* *Epilepsia*, 2009; 50 (Suppl 3): 30-38.
17. Benbadis S.R., *Errors in Eeg and misdiagnosis of epilepsy: importance, causes, consequences, and proposed remedies* *Epilepsia & Behav*, 2007; 11: 257-262.

18. Brigo F., *An evidence-based approach to proper diagnostic use of the electroencephalogram for suspected seizures* *Epilepsy & Behaviour*, 2011; 21: 219-222.
19. Helbig I., Scheffer J.C., Berkovic S.F., *Navigating the channels and beyond: unravelling the genetics of the epilepsies* *Lancet Neurol*, 2008; 7: 231-245.
20. Sisodiya S.M., Mefford H.C., *Genetic contribution to common epilepsies* *Curr Opin Neurol*, 2011; 50.
21. Kwan P., Brodie M.J., *Early identification of refractory epilepsy* *N Engl J Med*, 2000; 342: 314-951.
22. Kwan P., Brodie M.J., *Effectiveness of first antiepileptic drug* *Epilepsia*, 2001; 42: 1255-126.
23. Beydoun A., Passaro E.P., *Appropriate use of medications for seizures. Guiding principles on the path of efficacy.* *Postgrad Med*, 2002; 111: 69-82.
24. Beghi E., Gatti G., Tonini C., Ben-Menachem E., Chadwick D.W., Nikanorova M., Gromov, S.A., Smith Pem, Specchio L.M., Perucca E. and Base Study Group, *Adjunctive therapy versus alternative monotherapy in patients with partial epilepsy failing on a single drug: a multicentre randomized, pragmatic controlled trial* *Epil Res*, 2003; 57: 1-13.
25. Kwan P., Arzimanoglou A., Berg A.T., Brodie M.J., Hauser W.A., Mathern G., Moshè S., Perucca E., Wiebe S., *French Definition of drug resistant epilepsy: Consensus proposal by the ad hoc Task Force of the Ilae Commission on Therapeutics* *Epilepsia*, 2010; 51(6): 1069-1077 24: 140-145.
26. Schmidt D., Loscher W., *Uncontrolled epilepsy following discontinuation of antiepileptic drugs in seizure-free patients: a review of current clinical experience* *Acta Neurol Scand*, 2005; 111: 291-300.
27. Specchio L.M., Beghi E., *Should antiepileptic drugs be withdrawn in seizure-free patients?* *Cns Drugs*, 2004; 18 (4): 201-212.

Table e Linee Guida per la valutazione dell'epilessia nell'invalidità assistenziale e previdenziale

di *Eleonora Burgazzi**

L'epilessia è un disturbo neurologico cronico, sostenuto da attività neuronale anomala, eterogeneo per manifestazioni cliniche e frequenza di presentazione.

Le crisi epilettiche, espressione della malattia, hanno ricorrenza parossistica, e, nella maggior parte dei casi, imprevedibile.

Le sindromi epilettiche sono invece definite come un complesso di sintomi e/o segni che compaiono costantemente associati tra loro a determinare una entità unica e caratteristica.

L'epilessia ha eziologia eterogenea, riconducibile a fattori genetici ed a fattori acquisiti; si può manifestare a qualsiasi età, tuttavia privilegia i primi anni di vita e l'età avanzata.

È quindi evidente da questi brevi cenni, che, nella pratica medico-legale, pur essendovi elementi comuni, saranno le peculiarità del singolo caso che incideranno sulla valutazione, sia in ambito assistenziale che previdenziale.

Questo premesso, di fronte ad un soggetto che reca diagnosi di epilessia occorre prendere in considerazione:

- appropriatezza della diagnosi e modalità di presentazione della crisi;
- piano terapeutico;
- prognosi.

La diagnosi di malattia si fonda su criteri anamnestici integrati con le risultanze degli accertamenti strumentali quali l'elettroencefalogramma e la Rmn. Si deve comunque tenere presente che l'Eeg è strumento diagnostico di elezione in stretta corrispondenza temporale con una prima manifestazione clinica, mentre in caso di

* Medico legale, Università degli Studi di Milano

diagnosi di epilessia la ripetizione routinaria nel tempo non è indicata, se non in specifiche condizioni cliniche.

La Rmn permette di evidenziare lesioni parenchimali, substrato patogenetico per la malattia. L'ambito terapeutico ha scopo profilattico e la prescrizione di farmaci viene raccomandata in caso di elevato rischio di recidiva di crisi.

Con una terapia farmacologica adeguata, circa la metà dei soggetti affetti ottiene il controllo delle crisi; tuttavia si deve ricordare la possibilità di incorrere nella farmacoresistenza, cioè nell'impossibilità di giungere al controllo della malattia con almeno due farmaci antiepilettici somministrati nelle modalità corrette.

Richiamati quindi sinteticamente gli aspetti principali dell'epilessia, occorre entrare nel merito degli aspetti valutativi medico-legali in ambito assistenziale.

Per quanto riguarda l'incidenza del quadro menomativo sulla capacità lavorativa generica, strumento di riferimento sono le tabelle di cui al Dm 05.02.92.

All'interno della sezione per le patologie del sistema nervoso centrale ritroviamo le seguenti voci:

Codice		Min.	Max	Fisso
2001	epilessia generalizzata con crisi annuali in trattamento	0	0	20
2002	epilessia generalizzata con crisi mensili in trattamento	0	0	46
2003	epilessia generalizzata con crisi plurisettemanali in trattamento	0	0	100
2004	epilessia generalizzata con crisi quotidiane	0	0	100
2005	epilessia localizzata con crisi annuali in trattamento	0	0	10
2006	epilessia localizzata con crisi mensili in trattamento	0	0	41
2007	epilessia localizzata con crisi plurisettemanali o quotidiane in trattamento	91	100	0

Pertanto, posta la diagnosi di epilessia, gli aspetti da prendere in considerazione per la valutazione del singolo caso sono essenzialmente il tipo di crisi e la sua frequenza.

Il Dm si articola essenzialmente distinguendo tra le due forme principali di crisi, indipendentemente dal meccanismo eziopatogenetico che le va a sostenere e dal correlato clinico specifico: forma generalizzata (ove la scarica neuronale parossistica coinvolge entrambi gli emisferi cerebrali) e forma focale (ove la scarica neuronale parossistica interessa inizialmente un settore limitato della corteccia con semiologia che definisce l'origine focale delle crisi). Viene poi posto l'accento sulla frequenza delle crisi: annuale, mensile, plurisettemanale, quotidiana.

Sintetizzando, in assenza di ulteriori patologie concomitanti, e con diagnosi di malattia che si esprime con crisi mensili generalizzate in costanza di trattamento, viene attribuita una percentuale di compromissione della capacità lavorativa generica fissa tale da permettere l'accesso al collocamento mirato.

Diversamente, in caso di crisi mensili localizzate, il superamento della soglia percentuale per accedere al collocamento mirato sarà possibile solo attraverso l'impiego dei cinque punti percentuali per l'eventuale incidenza negativa del quadro patologico sulla capacità lavorativa specifica/attitudinale del soggetto.

Le tabelle inoltre consentono una ampia discrezionalità valutativa nella fascia percentuale compresa tra il 41-46% ed il 100%, nella quale andranno a ricadere le forme di malattia con frequenza di episodi critici da mensile a plurisettimanale.

Nel 2012 sono state proposte nuove tabelle per l'accertamento degli stati invalidanti ai sensi della legge n. 102 del 3 agosto 2009 che, seppure mai approvate (per opposizione di categoria e parere contrario della Camera dei Deputati, XVI Legislatura, atto 570), meritano di essere analizzate dal punto di vista medico-legale. Esse graduano la percentuale di relativa compromissione della capacità lavorativa generica in misura progressiva e proporzionale alla classe funzionale nel modo che segue:

ICD9- CM	Classe funzionale	CONDIZIONE CLINICA	Min.	Max	Fisso
345	1	epilessia con assenza di crisi da due anni in costanza di terapia	11	20	0
345	2	epilessia con crisi morfeiche mensili	21	30	0
345	3	epilessia con crisi morfeiche settimanali o con crisi parziali mensili	31	40	0
345	4	epilessia con crisi semestrali generalizzate o parziali complesse	41	50	0
345	5	epilessia con crisi mensili generalizzate o parziali complesse oppure parziali a frequenza settimanale	51	70	0
345	6	epilessia con crisi settimanali generalizzate o parziali complesse oppure parziali a frequenza plurisettimanale	71	90	0
345	7	epilessia con crisi settimanali generalizzate o parziali complesse oppure parziali a frequenza plurisettimanale	91	100	0

con riferimento a una classificazione delle crisi maggiormente articolata (citando testualmente i criteri per la valutazione dei deficit funzionali dell'apparato neurologico: «*la valutazione medico legale presuppone un adeguato inquadramento delle caratteristiche delle crisi: parziali o focali ad esordio localizzato, senza compromissione della coscienza; parziali complesse ad esordio localizzato, con disturbo della coscienza; generalizzate bilaterali, simmetriche, con perdita di coscienza; secondariamente generalizzate con esordio localizzato e successiva perdita di coscienza*»).

La classe funzionale a cui si fa riferimento è mutuata dalla Occupational Hazard Scale di Janz del 1989, la quale ha considerato l'impatto negativo della malattia sulla capacità del soggetto di svolgere le proprie attività, pur in maniera necessariamente semplificata:

TYPE OF SEIZURES TREATMENT STATUS	OCCUPATIONAL HAZARD
• Seizures free (allowed to drive motor vehicle)	1
• Seizures only during sleep not more than 1/month	2
• Unilateral jerks without loss of consciousness not more than 1/week	2
• Seizures only during sleep not more than 1/week	3
• Very brief seizures impairing or interrupting ongoing activity not more than 1/six months	3
• Brief seizures impairing or interrupting ongoing activity not more than 1/six months	3
• Unilateral jerks without loss of consciousness	4
• Seizures with falling lasting less than 5 min including reorientation not more than 1/six months	4
• Seizures during which person does not behave according to demands of situations not more than 1/month	5
• Seizures with falling lasting less than 15 min including reorientation not more than 1/month	5
• Seizures impairing or interrupting ongoing activity	5
• Seizures during which person does not behave according to demands of situations not more than 1/week	6
• Seizures with falling lasting less than 15 min including reorientation not more than 1/week	6

Si tratta di una scala che trova scarsa diffusione nella letteratura scientifica, venendosi a privilegiare in ambito clinico le classificazioni sistematiche.

La lettura comparata della tabella ministeriale vigente Dm 05.02.92 con la nuova proposta tabellare del 2012 porta ad evidenziare dei parametri comuni per tradurre la compromissione funzionale del soggetto in perdita della capacità lavorativa generica: il tipo di crisi e la frequenza delle stesse; nella proposta del 2012 invece trova spazio, anche se marginale, il riferimento all'impiego di terapia.

Ancora, nella proposta del 2012 si pone l'attenzione anche alla presenza o meno della perdita di coscienza durante la crisi (evento che porta ad identificarla come crisi complessa). Questa differenza influenza la possibilità di accesso al collocamento mirato, in quanto sarebbe possibile il superamento del 45%, anche in ragione di crisi che si manifestano con frequenza semestrale, se accompagnate da perdita di coscienza.

Ancora, diversamente dal Dm 05.02.92, viene attribuito maggiore impatto negativo sulla capacità lavorativa generica del soggetto all'epilessia generalizzata con crisi mensili valutabili nelle linee guida tra il 51 ed il 70% anziché al 46%.

In generale, a parità di numero di voci di riferimento, la proposta di modifica risultava maggiormente dettagliata, fornendo indicazioni percentuali nell'intervallo compreso tra il 41% ed il 100% a frazioni crescenti di venti punti percentuali.

Occorre poi da ultimo rilevare come sia il Dm 05.02.92 che la proposta di modifica non integrino nelle definizioni proprie dell'epilessia eventuali ulteriori alterazioni dell'apparato psichico e/o cognitivo, che possono associarsi alla malattia e che permettono di discostarsi dalle indicazioni tabellari.

