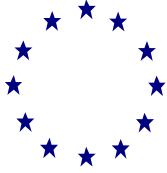


The page is decorated with a circular arrangement of twelve large blue five-pointed stars, mimicking the flag of the European Union. The stars are positioned around the central text.

**Tabella di
riferimento europea
per la valutazione
del danno biologico**

25 MAGGIO 2003



INDICE

	Introduzione	5
	Ringraziamenti	12
I.	Il sistema nervoso	
	Neurologia	14
	Psichiatria	20
	Deficit motorio-sensitivi	21
II.	Apparato sensoriale e stomatologia	
	Oftalmologia	26
	Otorinolaringoiatria	29
	Stomatologia	31
III.	Apparato osteoarticolare	
	Arto superiore	34
	Arto inferiore	44
	Rachide	50
	Bacino	52
IV.	Apparato cardio-respiratorio	
	Cuore	55
	Apparato respiratorio	56
V.	Sistema vascolare	
	Arterie	61
	Vene	61
	Sistema linfatico	61
	Milza	62
VI.	Apparato digerente	
	Epato-gastroenterologia	65
VII.	Apparato urinario	67
VIII.	Apparato riproduttivo	71
IX.	Sistema ghiandolare endocrino	75
X.	Apparato cutaneo	
	Ustioni profonde o cicatrizzazioni patologiche	81
	Indice	83

INTRODUZIONE

MOTIVAZIONE A SOSTEGNO DI UNA VALUTAZIONE IN BASE A TABELLE DI RIFERIMENTO

Oggi, come in ogni epoca, la valutazione e l'indennizzo del danno fisico si basano, in ciascuno degli Stati dell'Unione europea, su schemi di consenso sociale e legislativo consolidati che sono lo specchio della filosofia di ciascuna società.

In linea generale, i principi di tali schemi sono enunciati nelle leggi o nei codici in forma lapidaria, mentre le modalità di applicazione sono organizzate dalla giurisprudenza e dalla dottrina.

Nell'ambito del risarcimento integrale, nel diritto comune che disciplina la responsabilità civile, si distinguono i danni a carattere economico da quelli non economici.

I danni economici, un aspetto dei quali è prettamente medico, mentre l'altro lavorativo, richiedono una valutazione nel concreto e non sono pertanto riconducibili a una tabella di riferimento (indicizzabili).

I danni non economici sono quelli subiti al di fuori di qualsiasi contesto di lucro. Essi sono a carattere prettamente personale e costituiscono un danno alle attività abitualmente condotte nella vita di tutti i giorni, ad una serie di gesti e di atti che ciascun individuo svolge dal momento in cui si alza dal letto, la mattina, al momento in cui va a dormire, la sera, indipendentemente dalla sua attività professionale. Tali danni rappresentano quindi un danno per la qualità di vita quotidiana.

I postumi che producono un danno a carattere personale riguardano l'individuo nell'ambito d'attività che sono grosso modo identiche a quelle di un qualsiasi altro individuo. Identici postumi da lesioni comportano quindi ripercussioni quasi identiche nella vita di tutti i giorni: è logico pensare che esse debbano giustificare una valutazione identica. Tali postumi possono rientrare nell'ambito di una logica di tabella di riferimento.

In pratica, l'attuale sistema, soddisfacente malgrado le sue imperfezioni, consente di effettuare una valutazione relativamente riproducibile: infatti, che venga dichiarato più o meno esplicitamente, essa è indicizzata.

Perché nella maggior parte degli Stati dell'Unione europea gli esperti non si accontentano di una semplice descrizione? Perché la trasposizione di tale descrizione da parte di chi prende le decisioni sul piano dell'indennizzo è un'interpretazione. Orbene, qualsiasi interpretazione comporta un rischio di alterazione, soprattutto se la descrizione fatta dal perito in uno degli Stati membri viene considerata da chi prende la decisione in un altro Stato membro: non si possono infatti sottovalutare i problemi linguistici e terminologici specifici. Appare pertanto auspicabile operare uno sforzo di sintesi e di chiarificazione, caratterizzando ciascuna descrizione dei postumi con una percentuale corredata da una spiegazione: *“effettuare una perizia, significa ascoltare, osservare, misurare, comprendere, quindi spiegare per far comprendere”*. Il sistema delle percentuali impone la definizione di una tabella di riferimento allo scopo di ottenere uguaglianza e giustizia: a parità di postumi, medesima percentuale e identico risarcimento.