In definitiva quindi, con riferimento agli strumenti valutativi oggi utilizzabili per l'inquadramento dell'epilessia in ambito assistenziale, l'acquisizione documentale deve essere orientata al fine di: provare la diagnosi di malattia secondo criteri vigenti; fornire una diagnosi quanto più completa possibile in termini di classificazione semeiologica ed anche eziopatogenetica; descrivere l'efficacia della terapia; consentire di ricostruire la frequenza delle crisi.

In fase di raccolta anamnestica è opportuno poi specificare dati quali scolarità ed attività lavorativa svolta dal soggetto, al fine di giustificare una eventuale modulazione della valutazione percentuale in funzione dell'incidenza o meno della patologia sull'attività lavorativa specifica o attitudinale.

Infine, occorre prendere in considerazione l'aspetto prognostico, al fine di valutare se procedere ed in che termini con una revisione.

In questa ultima valutazione hanno un ruolo l'epoca della diagnosi, l'eziopatogenesi della malattia, la raggiunta stabilità nella frequenza delle crisi con la terapia, la prospettiva di poter giungere a ridurre o a sospendere la stessa, il raggiungimento della guarigione, concetto assimilato anche nell'ambito della normativa che regola i requisiti per l'idoneità alla guida e che si concretizza per soggetti non più in trattamento e liberi da crisi da almeno dieci anni. Ulteriore problema che è possibile incontrare nell'ambito della valutazione del soggetto epilettico in ambito assistenziale è legato alla sussistenza dei requisiti sanitari alla base del diritto all'indennità di accompagnamento.

Circa questo aspetto, è interessante osservare l'esito di alcuni casi sfociati in contenzioso giudiziario.

Ad esempio, relativamente ad un caso in cui veniva sostenuta la necessità di assistenza continua legata all'occorrere imprevedibile delle crisi epilettiche in un soggetto in buon compenso farmacologico, la Cassazione civile, sez. VI, n. 12037 del 10.06.2016 si è espressa dapprima richiamando la normativa vigente: «*La l. n. 18 del 1980, art. 1, prevede la concessione dell'indennità di accompagnamento ai mutilati ed invalidi civili totalmente inabili per affezioni fisiche e psichiche di cui alla L. n. 118 del 1971, artt. 2 e 12, dei quali sia accertata la impossibilità di deambulazione senza l'ausilio permanente di un accompagnatore o la necessità di assistenza continua in quanto non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita*». Ha tuttavia precisato: «*Ne consegue che l'accertamento sanitario volto a stabilire la sussistenza o meno dell'incapacità a compiere gli atti quotidiani della vita, sia in sede amministrativa che giudiziaria, riguarda esclusivamente le comuni attività del vivere quotidiano, che costituiscono anche il presupposto naturale per una vita di relazione e sociale; tale relazione però non è suscettibile di autonoma considerazione e non entra nella valutazione che il giudice deve compiere ai fini del riconoscimento di una prestazione, che ha natura assistenziale e viene concessa solo nei casi tassativamente indicati, senza alcuna possibilità di interpretazione estensiva*» (Cass. n. 1003 del 23/1/03)», e con specifico riferimento all'epilessia specifica: «*Nessun ampliamento del-*

l'ambito di applicazione della legge è quindi consentito, neanche sotto il profilo del rischio generico di cadute, pure se questo risulti accentuato in relazione alla mera possibilità di attacchi di epilessia, ove, come nella specie, tale patologia risulti, nei termini precisati dai giudici di merito, farmacologicamente controllata e non determini di per sé impossibilità di deambulazione autonoma. Della tesi sostenuta dalla ricorrente in alcuna maniera è evidenziata e documentata la fondatezza e la stessa contrasta con la nota esistenza di molteplici forme e gradi di epilessia e la disponibilità di significativi trattamenti farmacologici di tale tipo di affezioni».

Un altro caso ha riguardato la necessità di assistenza continua in un soggetto affetto da epilessia criptogenetica farmaco resistente e ritardo mentale lieve, per il quale la Cassazione civile, sez. lav., con sentenza n. 15330, del 09.07.2007, specifica: «*Questa Corte di Cassazione (cfr., in particolare, Cass. 21 gennaio 2005 n. 1268), interpretando l'analoga (in parte qua) formulazione contenuta nella L. n. 18 del 1980, art. 1, ha precisato che l'indennità di accompagnamento va riconosciuta anche a coloro i quali, pur essendo materialmente capaci di compiere gli atti elementari della vita quotidiana (quali nutrirsi, vestirsi, provvedere alla pulizia personale, assumere con corretta posologia le medicine prescritte) necessitano della presenza costante di un accompagnatore in quanto, in ragione di gravi disturbi della sfera intellettuale, cognitiva o volitiva dovuti a forme avanzate di gravi stati patologici, o a gravi carenze intellettive, non sono in grado di determinarsi autonomamente al compimento di tali atti nei tempi dovuti e con modi appropriati per salvaguardare la propria salute e la propria dignità personale senza porre in pericolo sé o gli altri. [...] Sulla base delle valutazioni contenute nella consulenza tecnica d'ufficio espletata in grado d'appello da uno specialista neurologo, [la Corte di merito, ndr] ha ritenuto che la patologia che affligge l'odierno ricorrente non è tale da comportare una incapacità di compiere gli atti quotidiani della vita nel senso indicato dalla giurisprudenza sopra indicata. È risultato infatti che le condizioni intellettive da cui è affetto il G. non integrano un'ipotesi di grave insufficienza mentale, ma ponendosi al limite tra i valori inferiori della normalità e quelli della lieve insufficienza mentale, non pregiudicano la capacità di porre in essere i basilari gesti quotidiani di sussistenza. In particolare, con riferimento agli episodi critici di sospensione della coscienza, che costituiscono la manifestazione della patologia epilettica, il consulente ha osservato che gli stessi hanno durata e frequenza variabile (con numerosi giorni liberi da crisi) e che, al di fuori dei brevi periodi di crisi, la coscienza rimane integra e le capacità intatte.*

La contraria tesi del ricorrente, secondo cui i suddetti episodi critici di sospensione della coscienza comportano comunque la necessità di un'assistenza continua e giustificano pertanto l'erogazione dell'indennità in esame, si pone in contrasto col principio enunciato da Cass. 6 marzo 2002 n. 3212, secondo cui ai fini dell'attribuzione dell'indennità di accompagnamento, ai sensi della L. n. 18 del 1980, artt. 1 e L. n. 508 del 1988, art. 1, deve sussistere la necessità di un'assistenza continua per il compimento degli atti necessari della vita quotidiana e non esclusivamente finalizzata alla prevenzione o al contenimento di possibili ed episodiche manifestazioni violente o comunque pericolose di una malattia psichica.

Generalmente la questione si pone in casi di soggetti affetti da multipatologie, e che associano all'epilessia una compromissione delle funzioni intellettive».

Spunto interessante per i riflessi sulla valutazione medico-legale perviene anche dalla seguente sentenza della Corte d'appello di Ancona, sez. lav., n. 531 del 09.08.2011, che sottolinea come difetti intellettivi che compromettano la capacità del soggetto di assumere farmaci essenziali per il mantenimento della propria salute giustifichino la necessità di una assistenza continua: «[...] la giurisprudenza di legittimità ha riconosciuto la configurabilità del diritto all'indennità di accompagnamento in relazione alle 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.: malattia di Parkinson), o che cagionano infermità mentali con limitazioni dell'intelligenza, e che, nello stesso tempo, richiedono una giornaliera assistenza farmacologica 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). In tale contesto, la capacità dell'ammalato di compiere gli elementari atti giornalieri (non lavorativi) deve 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; di conseguenza, la capacità richiesta per il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento deve essere parametrata non già 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)». Alla luce di tali considerazioni risulta condivisibile l'orientamento espresso sul punto dalla giurisprudenza di legittimità (cfr., in tal senso, Cassazione civile, sez. lav., 21 gennaio 2005, n. 1268) secondo cui: «L'indennità di accompagnamento, prevista quale misura assistenziale diretta anche a sostenere il nucleo familiare, va riconosciuta, alla stregua della L. n. 18 del 1980, art. 1, a coloro che, pur capaci di compiere materialmente gli atti elementari della vita quotidiana (quali il mangiare, il vestirsi, il pulirsi e così via), necessitano di un accompagnatore per versare – in ragione di gravi disturbi della sfera intellettiva e cognitiva addebitati 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 a osservare un giornaliero trattamento farmacologico), e di valutare la pericolosità di comportamenti suscettibili di arrecare danni a sé o ad altri». In applicazione di tali criteri la Suprema Corte (Cass., sez.

lav. n. 1268 del 2005) ha affermato che *«Avere un lieve deficit mentale che consente di vestirsi e lavarsi autonomamente ma non, ad esempio, di prendere all'ora giusta le medicine che servono per mantenere la salute sotto controllo, è una condizione che consente di ottenere l'indennità di accompagnamento anche se non è compromessa la capacità di svolgere i cosiddetti atti della vita quotidiana, indicati come criterio guida per la concessione del beneficio economico (circa 400 Euro al mese) introdotto dalla L. n. 18 del 1980 e successive modifiche».*

Venendo quindi all'ambito previdenziale, si osserva un incremento di complessità nella valutazione tecnica medico-legale legata principalmente all'assenza di parametri tabellari di riferimento.

Come anche sottolineato dalla Corte di Cassazione, nella sentenza numero n. 1106 del 24.01.2012 *«[...] la disposizione di cui alla L. n. 222 del 1984, art. 1, diversamente dalla fattispecie della invalidità civile, richiede una indagine specifica in correlazione con la anamnesi lavorativa del lavoratore assicurato, poiché è essenziale attribuire rilevanza al tipo di lavoro e di mansioni svolte e, comunque, ai requisiti attitudinali del soggetto in funzione della concreta prestazione lavorativa di fatto esigibile. Va altresì evidenziato come, secondo il condiviso orientamento della giurisprudenza di legittimità (cfr., in tal senso, Cassazione civile, sez. lav., 3 aprile 2006, n. 7760) ai fini del diritto dell'assegno ordinario di invalidità, l'accertamento della riduzione della capacità di lavoro non possa essere condotta in base alle sole tabelle previste per la valutazione finalizzata al riconoscimento delle prestazioni a favore dei mutilati ed invalidi civili, essendo tali tabelle parametrare sulla capacità di lavoro generica, mentre il diritto all'assegno è correlato alla riduzione della capacità di lavoro in occupazioni confacenti alle attitudini dell'assicurato».*

Anche in questo ambito tuttavia, il ragionamento valutativo non può che muovere da una completa definizione della malattia in termini di completezza dell'iter diagnostico, tipologia delle crisi, frequenza delle stesse, efficacia della terapia e modalità di assunzione, prognosi. Nello specifico, essendo la stereotipia una delle caratteristiche che accomuna le crisi epilettiche, poiché avviate da uno specifico circuito neuronale, particolare attenzione è da porre alla clinica che costituisce la crisi ed ai fattori che la precipitano nel singolo lavoratore.

È quindi necessario richiedere informazioni circa i sintomi pre-ictali (auree sensoriali o psichiche), i sintomi sensitivo/motori della crisi, i sintomi post-ictali (amnesia per l'evento, confusione, stato di sopore o sonnolenza, paralisi transitorie ecc.), nonché circa la distribuzione circadiana delle crisi stesse ed i fattori scatenanti più frequenti (sonno/deprivazione di sonno, assunzione di alcool e sostanze eccitanti, fotostimolazione). Ancora, rilevante risulta la tempistica di assunzione dei farmaci, sulla quale possono interferire alcune modalità di organizzazione del lavoro.

Definiti i caratteri principali della malattia nel singolo, è opportuno considerare la presenza di concorrenze sul sistema organo-funzionale, tali da avere anch'esse riverbero sulla capacità lavorativa attitudinale.

In parallelo, è come sempre essenziale approfondire l'anamnesi lavorativa che deve tenere conto della concreta attività svolta dal singolo, risalendo nel dettaglio non solo alla mansione, ma anche all'organizzazione del lavoro (orari, turni), ampliandosi poi alle potenzialità della persona ed alle prospettive di un riadattamento o riqualificazione.

Visti lo spettro polimorfo di espressività della malattia e la molteplicità di capacità lavorative, risulta impossibile proporre anche a titolo esemplificativo delle linee di indirizzo valutativo più specifiche.

Ulteriori spunti possono ricavarsi dall'esperienza della medicina del lavoro in tema di idoneità lavorativa, dalla quale si evince come per soggetti affetti da epilessia, le principali limitazioni sono da porre in relazione al possibile effetto sfavorevole del lavoro a turni e notturno ed al maggior rischio di infortuni legato al lavoro in quota (su piano rialzato almeno due metri rispetto ad un piano stabile), all'uso di macchine in movimento ed alla guida di veicoli.

Bibliografia

1. Snlg Regioni, *Diagnosi e trattamento delle epilessie. Linea Guida Consigli Sanitario Regionale - Regione Toscana*, 2014 (<http://www.regione.toscana.it/documents/10180/320308/Diagnosi+e+trattamento+delle+epilessie+linea+guida+aggiornamento+2014/82e824af-af27-4f34-83ec-13e0bb67c78b>).
2. Lice: http://www.lice.it/LICE_ita/lineeguida/lineeguida.php.
3. Decreto Ministeriale - Ministero della Sanità - 5 febbraio 1992 «Approvazione della nuova tabella indicativa delle percentuali d'invalidità per le minorazioni e malattie invalidanti» (Pubblicato nella Gazz. Uff. 26 febbraio 1992, n. 47, S.O.).
4. Proposta di Nuova Tabella Indicativa ex lege 3 agosto 2009, n. 102 «Conversione in legge con modificazioni del D.Lgs. 1/7/2009 n. 78». <http://www.fishonlus.it/files/2012/10/507-tabelle-invalidita-testo-alla-camera.pdf>.
5. Meinardi H. *et al.*, *Quantitative assessment in epilepsy care*, Springer science, 1993.

Epilessia e indennità di accompagnamento - Epilessia e Legge n. 104/92

di M. Maddalena Farruggia*

La normativa vigente¹ regola il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento dettando le condizioni necessarie ai fini dell'attribuzione del beneficio: «Impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore» o la necessità di un'«assistenza continua» qualora il soggetto non sia in grado «di svolgere gli atti quotidiani della vita».

I requisiti cardine del diritto sono dunque la sussistenza di una condizione di «non autosufficienza» e la «quotidianità» dell'intervento assistenziale necessario al soggetto, per quegli atti che non è in grado di svolgere autonomamente.

Una lettura troppo rigida e letterale dei requisiti sopra riportati, calati su un paziente affetto da epilessia, rischia di restringere impropriamente il campo delle condizioni costituenti titolo per il riconoscimento dell'indennità.

La crisi epilettica, infatti, condizione invalidante correlata alla malattia, non è costantemente presente, trattandosi di una patologia caratterizzata da fasi critiche a carattere accessuale che si alternano a fasi di normalità con completa autonomia del soggetto.

Come «pesare» dunque il concetto di non autosufficienza nella valutazione di un paziente «epilettico»?

Richiamando i criteri ministeriali², la valutazione delle epilessie in ambito di invalidità civile si basa su una classificazione funzionale correlata alle caratteristiche della

* S.S. Invalidità Civile e Handicap S.C. Medicina Legale e Risk Management - Ats della Città Metropolitana di Milano.

¹ Art. 1 L. 11.2.1980, n. 18 «Indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili»; Art. 1, L. 21.11.1988, n. 508 «Norme integrative in materia di assistenza economica agli invalidi civili, ai ciechi civili ed ai sordi».

² Dm 5.2.1992 «Approvazione della nuova tabella indicativa delle percentuali d'invalidità per le minorazioni e malattie invalidanti».

crisi: **tipologia** (parziali semplici o parziali complesse o generalizzate) e **frequenza** (mensili, annuali, settimanali, quotidiane).

Accanto a questi parametri valutativi devono essere considerati e ricercati anche altri parametri, spesso sottovalutati e/o poco documentati, che rappresentano utili indicatori del grado di «*non autosufficienza*» nel paziente epilettico.

Tra questi la prevedibilità delle crisi, specie nelle crisi parziali complesse con perdita di coscienza: preavvertire l'arrivo della crisi può consentire al soggetto, se ne ha consapevolezza, di adottare strategie per mantenersi in sicurezza riducendo l'incidenza negativa sulla capacità lavorativa ma anche sulla propria persona.

Anche la durata della crisi e l'eventuale presenza di fenomeni neuropsicologici post critici possono incidere, anche in modo significativo, sul quadro disfunzionale correlato alla malattia: vi sono soggetti che al di fuori delle crisi non presentano alcun disturbo e altri soggetti che presentano nel tempo disturbi cronici come psicosi, disturbi della personalità, deterioramento intellettuale.

Pertanto la valutazione medico-legale finalizzata al riconoscimento dell'indennità di accompagnamento non può prescindere da un corretto inquadramento del complesso invalidante correlato all'evento critico della crisi epilettica, considerandone non solo la tipologia, la durata e la frequenza, ma anche la presenza di sintomi motori e/o sensitivi e/o psichici che si accompagnano alla stessa o alla fase post-crisi nonché la possibile perdita di coscienza o di contatto con l'ambiente: si vengono così a configurare quadri clinico-disfunzionali alquanto diversi fra loro. Nelle forme più gravi poi va indagata l'eventuale presenza di altre componenti invalidanti di natura neurologica, cognitiva e psichica, spesso associate, valutandone l'incidenza sul grado di autonomia del soggetto, sul grado di consapevolezza del rischio per sé e per gli altri e sulla capacità di «gestione» della malattia.

Utili suggerimenti per valutare il concetto di «non autosufficienza» in un paziente epilettico li ritroviamo nella giurisprudenza di legittimità.

La Cassazione, nelle sue pronunce, ha più volte affermato il seguente principio di diritto in base al quale: *«L'indennità di accompagnamento va riconosciuta 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 [...] 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 sé o ad altri»*³.

³ Corte di Cassazione - Sezione lavoro - Sentenza 21 gennaio 2005, n. 1268; Corte di Cassazione del 09/07/2007, n. 15330.

Non ci si deve dunque limitare a constatare che il paziente sappia compiere certi atti, ma si deve indagare anche la sua capacità di intenderne il significato e la portata, nonché la consapevolezza della gravità del proprio stato patologico e i corretti comportamenti da adottare per la propria incolumità e quella degli altri.

Altro elemento di valutazione del grado di autonomia è la quotidianità del bisogno da riportare, nello specifico della malattia epilettica, alla «frequenza delle crisi»: la frequenza quotidiana/pluriquotidiana di crisi parziali complesse o generalizzate con perdita di coscienza altamente invalidanti richiedono indubbiamente una continuità dell'intervento assistenziale, tenendo conto, peraltro, che tali forme morbose spesso si associano a problematiche cognitive o psichiche che limitano la consapevolezza della gravità della malattia e del suo corretto controllo. *«La situazione di non autosufficienza che è alla base del riconoscimento del diritto all'indennizzo è caratterizzata dalla quotidianità degli atti che il soggetto non è in grado di svolgere da solo: in tale ultimo caso (paziente affetto da frequenti crisi di assenza alternate a crisi tipo grande male) è la cadenza quotidiana che l'atto assume per propria natura a determinare la permanenza del bisogno che costituisce la ragione stessa del diritto»*⁴.

Più articolata si presenta la valutazione della condizione di handicap regolamentata dalla Legge quadro n. 104 del 5.2.1992. La norma definisce il portatore di handicap come *«colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione»*⁵. La condizione di handicap va dunque valutata non tanto in relazione alla minorazione in sé ma ai riflessi e alla condizione di «svantaggio» che la stessa comporta nell'interazione con il contesto di vita del soggetto, in tutti gli ambiti: famiglia, scuola, lavoro e società.

La connotazione di gravità si configura ai sensi di legge⁶ quando la condizione di handicap sia tale da determinare una riduzione dell'autonomia personale, al punto da rendere necessario un intervento assistenziale, permanente, continuativo e globale, sia nella sfera individuale che in quella di relazione.

Trattasi quindi di una condizione di gravità che certamente risponde ai criteri di valutazione più sopra descritti per il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento: minorazioni di gravità tale da comportare la necessità per il soggetto epilettico di un intervento e/o supporto assistenziale costante nella sfera individuale e/o in quella di relazione.

Va però ricordato che la peculiarità di questo ambito valutativo sta nel fatto che la valutazione deve distaccarsi dalla percentuale e dalla quantificazione della minorazione e cercare

⁴ Corte di Cassazione, Sezione lavoro, Sentenza 17 novembre 2004, n. 21761; Corte di Cassazione, Sezione lavoro, sentenza 11 Settembre 2003, n. 13362.

⁵ Articolo 3 comma 1 della Legge n. 104/1992.

⁶ Articolo 3 comma 3 della Legge n. 104/1992.

di esprimere un giudizio personalizzato correlato al grado di bisogno derivato dalla minorazione e calato nel contesto di vita del soggetto.

Nonostante gli oltre vent'anni dall'emanazione della norma e l'attuazione legislativa della Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità⁷ ancora oggi il sistema italiano di welfare è di fatto «ancorato» ad una visione medica e medico-legale (invalidità civile) dell'handicap: mancano indicazioni metodologiche sul riconoscimento di handicap e di handicap con connotazione di gravità che consentano di porre al centro della valutazione la persona e i suoi bisogni.

Diversi certamente sono i bisogni di un anziano affetto da epilessia, in termini di necessità di interventi di supporto socio-sanitari, sociali e assistenziali, rispetto a quelli di un minore. Se nel primo prevale l'aspetto assistenziale nel secondo occorre considerare anche l'aspetto di relazione e sociale, con particolare riferimento all'ambito scolastico, in termini di sostegno e di integrazione. Ancora diverse le problematiche e i bisogni che possono emergere relativamente ad un soggetto in attività di lavoro, con la necessità di dover modulare la presenza della malattia con la necessità del mantenimento del posto di lavoro anche in termini di sicurezza per sé e per gli altri.

L'approccio valutativo della condizione di handicap deve basarsi su una metodologia di accertamento multidisciplinare, in grado di integrare i due ambiti di valutazione (sociale e medico) ai fini di una più equa e adeguata identificazione e qualificazione dello stato di bisogno.

Solo così si potranno dare risposte adeguate garantendo, al disabile stesso e/o al *caregiver*, l'accesso ed il godimento di diritti, beni e servizi finalizzati ad attenuare o eliminare le condizioni di svantaggio e fornire il supporto assistenziale necessario nell'ambito della famiglia, della scuola, del lavoro e nella società.

⁷ Legge 3 marzo 2009 n. 18 «Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità».

Epilessia e certificazioni

di *Gabriella Salvati, Massimo Aleo* *

La valutazione dei soggetti affetti da epilessia nei vari ambiti certificativi di pertinenza prevalentemente «pubblica» riveste certamente aspetti del tutto peculiari, che prescindono spesso dall'effettiva ripercussione funzionale o da una obiettivabile menomazione psico-fisica.

La parola «epilessia», infatti, suscita solitamente un sentimento di sconforto legato alla cronicità della malattia ed alla convinzione errata che non si possa guarire. Viceversa, nella maggior parte delle volte (più del 70% dei casi) le forme di epilessia risultano ben controllate e guaribili.

Secondo la Lice (Lega Italiana Contro Epilessia), l'epilessia conta, solo in Italia, circa 500.000 persone affette e 30.000 nuovi casi per anno, con incidenza più elevata nei bambini e negli anziani. In generale, si afferma che l'epilessia interessa globalmente, tra casi attivi e non, circa l'1% della popolazione. La prevalenza dell'epilessia nella maggior parte dei paesi sviluppati oscilla tra lo 0,5 e l'1% della popolazione, con picchi di maggior incidenza nei bambini e nella terza età. Nei tre quarti dei casi l'esordio è prima dei 20 anni, in un quarto le crisi possono essere frequenti e resistenti alla terapia.