La critica più evidente mossa alle attuali tabelle di riferimento è l'assenza di costrutto scientifico: esse infatti non fanno che mettere insieme percentuali accettate dalla giurisprudenza. Si tratta delle “tabelle consuetudinarie”.

Eppure le percentuali hanno un vantaggio: quello di essere evolutive con i progressi in materia di terapie, riabilitazione, tecniche di rilevamento obiettivo e quantificazione, nonché delle nostre conoscenze sulle conseguenze su coloro che hanno subito un trauma.

Inoltre, una tabella di riferimento prettamente “scientifica” potrebbe tener conto - come fanno in modo implicito le tabelle di riferimento nazionali attuali - di considerazioni socioculturali imprescindibili. Esse non differiscono in modo importante da uno Stato dell’Unione europea all’altro. Gli europei potrebbero tuttavia concepire una tabella di riferimento accettabile da altre civiltà e viceversa?

LA NECESSITÀ DI UNA TABELLA DI RIFERIMENTO EUROPEA

La volontà europea è quella di preservare il risarcimento integrale dei danni economici, nonché di promuovere il risarcimento in base alle tabelle di riferimento per quanto concerne il danno arrecato a carattere personale.

Non ha senso armonizzare le modalità di risarcimento economico se, ovunque nell’Unione europea, la perdita degli stessi organi e delle stesse funzioni non viene valutata con i medesimi criteri, se gli stessi postumi non vengono quantificati in modo identico.

La riproducibilità della valutazione di diversi periti, in diversi paesi che possa condurre a conclusioni identiche a fronte di identici bilanci delle lesioni riportate, impone l’utilizzo di un’unica tabella di riferimento europea.

Non si potrebbe certo cancellare ciò che appartiene alla cultura di uno Stato per armonizzare le modalità di risarcimento e valutazione che caratterizzano tale cultura. Pertanto, armonizzare significa obbligatoriamente proporre una rosa di soluzioni, nessuna delle quali sia inaccettabile per uno dei soggetti del cambiamento, sapendo che nessuna potrà soddisfare completamente tutti i soggetti coinvolti.

Un’associazione nazionale o un’équipe universitaria unica non potevano occuparsi dello studio di una tabella di riferimento europea: bisognava infatti coniugare la conoscenza applicata delle varie tabelle di riferimento nazionali con il rispetto delle particolarità che si basano sulla filosofia di una società. Per questa ragione la scelta è caduta su un organismo a vocazione europea che avesse lo sguardo rivolto al consenso e mirasse a non destabilizzare un sistema che oggi, a dispetto di tutte le sue imperfezioni, funziona. Tale organismo è la CEREDOC, Confédération européenne d’experts en réparation et évaluation du dommage corporel, che riunisce docenti universitari e professionisti di alto livello che provengono dai vari Stati dell’Unione europea. Il gruppo si è assicurato la collaborazione di eminenti specialisti nelle discipline mediche di cui si occupano i periti. Inoltre, la CEREDOC può beneficiare dell’apporto delle competenze di associazioni nazionali e di docenti universitari che hanno convalidato i lavori.

BASI E PRINCIPI DELLA TABELLA DI RIFERIMENTO EUROPEA

Una tabella di riferimento unica presuppone che ad essa sottendano concetti universalmente condivisi e accettati. Tali concetti sono stati definiti in occasione del convegno di Treviri I, nel giugno 2000, avviato dall’on. Willi ROTHLEY, vicepresidente della commissione giuridica e per il mercato interno del “Parlamento Europeo”.

I medici imputano, valutano obiettivamente, quantificano, senza andare oltre i limiti delle loro competenze specifiche, sapendo che non vi è sempre un perfetto adeguamento fra la complessità dell’essere umano e l’ambito definito dai giuristi.

I ruoli del perito medico sono da una parte quello di quantificare le lesioni alla persona che si possono constatare e/o spiegare dal punto di vista medico, dall’altra di dare un parere specialistico su un elenco limitativo di eventuali danni particolari.

La base della valutazione è quella delle lesioni all'integrità fisica e/o psichica constatabili da un punto di vista medico e pertanto misurabili.