Tuttavia, i risultati incoraggianti derivanti dalla ricerca scientifica, non bastano a lenire la sensazione di sconforto patita dai pazienti. Secondo il noto epilettologo americano Lennox, infatti, *«il soggetto con epilessia soffre più che per la sua malattia per tutto ciò che essa comporta, soprattutto a livello sociale»*.

Pertanto, le conseguenze (e le sofferenze!) patite da questi soggetti investono la totalità delle certificazioni di pertinenza delle istituzioni pubbliche, laddove il loro ri-

* Ats Milano Città Metropolitana, S.C. Medicina Legale e Risk Management.

lascio sia condizionato al possesso di determinati e specifici requisiti da accertare e valutare. Tra le varie certificazioni ad uso individuale con finalità pubbliche, in questa sede verrà posta attenzione a tre distinte tipologie di accertamenti sanitari:

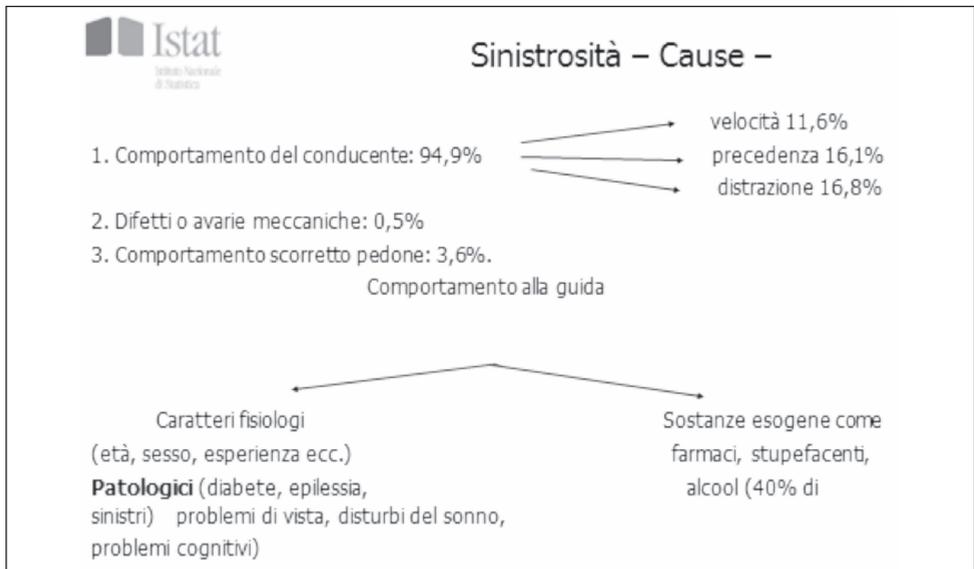
- certificato di idoneità alla guida di veicoli a motore;
- certificato di idoneità al porto d'armi;
- certificato di soggetto presentante deambulazione impedita o sensibilmente ridotta.

Ognuno di questi accertamenti risponde a precisi riferimenti legislativi in tema di requisiti sanitari necessari al rilascio che, nel caso del paziente epilettico, possono determinare criticità valutative e difformità di giudizio quasi sempre fonte di contenzioso tra paziente e medico certificatore.

Pertanto, attraverso la disamina della normativa di riferimento, ci si concentrerà sugli aspetti rilevanti della epilessia come principale infermità manifestata.

▼ Idoneità alla guida dei veicoli a motore

La normativa in tema di idoneità alla guida di tutti i veicoli a motore ha da sempre dedicato particolare attenzione ai soggetti affetti da epilessia. Ciò in relazione alla elevata pericolosità insita nell'insorgenza di una crisi durante la guida. Del resto le cause della sinistrosità stradale vengono classicamente ascritte al comportamento del conducente, a difetti o ad avarie meccaniche, nonché al comportamento scorretto del pedone. Dati Istat del 2015 relativi agli incidenti stradali in Italia nel 2014 riportano le seguenti percentuali per singola voce causale:



Prima del 2011, l'appendice II dell'art. 320 del Dpr 06/12/1992 n. 495 «Regolamento di esecuzione e di attuazione del nuovo codice della strada», dedicava all'epilessia specifiche annotazioni non prive di discriminazioni per i soggetti affetti da epilessia dichiarati clinicamente guariti o per gli autisti professionali.

L'appendice II allegata all'art. 320 Dpr 495/1992 limitava l'idoneità alla guida a soli due anni, negava l'idoneità alle patenti di categoria superiore (Cde), agli autisti professionali o che avevano sofferto in passato di epilessia.

Testualmente si leggeva:

Appendice II art. 320 D.P.R. 495/92:

Malattie del sistema nervoso: "Epilessia: la concessione di patente solo A-B agli epilettici è consentita a soggetti che non presentano crisi comiziali da almeno 2 anni, indipendentemente dall'effettuazione di terapie antiepilettiche di mantenimento e controllo. Tale condizione dovrà essere verificata dalla CML sulla base di certificazione non anteriore a 30 gg, redatta da medico di fiducia o da uno specialista di struttura pubblica. La validità della patente non può essere superiore a due anni. Per la conferma e la revisione valgono le stesse modalità. La patente di categoria C D E non deve essere rilasciata o confermata a candidati o conducenti in atto affetti o che abbiano sofferto in passato di epilessia".

Attualmente, viceversa, le persone che soffrono di epilessia possono ottenere il rilascio della patente di guida, a patto che vengano soddisfatte determinate condizioni, dietro presentazione all'organo collegiale competente (Cml), di un modulo compilato e sottoscritto da un neurologo o specialista in disciplina equipollente di una struttura pubblica.

In base alla normativa vigente (Decreto del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 27/12/2010, con successivi regolamenti attuativi contenuti nel Decreto Legislativo del 18/4/2011 n. 59 (Gu n. 99 del 30/4/2011 a seguito del recepimento delle direttive 2006/126/Ce e 2009/113/Ce) e nella Circolare del Ministero della Salute del 25/7/2011, rispetto al passato, quando per qualsiasi forma di epilessia era richiesta l'assenza di crisi epilettiche da almeno due anni, attualmente è sufficiente un periodo libero da crisi di almeno un anno per poter richiedere o rinnovare la patente A e B.

È importante notare come l'attuale normativa preveda la distinzione fra epilessia (due o più crisi epilettiche non provocate a distanza di meno di cinque anni l'una dall'altra) e crisi epilettica provocata (ovvero scatenata da una causa identificabile e potenzialmente evitabile), quest'ultima compatibile con la guida se il fattore provocante non si ripeterà.

Inoltre, fra le varie forme di epilessia si distinguono quelle epilessie caratterizzate da crisi epi-

lettiche esclusivamente in corso di sonno e quelle con crisi epilettiche senza effetto sullo stato di coscienza e sulla capacità di azione (in questi casi la patente di guida può essere rilasciata a seguito di un periodo di osservazione di almeno un anno, in assenza di altri tipi di crisi). La ricorrenza di crisi dopo la sospensione del trattamento (sospensione che deve essere decisa da un neurologo) in chi è senza crisi da periodi prolungati, vieta la guida per soli tre mesi, sempre che il trattamento antiepilettico venga ripreso.

La legge attualmente in vigore prevede inoltre il concetto di guarigione: dopo che sono trascorsi dieci anni senza crisi epilettiche e senza terapia, il soggetto è dichiarato clinicamente guarito dalla malattia e non è più soggetto a restrizioni. Nel caso di soggetti che invece non hanno crisi da almeno cinque anni, ma assumono ancora farmaci antiepilettici è possibile, a discrezione della Commissione Medica Locale (Cml), l'ottenimento di un periodo di idoneità alla guida maggiore di quello regolarmente autorizzato (ovvero due anni).

Quanto sopra riportato vale per le patenti di categoria A e di categoria B; le patenti C, D ed E sono soggetti a maggiori restrizioni. È richiesto che il soggetto non abbia crisi e non assuma medicinali antiepilettici da almeno dieci anni e che l'elettroencefalogramma non presenti alterazioni di tipo epilettico.

Schematicamente è così possibile riassumere il contenuto normativo attualmente vigente secondo la previsione dell'allegato III del Decreto Legislativo del 18 aprile 2011 n. 59 per tipologia di patenti:

Gruppo 1: conducenti di veicoli delle categorie AM, A, A1, A2, B1, B, e BE.

Gruppo 2: conducenti di veicoli delle categorie C, CE, C1, C1E, D, DE, D1 e D1E nonché i titolari di certificato di abilitazione professionale di tipo KA e KB.

Valutazione idoneità

GRUPPO 1

INQUADRAMENTO CLINICO DIAGNOSTICO

CRISI EPILETTICA PROVOCATA

Crisi scatenata da causa identificabile e potenzialmente evitabile

SINDROME EPILETTICA

Due o più crisi epilettiche non provocate a distanza di meno di cinque anni l'una dall'altra

PARERE NEUROLOGO SU

- interdizione alla guida di persona con crisi epilettica iniziale o isolata
- valutazione del livello di sicurezza: rischio di ulteriori crisi, terapia
- guarigione clinica, assenza di crisi epilettiche da almeno 10 anni, assenza di trattamento farmacologico

CRISI

CRISI EPILETTICA PROVOCATA

Idoneità consentita per crisi epilettica provocata da un fattore scatenante identificabile con scarsa probabilità che si ripeta al volante subordinata da parere del neurologo tenendo conto degli altri requisiti (uso di alcol, comorbilità)

PRIMA O UNICA CRISI EPILETTICA

NON PROVOCATA

Idoneità consentita dopo un periodo di sei mesi senza crisi. Periodo di osservazione protratto sino a cinque anni senza crisi

ALTRA PERDITA DI CONOSCENZA

Valutazione in base al rischio di ricorrenza alla guida

EPILESSIA

Idoneità consentita dopo un periodo documentato e certificato da neurologo di un anno senza ulteriori crisi

CRISI ESCLUSIVAMENTE DURANTE IL SONNO

Idoneità consentita solo se il manifestarsi delle crisi sia stato osservato per un periodo di un anno

CRISI SENZA EFFETTI SULLO STATO DI COSCIENZA O SU CAPACITÀ D'AZIONE

Idoneità consentita solo se il manifestarsi delle crisi sia stato osservato per un periodo di un anno

CRISI O ATTACCHI DI NATURA DIVERSA

Idoneità consentita dopo un periodo di un anno senza ulteriori manifestazioni

CRISI DOVUTE A MODIFICAZIONI/RIDUZIONE TERAPIA SU INDICAZIONE MEDICA

- sospensione del trattamento senza crisi: possibile non idoneità sino a sei mesi dalla sospensione
- sospensione o modifica del trattamento con crisi: non idoneità sino a tre mesi con ripristino del precedente trattamento

DOPO TRATTAMENTO CHIRURGICO PER CURARE EPILESSIA

Idoneità consentita dopo un periodo documentato e certificato da neurologo di un anno senza ulteriori crisi

Valutazione idoneità

GRUPPO 2

INQUADRAMENTO CLINICO DIAGNOSTICO

CRISI EPILETTICA PROVOCATA

Crisi scatenata da causa identificabile e potenzialmente evitabile

SINDROME EPILETTICA

Due o più crisi epilettiche non provocate a distanza di meno di cinque anni l'una dall'altra

PARERE NEUROLOGICO SU

- interdizione alla guida di persona con crisi epilettica iniziale o isolata.
- valutazione del livello di sicurezza: rischio di ulteriori crisi, terapia
- guarigione clinica, assenza di crisi epilettiche da almeno 10 anni, assenza di trattamento farmacologico

ESAME NEUROLOGICO APPROFONDITO

- nessuna evidenza di patologia cerebrale
- nessuna attività epilettiforme ad EEG

CRISI**CRISI EPILETTICA PROVOCATA**

idoneità consentita solo per veicoli ad uso privato e non per trasporto terzi per crisi epilettica provocata da un fattore scatenante identificabile con scarsa probabilità che si ripeta al volante subordinata a parere del neurologo

PRIMA O UNICA CRISI EPILETTICA NON PROVOCATA

idoneità consentita dopo un periodo di dieci anni senza ulteriori crisi senza ricorso a farmaci subordinata a valutazione specialistica appropriata

ALTRA PERDITA DI CONOSCENZA

valutazione in base al rischio di ricorrenza alla guida (se del caso tenendo conto degli altri requisiti psico-fisici normativamente previsti con riferimento ad esempio ad uso di alcool o a fattori di comorbidità

EPILESSIA**IDONEITÀ CONSENTITA DI MASSIMO DUE ANNI SE PRESENTI**

- assenza di crisi da dieci anni
- nessuna terapia
- nessuna attività epilettiforme ad EEG

LESIONE STRUTTURALE INTRACEREBRALE

non idoneità se presente rischio accresciuto di crisi idoneità tenendo conto degli altri requisiti psico-fisici normativamente previsti con riferimento ad esempio ad uso di alcool o a fattori di comorbidità

PARTICOLARI DISTURBI SENZA CRISI MA CON AUMENTO DEL RISCHIO DI MANIFESTAZIONE (es. emorragia cerebrale, MAV)

idoneità consentita non superiore a due anni dopo attenta valutazione del rischio

▼ Certificato d'idoneità per il porto d'armi

Il certificato di idoneità psico-fisica per il porto d'armi costituisce l'attestazione sanitaria comprovante il possesso dei requisiti psico-fisici necessari per ottenere la licenza di porto di armi in Italia, ossia la particolare autorizzazione amministrativa che permette ai cittadini italiani che ne sono titolari di portare o trasportare un'arma al di fuori della propria abitazione.

Esistono cinque tipologie di licenza di porto d'armi:

- *licenza di porto di fucile per tiro a volo;*
- *licenza di porto di fucile per uso di caccia;*
- *licenza di porto d'arma corta o di bastone animato per difesa personale;*
- *licenza di porto d'armi per difesa personale a guardie particolari giurate;*
- *licenza di porto di fucile per difesa personale.*

Le pratiche relative al rilascio e conferma sono di competenza della questura. Le sole licenze inerenti al porto di armi corte o di bastone animato ai fini della difesa personale vengono rilasciate invece dalla prefettura.

Tutte le richieste devono essere corredate da apposito certificato medico rilasciato da strutture sanitarie pubbliche, da cui risulti il possesso dei requisiti psico-fisici secondo quanto previsto dal Decreto Ministeriale del Ministero della Sanità del 28 aprile 1998 «Requisiti psico-fisici minimi per il rilascio ed il rinnovo dell'autorizzazione al porto di fucile per uso di caccia e al porto d'armi per uso difesa personale». Passaggio fondamentale per la formulazione del giudizio definitivo è la presentazione di una attestazione del medico curante nota come «certificato anamnestic» (controfirmata dall'assistito), nel quale il medico curante attesti la presenza o meno di condizioni ostative al rilascio riguardanti: malattie attuali o pregresse del sistema nervoso, turbe psichiche attuali o pregresse o assunzione attuale o pregressa di sostanze psicoattive. In caso di epilessia attuale o pregressa dovrà essere annotata la data dell'ultima crisi con eventuale trattamento.

In particolare:

- ▶ **l'articolo 1** disciplina «*I requisiti psicofisici minimi per il rilascio ed il rinnovo dell'autorizzazione al porto di fucile per uso di caccia, ed al porto d'armi per l'esercizio dello sport del tiro al volo*»;
- ▶ **l'articolo 2** disciplina «*I requisiti psicofisici minimi per il rilascio ed il rinnovo dell'autorizzazione al porto d'armi per uso difesa personale*».

Sebbene l'uso dell'arma condizioni i requisiti di idoneità psico-fisica per ottenere la rispettiva licenza, in tema di epilessia l'intero impianto normativo presenta criticità interpretative suscettibili di non univoche applicazioni.

Infatti, se da un lato, relativamente alla difesa personale, non può essere riconosciuta l'idoneità a chi «*ha sofferto negli ultimi due anni di crisi comiziali*» pur «*in assenza di alterazioni neurologiche che possano interferire con lo stato di vigilanza o che abbiano ripercussioni invalidanti di carattere motorio, statico o dinamico*», per quanto attiene la caccia o il tiro al volo l'idoneità è condizionata dalla sola assenza di *alterazioni neurologiche che possano interferire con lo stato di vigilanza o che abbiano ripercussioni invalidanti di carattere motorio, statico o dinamico*, senza alcuna menzione a crisi epilettiche pregresse o attuali.

Tale «vuoto normativo» mal si spiega con natura e finalità della certificazione, riguardante pur sempre il possesso e utilizzo di un'arma. Ad ovviare a tale palese lacuna, gli orientamenti medico-legali tendono a uniformare la metodologia di accertamento attenendosi comunque a quanto previsto per la difesa personale, conferendo l'idoneità in assenza di crisi comiziali negli ultimi due anni con supporto eventuale di riscontro EEGrafico.

CERTIFICATO ANAMNESTICO

CERTIFICATO ANAMNESTICO PRELIMINARE PER IL SUCCESSIVO ACCERTAMENTO DELLE CONDIZIONI PSICOFISICHE PER IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE AL PORTO DI FUCILE PER USO CACCIA ED ESERCIZIO DELLO SPORT DEL TIRO A VOLO, AL PORTO D'ARMI PER DIFESA PERSONALE (da redigere da parte del medico di fiducia di cui all'art.25 della Legge 23 dicembre 1978 n. 833 Istituzione del Servizio sanitario nazionale)

Cognome Nome.....

Data e luogo di nascita

Numero tessera assistito

Professione

MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO

	NO	PREGRESSA	IN ATTO
centrale			
periferico			
postumi invalidanti			
epilessia			
altri			

TURBE PSICHICHE

	NO	PREGRESSA	IN ATTO
da malattie			
da traumatismi			
post operatorie			
da ritardo mentale grave			
da psicosi			
della personalità			

SOSTANZE PSICOATTIVE

	NO	PREGRESSA	IN ATTO
abuso da alcool			
uso di stupefacenti			
uso di sostanze psicotrope			
dipendenza da alcool			
dipendenza da stupefacenti			
dipendenza da sostanze psicotrope			

Il sottoscritto afferma di aver fornito al proprio medico dichiarazione veritiera in merito ai dati di cui sopra, conscio delle sanzioni cui va incontro in caso di infedele dichiarazione.

Luogo e data del rilascio

il dichiarante

il medico

.....

.....

(timbro e firma)

Note per la corretta compilazione del certificato anamnestico

- (1) barrare con una x la casella interessata
- (2) indicare la data dell'ultima crisi avuta dai soggetti epilettici
- (3) specificare le modalità d'uso

NB: il presente certificato anamnestico è valido unicamente al fine dell'accertamento dei requisiti psico-fisici minimi per il rilascio dell'autorizzazione al porto di fucile per uso caccia ed esercizio dello sport del tiro a volo o al porto d'arma per difesa personale.

Schematicamente è così possibile riportare i requisiti per tipologia di porto d'armi:

TABELLA RIASSUNTIVA DEI REQUISITI MINIMI

CATEGORIA	VISTA	UDITO	ARTI	PATOLOGIE
DIFESA PERSONALE	<p>a) visione binoculare: visus naturale 1/10 per ciascun occhio; visus corretto 10/10 complessivi; E' ammessa correzione con lenti sferiche positive fino a 5 diottrie e negative fino a 10 diottrie; l'eventuale differenza fra i due occhi non deve essere superiore a 3 diottrie per l'ipermetropia e a 3 diottrie per la miopia. Per la correzione dell'astigmatismo, non sono ammessi vizi di rifrazione superiori alle 3 diottrie per l'ast. miopico, alle 2 diottrie per l'ast. ipermetropico e alle 4 diottrie per l'ast. misto;</p> <p>b) soggetti monocoli: visus naturale minimo: 1/10 - visus corretto 9/10. E' ammessa correzione con lenti sferiche positive fino a 5 diottrie e negative fino a 10 diottrie. Per la correzione dell'astigmatismo valgono gli stessi valori riferiti ai soggetti con visione binoculare;</p> <p>c) senso cromatico sufficiente, al test delle matassine colorate.</p>	<p>soglia uditiva non superiore a 20 dB nell'orecchio migliore o percezione voce di conversazione a non meno di 8 m. con non meno di 2 m. per l'orecchio peggiore.</p> <p>Consentite le protesi</p>	<p>adeguata capacità funzionale degli arti superiori e della colonna vertebrale raggiungibile anche con protesi che consenta potenzialmente il maneggio sicuro dell'arma</p>	<p>assenza di alterazioni neurologiche che possano interferire con lo stato di vigilanza o con statica/cinetica assenza di disturbi mentali, di personalità o comportamentali</p> <p>assenza di dipendenza da sostanze stupefacenti psicotrope alcool, assunte anche occasionalmente</p> <p>non è idoneo chi negli ultimi 2 anni ha sofferto di crisi comiziali.</p>
PORTO DI FUCILE E SPORT TIRO A VOLO	<p>visione binoculare - acutezza visiva non inferiore a 8/10 per l'occhio che vede meglio, raggiungibile anche con lenti sferiche o cilindriche di qualsiasi valore diottrico; l'acutezza visiva può essere raggiunta anche con lenti a contatto, anche associate ad occhiali - per i monocoli l'acutezza visiva deve essere almeno 8/10, raggiungibile anche con correzione di lenti normali o corneali o con l'uso di entrambe - senso cromatico sufficiente al test delle matassine colorate;</p>	<p>soglia uditiva non superiore a 30 dB nell'orecchio migliore, o, in alternativa, percezione della voce di conversazione con fonemi combinati a non meno di sei metri di distanza complessivamente. Tale requisito può essere raggiunto anche con l'utilizzo di protesi acustiche adeguate. In caso di valori soglia superiori a quelli sopra indicati, l'idoneità è limitata all'esercizio della caccia in appostamento;</p>	<p>Adeguata capacità funzionale degli arti superiori e della colonna vertebrale raggiungibile, anche con l'adozione di idonei mezzi protesici od ortesici che consentano potenzialmente il maneggio sicuro dell' arma;</p>	<p>assenza di alterazioni neurologiche che possano interferire con lo stato di vigilanza o invalidanti.</p> <p>assenza di disturbi mentali, di personalità o comportamentali; assenza di dipendenza da sostanze stupefacenti psicotrope, alcool assunte anche occasionalmente</p>

▼ **Certificato per lo speciale contrassegno di circolazione e sosta per persone con capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta**

Trattasi di una tipologia di certificazione che trova il suo fondamento normativo nell'art. 381, «Strutture, contrassegno e segnaletica per la mobilità delle persone invalide (articolo 188 cds)», del Dpr n. 495/1992 (Regolamento attuativo del Codice della strada). Tale articolo prevede, in particolare, che «l'interessato deve presentare domanda al sindaco del Comune di residenza, nella quale, oltre a dichiarare sotto la propria responsabilità i dati personali e gli elementi oggettivi che giustificano la richiesta, deve presentare la certificazione medica rilasciata dall'ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza, dalla quale risulta che nella visita medica è stato espressamente accertato che la persona per la quale viene chiesta l'autorizzazione ha effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta. L'autorizzazione ha validità 5 anni. Il rinnovo avviene con la presentazione del certificato del medico curante che confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio. [...] Per le persone invalide a tempo determinato, in conseguenza di infortunio o per altre cause patologiche, l'autorizzazione può essere rilasciata a tempo determinato con le stesse modalità di cui al comma 3. In tal caso, la relativa certificazione medica deve specificare il presumibile periodo di durata della invalidità. Trascorso tale periodo è consentita l'emissione di un nuovo contrassegno a tempo determinato, previa ulteriore certificazione medica rilasciata dall'ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza che attesti che le condizioni della persona invalida danno diritto all'ulteriore rilascio».