La valutazione replicabile delle lesioni soggettive pure, spiegabili da un punto di vista medico (plausibili, ma non constatabili, quindi non misurabili) è possibile soltanto se viene effettuata con una sola e identica percentuale: non si può modulare ciò che non si può oggettivare.

Valutare presuppone che vi siano unità e sistematicità. Per non modificare eccessivamente le abitudini medico-legali dei periti europei, la scelta è caduta su un sistema percentuale.

Sulla scia degli incontri di Treviri I, il danno all'integrità psicofisica suscettibile di valutazione medico-legale, o danno biologico (DB), è descritto come segue:

la riduzione definitiva del potenziale fisico e/o psichico constatabile o spiegabile dal punto di vista medico, a cui si vanno ad aggiungere i dolori e le ripercussioni psichiche, che il medico ben sa essere normalmente connesse con la lesione, nonché le conseguenze nella vita quotidiana abitualmente o oggettivamente connesse con tali effetti della lesione

La percentuale di DB è :

l'ordine di grandezza, rapportato ad un massimo teorico pari al 100%, della difficoltà sentita da qualsiasi individuo le cui capacità residue sono quantificate per lo svolgimento di gesti e atti abituali della vita quotidiana extraprofessionale, quindi l'ordine di grandezza della sua "incapacità personale".

Il coefficiente di DB:

non è un'unità di misura, bensì un'unità di valutazione, risultato dell'integrazione di misure di fenomeni diversi utilizzando strumenti diversi, quindi espressi in diverse unità, e di un parere intuitivo basato sull'esperienza e sull'arte di comprendere anche gli aspetti imponderabili.

Pertanto, l'indicizzazione non esclude una certa personalizzazione. Il medico definisce quali ripercussioni comportino le lesioni subite nella vita di tutti i giorni, quindi definisce una percentuale. Questa percentuale non quantifica soltanto le lesioni definitive, ma integra i parametri diversi considerati dall'unità composta che è la percentuale; include quindi in modo inespresso una componente di "non misurabile che è forse l'essenziale" che riflette la specificità, considerata dal perito, del soggetto di perizia.

In caso di stato anteriore patologico modificato dall'incidente oggetto di perizia, la descrizione e la spiegazione sono complementi indispensabili della percentuale, in quanto questa ha solo un valore relativo. Nel caso di un individuo cui viene amputata una gamba che sia ben protesizzato e che sia divenuto paraplegico a seguito di un incidente considerato, il danno non si riassume con la sottrazione delle percentuali antecedenti e successive alla situazione di paraplegia: il danno è la differenza nella vita quotidiana, differenza che deve essere descritta.

Molte delle situazioni che si producono a seguito di una lesione comportano ripercussioni importanti nella vita di tutti i giorni: la percentuale del 100% non rappresenta pertanto la scomparsa di tutte le funzioni dell'individuo. Una volta stabilita una percentuale, la validità residua non è certo la differenza esistente fra il 100% e tale percentuale: tale differenza è ben superiore.

Oltre al danno biologico, si devono a volte riconoscere danni particolari e specifici a carico della persona che ha subito lesioni: un danno estetico, sessuale (a parte quello riproduttivo), i dolori eccezionali, l'eventuale limitazione delle possibilità di svago specifiche dell'individuo.

A volte vi sono altri danni chiamati in causa: essi sono artificiosi, dei doppioni del danno biologico, ovvero non comportano necessariamente che si ricorra a un medico.

Tali danni particolari non sono esaminati nel presente studio, il quale non li menziona.

Il vissuto del leso non è altro che il suo modo personale, che dipende in larga misura dalle caratteristiche proprie della sua personalità, di reagire ad un'aggressione. Se tale vissuto è patologico, esso viene considerato nella valutazione complessiva del danno biologico. Se esso invece non è patologico, né comprovato, né constatabile, né misurabile, esso non viene considerato, per utilizzare altri termini, come "medico" e come tale il professionista incaricato non può fornire a tal riguardo elementi specifici.

Infine, talune percentuali proposte con la presente tabella di riferimento per determinate menomazioni (perdita di un occhio, nefrectomia unilaterale, ecc.) suppongono che si tenga conto di un eventuale deterioramento dell'organo gemello reduce, benché nulla faccia presagire tale evento al momento del consolidamento. Allo stesso modo, non vi è alcuna endoprotesi che abbia una durata di vita illimitata. La legislazione deve pertanto rendere possibile riserve per il futuro o una procedura di aggravamento, come avviene attualmente solo in taluni Stati.