Di seguito la schematizzazione delle modalità procedurali di cui sopra, combinate con le disposizioni regionali che in Lombardia stabiliscono il rilascio dello «speciale contrassegno» anche ai cittadini riconosciuti invalidi civili con indennità di accompagnamento o ciechi civili:

Tipologia contrassegno viabilistico	Tipologia limitazione invalidità	Tipologia certificazione da presentare al Comune
Rilascio/rinnovo	Invalidi civili con invalidità al 100% e indennità di accompagnamento	Verbale Commissione per l'accertamento dell'invalidità civile
Rilascio/rinnovo	Non vedenti	Verbale Commissione per l'accertamento dell'invalidità
Rilascio	Riduzione permanente capacità di deambulazione, non comportante invalidità civile e indennità di accompagnamento	Certificazione medico-legale, rilasciata dall'ASL di residenza.
Rinnovo (dopo 5 anni)	Riduzione capacità di deambulazione permanente , non comportante invalidità civile e indennità di accompagnamento	Certificazione medico di medicina generale o pediatra di libera scelta
Rilascio/rinnovo per permesso temporaneo	Riduzione capacità di deambulazione temporanea .	Certificazione medico-legale, rilasciata dall'ASL di residenza.

La Circolare n. 64/San emanata dall'allora Direzione Generale Sanità di Regione Lombardia in data 11.12.2001 contiene dettagliate indicazioni di ordine criteriologico in merito all'accertamento della sussistenza dei requisiti per il «pass». In termini generali, viene esplicitato come per riduzione «sensibile» della capacità deambulatoria debba intendersi «una riduzione rilevante, evidente, cospicua».

La stessa Circolare precisa che, in aggiunta alle patologie o menomazioni direttamente incidenti sulla integrità anatomico-funzionale del complesso delle strutture nervose, muscolari ed osteoarticolari tra loro coordinate nell'esecuzione dei movimenti costituenti il passo, sono passibili di valutazione anche le numerose e variegate forme morbose nelle quali sussiste un deficit deambulatorio pur non risultando direttamente correlato a patologie interessanti l'apparato locomotore.

Pur con tale premessa, le forme di epilessia, che di per sé e in quanto tali non determinano una permanente alterazione dello schema motorio dei soggetti affetti, non trovano specifica menzione all'interno delle citate indicazioni operative regionali.

La situazione casisticamente più frequente, in materia di certificazione per lo speciale contrassegno di circolazione e sosta, risulta quella di individui in cui la comizialità si colloca all'interno di un contesto pluripatologico oppure è espressione secondaria di una patologia (neurovascolare, oncologica, ecc.) che si individua come effettivo determinante causale della rilevante riduzione della capacità deambulatoria.

Epilessia e lavoro

di Mauro D'Anna*

La consapevolezza della stretta relazione esistente fra stato di salute e attività lavorativa da tempo si è estesa anche ai lavoratori affetti da disabilità. Il mantenimento di una condizione professionale adeguata alle proprie condizioni porta anche alla conservazione della funzione fisica e ad un miglioramento degli aspetti emotivi attraverso l'aumento di autostima e autorealizzazione.

L'epilessia è una delle condizioni neurologiche più comuni al mondo. Si stima che nei Paesi industrializzati essa interessi circa 1 persona su 100. In Europa circa 6 milioni di persone hanno un quadro di epilessia in fase attiva e la malattia in Italia interessa circa 500.000 persone.

In letteratura sono riportate diverse esperienze sul ruolo di alcuni fattori di rischio lavorativo nel favorire o aggravare l'insorgenza di crisi epilettiche. Il lavoro notturno è fra i più noti, a causa della capacità di turbare il ritmo sonno-veglia. In modo analogo, anche se con un'evidenza scientifica meno forte, lo stress può contribuire a indurre un'alterazione del ritmo circadiano e può favorire l'aumento di consumo di alcool o interferire con l'efficacia dei farmaci. L'esposizione a videoterminale, considerata in passato un possibile fattore scatenante, riveste un ruolo minore grazie al miglioramento tecnologico, sebbene l'eccessiva vicinanza allo schermo e l'esposizione a luci intermittenti possano rappresentare un potenziale fattore precipitante.

Gli aspetti di rischio presenti nelle diverse attività lavorative tuttavia sono numerosi e questo rende fondamentale la necessità di identificare anche altre situazioni che possono costituire una condizione di pericolo per i lavoratori affetti da epilessia, come ad esempio il lavoro in altezza o lavori che richiedano la guida di mezzi. La responsabilità del medico del lavoro nasce nello stabilire, senza ragionevole dub-

* Responsabile Unità Operativa ospedaliera di Medicina del lavoro, Asst Cremona

bio, che i fattori di rischio lavorativi possano rappresentare una condizione interferente nei lavoratori affetti da patologia epilettica. È di fondamentale importanza la raccolta anamnestica completa e la collaborazione con lo specialista neurologo e con le Unità Operative di Medicina del Lavoro, al fine di ottenere un ottimale inquadramento clinico-diagnostico. Il coinvolgimento di tutte le figure sanitarie e degli Organi istituzionali (Servizi Psal delle Ats, Commissione Patenti, Commissioni ex art. 5 Legge 300/70) rappresenta un buon percorso che può consentire una corretta gestione delle «idoneità difficili» nei lavoratori epilettici.

Dr. Mauro D'Anna

UNITÀ OPERATIVA OSPEDALIERA DI MEDICINA DEL LAVORO

Mauro D'Anna *Responsabile - Medico Competente coordinatore*

tel. 0372 405 433-777

fax 0372 405656

m.danna@ospedale.cremona.it

Asst di Cremona

Viale Concordia, 1 - 26100 Cremona

www.ospedale.cremona.it

Il caso: donna di 47 anni con epilessia focale criptogenetica

▼ **B.S. di anni 47**

Nel 2007 (38 anni) riconosciuta invalida civile al **100%** per «epilessia focale criptogenetica con crisi plurisettemanali in trattamento» con revisione a 3 anni.

Nel 2010 confermata invalidità del **100%** con diagnosi di «epilessia focale criptogenetica con verosimile localizzazione temporale sinistra (crisi pluri-settemanali)».

Nel 2012 la commissione Medica di Verifica dell'Inps in sede di valutazione della permanenza dei requisiti sanitari, conferma l'invalidità del **100%**, stabilendo una revisione a 3 anni.

Nel 2015 in sede di revisione l'invalidità **viene ridotta al 46%** con diagnosi di «epilessia focale criptogenetica con verosimile localizzazione temporale sinistra». Sul Verbale di accertamento alla voce anamnesi risulta annotato: «[...] riferisce frequenza di 1-2 crisi al mese, effettua controlli semestrali, ha la patente, riferisce di non guidare». Ulteriore revisione disposta per il 2018.

▼ **Sintesi della storia clinica**

Seguita da Centro dell'Epilessia dell'Ospedale XX: [...] soffre di epilessia focale fin dall'adolescenza [...] ricovero ospedaliero nel 2002 venivano descritte 7-8 crisi al mese caratterizzate da sospensione del contatto con l'ambiente, automatismi orali tipo masticazione e automatismi delle mani a tipo sfregamento, poi, alla ripresa di contatto con l'ambiente, sensazione di confusione, stordimento e sonnolenza. A controllo ambulatoriale nel 2003 segnalati anche episodi di caduta a terra, crisi non atoniche, ma da perdita dell'equilibrio [...] nel corso degli anni la terapia farmacologica è stata più volte modificata, con controllo solo parziale degli episodi. Nel

2009/2010 descritti anche brevi crisi nel sonno e crisi diurne raccolte in grappoli, con frequenza mensile.

Dal diario di registrazione del 2015 risultano 3 crisi a gennaio, 2 a febbraio, 2 a marzo, 4 ad aprile (di cui una a grappolo), 6 a maggio, 3 a giugno (di cui una a grappolo), 2 a luglio, 3 ad agosto (una a grappolo), 2 a settembre (entrambe a grappolo), 4 a ottobre (di cui 2 a grappolo), 2 a novembre (entrambe a grappolo), 3 a dicembre (di cui 2 a grappolo) [...] non ha premonizione delle crisi, né consapevolezza post-crisi, pertanto vengono segnalate sul diario solo le crisi che si verificano in presenza di terzi.

▼ Giudizio del medico di patronato

Nella valutazione del caso in sede di ultima revisione nel 2015 la Commissione ha fatto evidentemente riferimento analogico al codice tabellare 2006 «epilessia localizzata con crisi mensili in trattamento».

Clinicamente le crisi di cui soffre B.S. non possono essere inquadrare come crisi localizzate, poiché sono caratterizzate da una perdita di contatto con l'ambiente. Esse inoltre hanno una frequenza di più volte al mese.

Deve tenersi conto del fatto che le crisi segnalate sul diario sono sottostimate, dal momento che sono solo quelle rilevate in presenza del marito; le altre crisi che compaiono in assenza di testimoni risultano misconosciute, dal momento che l'interessata non riesce a prevederle né ne ha il ricordo...

▼ Consulenza tecnica d'ufficio

Anamnesi fisiologica

Scolarità media inferiore. Casalinga. Coniugata.

Non ha prole avendovi attivamente rinunciato per timore di condizionare in qualche modo il benessere degli eventuali figli a causa della patologia da cui è affetta e dei possibili effetti farmacotossici della terapia quotidianamente assunta. Funzioni fisiologiche regolari.

Anamnesi patologica remota

Affetta da epilessia focale criptogenetica con verosimile localizzazione temporale sinistra esordita intorno ai 15 anni. Fu più volte sottoposta a ricoveri ospedalieri ed è in costante controllo neurologico. La Rmn non ha rilevato alterazioni cerebrali. Ripetuti Eeg hanno evidenziato la presenza di anomalie focali lente in temporale sinistra e dubbie anomalie

epilettiformi bitemporali asincrone. Fu trattata con schemi di farmacoterapia variamente assortiti e variamente dosati; i documenti 9, 10, 13, 14 allegati ai fascicoli di causa testualmente riportano «sono stati effettuati tentativi con tutti i farmaci disponibili e le crisi solo ad oggi farmaco resistenti».

Non ha presentato altre patologie significative sia dal punto di vista clinico che medico-legale.

Esame obiettivo generale e neurologico non significativi relativamente alla valutazione in oggetto.

Terapia

Nel corso degli anni la farmacoterapia antiepilettica è stata variamente assortita e modificata: fenobarbitale, carbamazepina, topiramato, lamotrigina, levotrigina, retigabina, Iacosamide ... Attualmente assume Vimpat 200 1 + 1/2 cp; Trobalt 300 mg 1cp x3 + Topamax 1 + 1/2 cp/die.

Anamnesi patologica prossima

Riferisce la presenza di manifestazioni epilettiche di varia frequenza. Il dato costante degli episodi critici è l'assoluta assenza di segni premonitori. Durante l'episodio critico Ella non ha consapevolezza dell'avvenimento. Gli astanti solitamente riferiscono l'estraneazione dall'ambiente associata a movimenti di deglutizione e masticazione. I singoli episodi presentano una durata di circa 10 minuti. Al termine del singolo episodio la paziente appare confusa con recupero progressivo della lucidità. Riferisce progressi episodi con caduta a terra.

Considerazioni cliniche e medico-legali

B.S. è affetta da epilessia focale fin dall'età adolescenziale.

Nel corso del ricovero ospedaliero del 2002 furono descritte crisi focali di tipo temporale con frequenza di otto crisi mensili, caratterizzate da estraneazione dall'ambiente. Ad una visita neurologica nel 2003 vennero segnalati episodi critici con caduta a terra. Nel 2009 e 2010 le visite neurologiche descrissero episodi critici iterativi (dunque a frequenza di presentazione superiore) associati ad episodi notturni variamente frequenti.

Il diario delle crisi epilettiche del 2015 indica la presenza di crisi plurimensili a varia distribuzione di frequenza.

Quanto riferito dalla Ricorrente e la documentazione in fascicolo indicano che la frequenza delle crisi non è mensile ma plurimensile; settimane potenzialmente libere da crisi si alternano a settimane con presenza di plurimi episodi critici.

Il decorso clinico della Ricorrente presenta infatti una variabilità nella frequenza degli episodi critici; a periodi con bassa frequenza di episodi critici, relativamente più «sostenibili», si alternano periodi decisamente più gravosi: questo è un fenomeno caratteristico di tutte le forme epilettiche, dunque non relativo alla storia clinica specifica della Ricorrente, ma generale, relativo alla fenomenologia epilettica.