Se è impossibile sottoporre sia l'anatomo-fisiologia umana, sia la resistenza dei materiali agli auspici delle leggi o dei giuristi, deve essere però possibile adeguare i testi legislativi a realtà che sono imprescindibili.

METODOLOGIA DI COSTRUZIONE DELLA TABELLA DI RIFERIMENTO EUROPEA

Il principio di base è che, in tutti gli Stati, sia opportuno che si definisca un identico valore per gli stessi organi, le stesse funzioni, le stesse svalutazioni-tipo per tali funzioni. Questi valori, queste percentuali centrali, rappresentano l'infrastruttura, lo scheletro stesso della tabella di riferimento europea.

Non sarebbe ragionevole voler gerarchizzare il valore degli organi e delle funzioni: si tratterebbe di un procedimento puramente empirico. Per contro, è possibile stabilire una gerarchia dei vari segmenti di un organo e delle svalutazioni di una medesima funzione studiando le loro ripercussioni oggettive sulla vita di tutti i giorni.

L'osservazione ci porta a constatare che il danno aumenta a balzi, non seguendo una logica matematica. Quindi, solo l'osservazione e la misurazione possono conferire un valore ad una tabella di riferimento.

Le percentuali centrali sono state determinate osservando e valutando le conseguenze della lesione al fine di poterle quantificare, sulla base della percentuale individuata, rispetto alle sue ripercussioni sugli atti comuni della vita quotidiana. Questa ricerca dell'incapacità funzionale è un concetto facilmente accessibile agli esperti che non utilizzano ancora il sistema indicizzato, senza che essi mutino l'approccio medico-legale consueto.

Sono stati quindi definiti: il valore delle amputazioni, il valore delle perdite funzionali totali (per esempio, l'anchilosi di un'articolazione) e il valore dei margini corrispondenti a talune perdite funzionali parziali. Le percentuali corrispondenti sono state definite tenendo conto dei valori convenzionalmente attribuiti oggi nei vari Stati, dopo una riflessione che si è basata sul confronto con altre situazioni concernenti postumi di pari livello.

I postumi parziali dovranno essere valutati in funzione del deficit osservato, tenendo conto della percentuale di perdita totale registrata.

Talune lesioni, in particolar modo quelle legate alla sfera sessuale (mastectomia bilaterale, amputazione del pene) sono caratterizzate da percentuali che potrebbero apparire abbastanza elevate. Bisogna però precisare che esse tengono conto del contesto socioculturale europeo da cui la valutazione non potrebbe prescindere.

Abbiamo ritenuto indispensabile fare in modo che venisse mantenuta una coerenza interna verticale in ciascuna delle funzioni studiate, ma anche una coerenza orizzontale mettendo a confronto, per le

percentuali del medesimo livello, le situazioni cliniche e la loro trasposizione nella vita quotidiana, per evitare situazioni di disparità troppo accentuate.

ISTRUZIONI PER L'USO DELLA TABELLA DI RIFERIMENTO EUROPEA

La tabella di riferimento europea non è né un manuale di patologia dei postumi, né un prontuario di valutazione. Essa è stata concepita ad uso esclusivo di periti, medici edotti sui principi della medicina legale e sulle regole d'utilizzo in materia di stato anteriore e d'invalidità multiple.

Non si tratta di una "supertabella", ma di una guida che fornisce le percentuali centrali importanti per i danni a carico di ciascun organo e di ciascuna funzione. Essa è comunque sufficientemente dettagliata per essere utilizzata, in futuro, anche quale tabella di riferimento per l'assicurazione delle persone.

Taluni tipi di postumi (per esempio oftalmologici, otorinolaringoiatrici, stomatologici, ecc.) implicano il ricorso ad uno specialista dell'ambito considerato. Il medico esperto deve trovare nella relazione del suo perito tutti i dati tecnici e tutti gli elementi di riflessione che consentiranno al valutatore di pronunciarsi sull'imputabilità e sulla quantificazione dei danni subiti.

Le percentuali proposte fanno riferimento all'individuo nella sua globalità e non quantificano un deficit rispetto all'integrità, valutata pari allo 0%, di una funzione o di un organo.