Sostanzialmente, riguardo alla storia clinica della Ricorrente, ne emerge un decorso cronico con presenza di manifestazioni epilettiche farmacoresistenti, a varia frequenza di presentazione nel passato e, come tali, prevedibilmente soggetta anche nel futuro alla medesima variabilità fenomenologica.

Nel corso degli anni la terapia antiepilettica fu più volte e variamente modificata e combinata; il risultato di queste modifiche posologiche contribuì a condizionare la variabilità della frequenza delle crisi, ma mai ottenne la loro eliminazione. Pertanto la farmacoresistenza presentata dalla Ricorrente è un ulteriore elemento aggravante la sua condizione clinica ed esistenziale, interferendo nella gestione della quotidianità di vita nella sua globalità, impedendola o comunque limitandola.

Riguardo alla valutazione del quadro epilettico presentato dalla Ricorrente la farmacoresistenza costituisce dunque uno degli elementi cardini di giudizio medico-legale.

Va ora considerata la ricaduta della specifica forma epilettica della Ricorrente sulla sua qualità di vita.

È di tutta evidenza che la qualità di vita di B.S. è condizionata non dalle fortunate, seppur imprevedibili, occasioni di libertà epilettica, quanto dalla ricorrenza degli episodi critici, come già illustrato in precedenza.

B.S. anche nei momenti liberi dai fenomeni critici, oltre che vedersi costretta ad assumere comunque quotidianamente una composita farmacoterapia, si trova obbligata ad una continua limitazione, ad una condotta di vita di costante evitamento per i caratteri delle manifestazioni critiche che si presentano:

- imprevedibili, senza segni premonitori;
- a cadenza non sporadica, con cui pertanto la paziente si trova costretta a doversi confrontare quotidianamente, di continuo;
- e che pur essendo clinicamente classificabile come focale comporta l'eclissi della coscienza con estraneazione dalla circostanzialità.

Quanto descritto è decisivo per capire e valutare l'incidenza della patologia sulla quotidianità della Ricorrente. Classicamente infatti la valutazione del danno biologico correlato alla malattia epilettica si avvale di tre parametri:

- il tipo di crisi, focale o generalizzata;
- la frequenza delle crisi;
- fattori aggravanti, che aggiungono invalidità alla patologia: tra questi lo schema polifarmacoterapico e l'eventuale farmaco-resistenza.

Riguardo al tipo di crisi, nonostante la forma clinica della patologia in esame sia di tipo focale, la forma specifica presentata dalla Ricorrente, come precedentemente riferito, comporta l'eclissi della coscienza; dunque si tratta di una manifestazione critica che non interessa settorialmente la persona ma la coinvolge nella sua globalità, dunque definibile «focale» dal punto di vista fisiopatologico, ma clinicamente «globale».

L'elemento neurofisiologico relativo alla focalità è dunque un indicatore medico-legale necessario ed utile nel valutare la ricaduta di una patologia sulla qualità di vita di un paziente, ma pur utile non è e non può essere sufficiente, esaustivo; infatti, come già precisato, la focalità della fenomenologia epilettica è tale secondo una considerazione neurofisiologica ma è globale da un punto di vista clinico e medico-legale. L'estraniamento dall'ambiente pur essendo un fenomeno correlato alla focalità fisiopatologica, riveste una valenza medico-legale certamente superiore ad altri fenomeni, analogamente focali, ma clinicamente di minor peso, quali possono essere i fenomeni parestesici o motori a carico di un segmento di arto. È intuitivo che l'eclissi della coscienza espone la paziente ad elevati rischi quando dovesse occorrere in circostanze che impongono massima attenzione e reazioni immediate, quali, ad esempio, l'attraversamento di una strada, scendere una scala, servirsi di un mezzo di trasporto pubblico, effettuare un bagno o un pagamento, inciampare o scivolare accidentalmente... Da qui la corretta e continua condotta di evitamento attuata dalla paziente che, rinunciando ad esporsi a circostanze sfavorevoli, condiziona di continuo la sua quotidianità di vita.

La frequenza degli episodi critici è anch'essa un indicatore non solo di gravità clinica quanto di valutazione medico-legale di minorazione biologica; sono note forme epilettiche clinicamente ben più gravi rispetto ad una forma temporale focale, ma la cui sporadicità incide marginalmente sulla qualità di vita.

Il caso in oggetto è esattamente il contrario: si tratta di una forma epilettica clinicamente non grave ma con pesante incidenza sulla qualità di vita. Non ci sono giorni in cui la Ricorrente può dirsi libera dalla malattia, anche nei fortunati giorni in cui non presenta manifestazioni di malattia; infatti, quotidianamente, ogni giorno, è costretta a fare i conti con la patologia da cui è affetta, in ogni momento, in ogni attività e in ogni decisione che intende prendere, e che può venire impedita o limitata, condizionata comunque.

Come esempio paradigmatico va considerato che la Ricorrente, coniugata, a causa della propria patologia ha rinunciato alla prole nel timore di trasmettere eventuali elementi patologici ai figli, nel timore di essere inadeguata nel compito di madre, nel timore di essere causa

di un loro sviluppo meno che sereno, o comunque che la farmacotossicità della terapia anticonvulsivante da Ella assunta potesse essere loro nociva.

Pertanto la malattia epilettica presentata da B.S. per la globalità della fenomenologia clinica (estraneazione dall'ambiente), per la continuità del decorso (interessamento quotidiano della patologia anche se non degli episodi critici), per la non emendabilità farmacoterapica (data la farmacoresistenza), e per le gravissime limitazioni imposte, ha una grave ricaduta nella sua globalità di vita e, in quanto tale, va certamente ricompresa, con criterio analogico, nelle forme epilettiche a crisi plurisettimanali.

L'inquadramento tabellare del danno della forma in esame, relativo al codice 2007 «Epilessia localizzata con crisi plurisettimanali o quotidiane in trattamento», per il quale è prevista una valutazione tra 91-100%, è valutabile pari a 91%.

▼ **Allegato 1 - Cassazione civile, Sezione Lavoro n. 21761/2004**

**REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE
SEZIONE LAVORO**

Composta dagli Ill.mi Sigg.ri Magistrati:

Dott. Vincenzo MILEO - Presidente -
Dott. Donato FIGURELLI - Consigliere -
Dott. Natale CAPITANIO - Consigliere -
Dott. Paolo STILE - Rel. Consigliere -
Dott. Grazia CATALDI - Consigliere -

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

sul ricorso proposto da:

D.A.S., elettivamente domiciliata in ROMA VIA CARLO POMA 2, presso lo studio dell'avvocato SANTE G ASSENNATO, che la difende, giusta delega in atti;

- **ricorrente** -

contro

MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE, in persona del legale rappresentante pro tempore, elettivamente domiciliato in ROMA VIA DEI PORTOGHESI 12, rappresentato e difeso dall'AVVOCATURA GENERALE DELLO STATO, ope legis;

- **controricorrente** -

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, rappresentato e difeso dagli avvocati ALESSANDRO RICCIO, NICOLA VALENTE, giusta delega in calce alla copia notificata del ricorso;

- **resistente con mandato** -

avverso la sentenza n. 287/02 della Corte d'Appello di L'AQUILA, depositata il 14/03/02 - R.G.N. 430/2001,

udita la relazione della causa svolta nella "pubblica udienza del 24/06/04 dal Consigliere Dott. Paolo STILE;

udito il P.M. in persona del Sostituto Procuratore Generale Dott. Ennio Attilio SEPE che ha concluso per il rigetto del ricorso.

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

Con ricorso depositato il 15 marzo 2001, S.D.A. proponeva appello avverso la sentenza del Tribunale di Teramo del 15-16 marzo 2000, con la quale era stata rigettata la sua domanda diretta ad ottenere il ripristino dell'indennità di accompagnamento, che le era stata revocata a seguito di visita di revisione. Contestava la correttezza della consulenza tecnica di ufficio espletata in primo grado e chiedeva che fosse dichiarato il proprio diritto al predetto beneficio e che l'INPS fosse condannato al pagamento delle relative prestazioni aumentate degli accessori.

Si costituivano l'INPS ed il Ministero del Tesoro, chiedendo il rigetto del gravame. Con sentenza del 31-16 marzo 2002, l'adita Corte d'appello di L'Aquila confermava la sentenza di primo grado, sulla base della consulenza espletata in detto grado, che, pur riconoscendo che la D.A. era soggetta a crisi di assenza alternate a crisi epilettiche del tipo "Grande Male", aveva escluso la necessità di assistenza continua.

Per la cassazione di tale pronuncia, ricorre la D.A. con un unico motivo, ulteriormente illustrato da memoria ex art. 378 c.p.c.

Resiste l' INPS con controricorso.

MOTIVI DELLA DECISIONE

Con l'unico, articolato motivo di ricorso, S.D.A., denunciando violazione e falsa applicazione dell'art. 1 legge 18/80 e art. 149 disp. atto c.p.c., nonché motivazione carente e contraddittoria, si duole che il Giudice d'appello, confermando la sentenza di primo grado, abbia motivato il rigetto del gravame "perché la semplice sussistenza del c.d. Grande Male non autorizza di per sé la concessione dell'indennità di accompagnamento, dovendosi avere riguardo alla frequenza delle crisi epilettiche; ed aggiungendo che, nel caso in esame "non è risultato che quelle crisi si verificchino con frequenza tale da richiedere l'assistenza continua di una persona..."

Più specificamente, l'impugnata sentenza viene censurata sotto un triplice profilo:
1) quello di aver preso in considerazione solo le "crisi epilettiche", senza tener presente che nella consulenza espletata in primo grado si affermava l'esistenza di "frequenti crisi di assenza alternate a crisi epilettiche del tipo grande male";

2) quello di aver fatto riferimento al requisito - ritenuto insussistente - relativo "all'assistenza continua di una persona", senza considerare che il problema concerneva la possibilità o meno per il soggetto di compiere gli atti quotidiani della vita;

3) quello di non avere dato riscontro alla consulenza di parte con i relativi accertamenti, elaborata dal medico della ASL di Teramo successivamente alla consulenza di ufficio e, quindi, rilevante anche ai sensi dell'art. 149 disp. att. c.p.c.

Il ricorso va accolto nei termini che seguono.

Come è noto, le condizioni previste dall'art. 1 della legge n. 18 del 1980 per l'attribuzione della 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. Cass.11 settembre 2003 n.13362).

Nel caso in esame, lo stesso Giudice d'appello, pur dando atto che nell'unica consulenza tecnica espletata (in primo grado) era risultata "l'esistenza di "crisi di assenza alternate a crisi epilettiche del tipo Grande Male", ha, poi, immotivatamente, affermato che la semplice sussistenza del c.d. Grande Male non autorizzava di per sé la concessione dell'indennità di accompagnamento, dovendosi avere riguardo alla frequenza delle crisi epilettiche; e, poiché, nella specie non era risultato che quelle crisi si verificassero con frequenza tale da richiedere l'assistenza continua di una persona, ciò era sufficiente per il rigetto della pretesa avanzata dalla D.A.

Ma, così argomentando, ha mostrato di polarizzare l'indagine sulla sola frequenza delle crisi epilettiche, trascurando, del tutto, l'accertamento della frequenza e della incidenza delle crisi di "assenza", la cui rilevanza non può escludersi, in mancanza di ogni motivazione. Sotto questo profilo il ricorso merita accoglimento, rimanendo assorbite le ulteriori censure. Conseguentemente, l'impugnata sentenza va cassata e la causa rinviata per il riesame ad altro giudice d'appello, come designato in dispositivo, che provvederà anche alla regolamentazione delle spese di questo giudizio.

P.Q.M.

La Corte accoglie il ricorso; cassa la sentenza impugnata e rinvia, anche per le spese del presente giudizio, alla Corte d'appello di Campobasso.

Roma 24 giugno 2004.

Il Consigliere Estensore
Paolo Stile

Il Presidente
Vincenzo Mileo

▼ **Allegato 2 - Cassazione civile, Sezione Lavoro**
09/07/2007 n. 15330

Fatto

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

Con sentenza depositata in data 25 marzo 2004 la Corte d'appello di Bari rigettava il gravame proposto da G.D. avverso la sentenza di prime cure che aveva accolto soltanto parzialmente la domanda dallo stesso proposta nei confronti del Ministero dell'Interno, avendo condannato l'amministrazione alla corresponsione della pensione di invalidità con decorrenza dal 1° novembre 1995, ed avendo negato invece il diritto del ricorrente all'indennità di accompagnamento. La sentenza d'appello si basava sugli esiti di una consulenza tecnica d'ufficio espletata in sede di gravame che aveva escluso che il complesso patologico da cui era affetto il G. comportasse la sussistenza del requisito dell'incapacità di compiere gli atti quotidiani della vita.

Per la cassazione di tale sentenza propone ricorso G.D. affidato ad un unico motivo. Resiste con controricorso il Ministero dell'Interno.

Diritto

MOTIVI DELLA DECISIONE

Con l'unico motivo, il ricorrente denuncia violazione e/o falsa applicazione della L. n. 508 del 1988, art. 1, contestando la tesi, fatta propria dalla Corte territoriale, secondo cui il diritto all'indennità di accompagnamento postula che il carattere della continuità dello stato di incapacità del soggetto a compiere gli atti quotidiani della vita. Deduce che il concetto di continuità espresso dalla norma si riferisce esclusivamente al bisogno di assistenza da parte del soggetto invalido e non già alla sua incapacità di compiere gli atti quotidiani della vita. Osserva che la patologia accertata (epilessia criptogenetica farmaco resistente e ritardo mentale lieve) comporta, durante le crisi, la perdita di coscienza e di vigilanza.

Il ricorso è infondato e deve essere pertanto rigettato.

La L. n. 508 del 1988, art. 1, prevede, per la sussistenza del diritto all'indennità di accompagnamento, fra le varie ipotesi, quella, che rileva nel caso di specie, del cittadino che, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisogna di una assistenza continua.

Questa Corte di Cassazione (cfr., in particolare, Cass. 21 gennaio 2005 n. 1268), interpretando l'analoga (in parte qua) formulazione contenuta nella L. n. 18 del 1980, art. 1, ha precisato che l'indennità di accompagnamento va riconosciuta anche a coloro i quali, pur essendo materialmente capaci di compiere gli atti elementari della vita quotidiana (quali nutrirsi, vestirsi, provvedere alla pulizia personale, assumere con corretta posologia le me-

dicine prescritte) necessitano della presenza costante di un accompagnatore in quanto, in ragione di gravi disturbi della sfera intellettiva, cognitiva o volitiva dovuti a forme avanzate di gravi stati patologici, o a gravi carenze intellettive, non sono in grado di determinarsi autonomamente al compimento di tali atti nei tempi dovuti e con modi appropriati per salvaguardare la propria salute e la propria dignità personale senza porre in pericolo sè o gli altri.

Nel caso in esame la decisione della Corte di merito si pone in linea con i principi sopra enunciati. Ed infatti, sulla base delle valutazioni contenute nella consulenza tecnica d'ufficio espletata in grado d'appello da uno specialista neurologo, ha ritenuto che la patologia che affligge l'odierno ricorrente non è tale da comportare una incapacità di compiere gli atti quotidiani della vita nel senso indicato dalla giurisprudenza sopra indicata. È risultato infatti che le condizioni intellettive da cui è affetto il G. non integrano un'ipotesi di grave insufficienza mentale, ma ponendosi al limite tra i valori inferiori della normalità e quelli della lieve insufficienza mentale, non pregiudicano la capacità di porre in essere i basilari gesti quotidiani di sussistenza. In particolare, con riferimento agli episodi critici di sospensione della coscienza, che costituiscono la manifestazione della patologia epilettica, il consulente ha osservato che gli stessi hanno durata e frequenza variabile (con numerosi giorni liberi da crisi) e che, al di fuori dei brevi periodi di crisi, la coscienza rimane integra e le capacità intatte. La contraria tesi del ricorrente, secondo cui i suddetti episodi critici di sospensione della coscienza comportano comunque la necessità di un'assistenza continua e giustificano pertanto l'erogazione dell'indennità in esame, si pone in contrasto col principio enunciato da Cass. 6 marzo 2002 n. 3212, secondo cui ai fini dell'attribuzione dell'indennità di accompagnamento, ai sensi della L. n. 18 del 1980, artt. 1 e L. n. 508 del 1988, art. 1, deve sussistere la necessità di un'assistenza continua per il compimento degli atti necessari della vita quotidiana e non esclusivamente finalizzata alla prevenzione o al contenimento di possibili ed episodiche manifestazioni violente o comunque pericolose di una malattia psichica.

Il ricorso deve essere in definitiva rigettato.

Considerato l'esito della lite nulla si dispone in ordine alle spese in applicazione del disposto di cui all'art. 152 disp. att. cod. proc. civ.

PQM

P.Q.M.

La Corte rigetta il ricorso; nulla spese.

Così deciso in Roma, nella Camera di consiglio, il 4 aprile 2007.

Depositato in Cancelleria il 9 luglio 2007

▼ **Allegato 3 - Cassazione civile, sez. VI, 10/06/2016 n. 12037**
(ud. 24/05/2016, dep. 10/06/2016)

Fatto

FATTO E DIRITTO

La causa è stata chiamata all'adunanza in Camera di consiglio del 24.5.2016, ai sensi dell'art. 375 c.p.c., sulla base della seguente relazione, redatta a norma dell'art. 380 bis c.p.c.: «La Corte d'appello di Roma, confermando la sentenza di primo grado, rigettava la domanda proposta nei confronti dell'Inps da T.G., diretta al riconoscimento del diritto all'indennità di accompagnamento. La Corte di merito faceva proprie le conclusioni a cui era pervenuto il consulente medico-legale nominato nel secondo grado di giudizio, rilevando che il consulente aveva, in base a corretti criteri di giudizio medico-legale, accertato la sussistenza di patologie, che non determinavano una condizione psicofisica tale da giustificare l'indennità di accompagnamento.

La T. ricorre per Cassazione, affidando l'impugnazione ad unico motivo. L'Inps ha rilasciato procura speciale in calce alla copia del ricorso notificato.

Il ricorso è qualificabile come manifestamente infondato.

È sufficiente osservare che questa Corte ha già avuto modo di affermare che i motivi del ricorso per Cassazione devono investire, a pena di inammissibilità, statuizioni e questioni che abbiano formato oggetto del giudizio di merito, restando escluso che in sede di legittimità possano essere prospettate questioni nuove o nuovi temi di contestazione involgenti accertamenti di fatto non compiuti, perché non richiesti, in sede di merito (Cass. n. 7579/00). Con particolare riferimento alle controversie in materia di invalidità pensionabile, la Corte ha già precisato che è inammissibile in sede di legittimità, in quanto concernente temi di contestazione non trattati davanti al giudice di merito, la censura di omesso esame di infermità rilevanti da parte del consulente nominato in grado di appello, ove tale carenza di indagine non sia stata prospettata al giudice del merito successivamente al deposito della relazione del consulente (Cass. n. 12177 del 25/11/95). Questo principio è applicabile in tutte le ipotesi, comprese quelle di aggravamento di malattia verificatosi successivamente alla sentenza impugnata che non possono essere dedotte nel giudizio di legittimità, ai sensi dell'art. 149 disp. att. c.p.c. in quanto neanche la necessità di concentrazione processuale può comportare una deroga al principio che nel giudizio di Cassazione non è consentito proporre temi di contestazione diversi da quelli dedotti nelle fasi di merito (Cass. n. 7550/01).

Nella specie, dagli atti risulta che nessuna contestazione alla consulenza è stata mossa in sede di merito dopo il deposito della consulenza d'ufficio e quindi le censure avanzate, con le

quali si evidenzia che il Ctu nei due gradi di giudizio, e per essi la Corte di appello, non hanno valutato attentamente le certificazioni neurologiche del 17.7.2008, 28.5.2009 e 26.4.2011 (dalle quali asseritamente si evinceva la necessità di assistenza continua) non possono essere sollevate per la prima volta in sede di legittimità.

La L. n. 18 del 1980, art. 1, prevede la concessione dell'indennità di accompagnamento ai mutilati ed invalidi civili totalmente inabili per affezioni fisiche e psichiche di cui alla L. n. 118 del 1971, artt. 2 e 12, dei quali sia accertata la impossibilità di deambulazione senza l'ausilio permanente di un accompagnatore o la necessità di assistenza continua in quanto non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita. Ne consegue che l'accertamento sanitario volto a stabilire la sussistenza o meno dell'incapacità a compiere gli atti quotidiani della vita, sia in sede amministrativa che giudiziaria, riguarda esclusivamente le comuni attività del vivere quotidiano, che costituiscono anche il presupposto naturale per una vita di relazione e sociale; tale relazione però non è suscettibile di autonoma considerazione e non entra nella valutazione che il giudice deve compiere ai fini del riconoscimento di una prestazione, che ha natura assistenziale e viene concessa solo nei casi tassativamente indicati, senza alcuna possibilità di interpretazione estensiva» (Cass. n. 1003 del 23/1/03).

Nessun ampliamento dell'ambito di applicazione della legge è quindi consentito, neanche sotto il profilo del rischio generico di cadute, pure se questo risulti accentuato in relazione alla mera possibilità di attacchi di epilessia, ove, come nella specie, tale patologia risulti, nei termini precisati dai giudici di merito, farmacologicamente controllata e non determini di per sé impossibilità di deambulazione autonoma.

Della tesi sostenuta dalla ricorrente in alcuna maniera è evidenziata e documentata la fondatezza e la stessa contrasta con la nota esistenza di molteplici forme e gradi di epilessia e la disponibilità di significativi trattamenti farmacologici di tale tipo di affezioni.

Alla stregua delle svolte considerazioni si propone il rigetto del ricorso, del quale sussistono il presupposto per la trattazione in sede camerale». Sono seguite le rituali comunicazioni e notifica della suddetta relazione, unitamente al decreto di fissazione della presente udienza in Camera di consiglio.

Il Collegio ritiene di condividere integralmente il contenuto e le conclusioni della riportata relazione e concorda, pertanto, sul rigetto dello stesso.

Sussistono i presupposti per disporre l'esonero dal pagamento delle spese del presente giudizio, limitate a quella della presente discussione, da parte della ricorrente, che ha sottoscritto la dichiarazione richiesta ai fini dell'esonero previsto dall'art. 152 disp. att. c.p.c.

Poiché il ricorso è stato proposto in tempo posteriore al 30 gennaio 2013 si impone di dare atto dell'applicabilità del Dpr 30 maggio 2002, n. 115, art. 13, comma 1 quater, nel testo introdotto dalla L. 24 dicembre 2012, n. 228, art. 1, comma 17. Invero, in base al tenore letterale della disposizione, il rilevamento della sussistenza o meno dei presupposti per l'applicazione dell'ulteriore contributo unificato costituisce un atto dovuto, poiché l'obbligo di

tale pagamento aggiuntivo non è collegato alla condanna alle spese, ma al fatto oggettivo – ed altrettanto oggettivamente insuscettibile di diversa valutazione – del rigetto integrale o della definizione in rito, negativa per l'impugnante, dell'impugnazione, muovendosi, nella sostanza, la previsione normativa nell'ottica di un parziale ristoro dei costi del vano funzionamento dell'apparato giudiziario o della vana erogazione delle, pur sempre limitate, risorse a sua disposizione (così Cass., Sez. Un., n. 22035/2014).

PQM

P.Q.M.

La Corte rigetta il ricorso e dichiara irripetibili le spese del presente giudizio di legittimità. Ai sensi del Dpr. 30 maggio 2002, n. 115, art. 13, comma 1 quater, dà atto della sussistenza dei presupposti per il versamento, da parte della ricorrente, dell'ulteriore importo a titolo di contributo unificato pari a quello dovuto per il ricorso, a norma del cit. art. 13, comma 1 bis.

Così deciso in Roma, il 24 maggio 2016.

Depositato in Cancelleria il 10 giugno 2016