Le percentuali fanno riferimento ai postumi considerati singolarmente.

In caso di postumi multipli, la percentuale globale non è per forza data dalla somma delle singole percentuali; il calcolo varia a seconda del fatto che le lesioni riportate siano a carico di una stessa funzione (sinergiche) oppure non lo siano.

La tabella di riferimento oggetto del presente studio non contiene formule pseudomatematiche, ma fa appello al senso clinico, al buon senso e al realismo del medico chiamato a fare una valutazione:

- in caso di lesioni simultanee a vari livelli dello stesso membro o organo, la percentuale globale non è la somma delle singole percentuali, ma la risultante della loro sinergia, in quanto tale percentuale non può superare quella risultante dalla perdita totale del membro o dell'organo;
- se si evidenziano lesioni simultanee sinergiche a carico di arti o organi diversi, dovrà essere valutato il danno globale della funzione;
- in caso di invalidità multiple non sinergiche, la percentuale globale non potrà che essere inferiore alla somma delle percentuali isolate, senza le quali la percentuale massima del 100% sarebbe superata frequentemente, mentre il leso conserva in modo evidente una capacità residua. Occorre quindi confrontare lo stato della vittima a situazioni cliniche tipo, le cui percentuali di danno biologico sono conosciute. Occorre soprattutto, ed è imperativo, spiegare la situazione concreta il cui polimorfismo non può essere ridotto all'astrazione di una percentuale isolata dal suo contesto.

La tabella di riferimento non fornisce importi "pronti all'uso", ma impone un approccio clinico dei postumi e l'analisi delle loro conseguenze obiettive nella vita quotidiana. Questo approccio globale del bilancio delle lesioni riportate impone che si dia una spiegazione dell'origine della percentuale di danno biologico.

Per esempio, non viene proposta una percentuale per la laringectomia: occorre quantificare nel complesso l'impatto di tale evento nella vita quotidiana della dispnea, nonché dell'afonia o della disfonia (la tabella riporta una percentuale corrispondente per ciascuna di tali lesioni riportate).

Nel caso di un'anchilosi post-traumatica del gomito in un individuo amputato della mano omolaterale, la percentuale non sarà, evidentemente, quella che si conferirebbe per la stessa anchilosi ad un soggetto che non ha subito tale amputazione.

Avendo deciso di adottare un orientamento il più possibile funzionale, la tabella di riferimento fornisce, per le amputazioni degli arti inferiori, percentuali corrispondenti ad amputazioni correttamente protesizzate, situazioni che si riscontrano il più di frequente nella pratica. Infatti, fatta eccezione eventualmente per il caso di un'amputazione del piede, il lesso non può camminare né restare in posizione eretta senza protesi. Queste percentuali potranno subire modifiche se le protesi sono poco efficaci o, al contrario, funzionano particolarmente bene.

Allo stesso modo, a parte la funzione considerata, dal momento in cui una protesi, un'ortesi o un qualsivoglia tutore fornito al paziente migliori i disturbi funzionali, la valutazione di questi ultimi si dovrà fare tenendo conto del beneficio arrecato.

Le situazioni non descritte si valutano per analogia con situazioni cliniche descritte e quantificate.

Le situazioni eccezionali e quelle puramente teoriche, diventate impensabili allo stato attuale dei nostri mezzi terapeutici, non sono state deliberatamente prese in considerazione.

La tabella non è altro che una guida, senza alcun carattere imperativo.

Il carattere meramente indicativo deve essere sottolineato quando si tratta di definire una percentuale di danno biologico elevato.

In caso di postumi gravi, si dovrà aver cura di corredare sistematicamente ed imperativamente l'indicazione della percentuale con una motivazione.

PROSPETTIVA

Un osservatorio europeo delle tabelle di riferimento composto, da un lato, dai membri della CEREDOC, garantirà la revisione permanente dello strumento in funzione delle osservazioni, delle critiche fondate, dei problemi di utilizzo e dei metodi di valutazione, nonché dei progressi delle nostre conoscenze nella materia.

La tabella europea sarà, come scriveva fin dal 1987 il compianto Professor Marino BARGAGNA, al quale il gruppo di studio della tabella di riferimento vuole rendere un affettuoso omaggio: *“una specie di esperimento infinito”*.

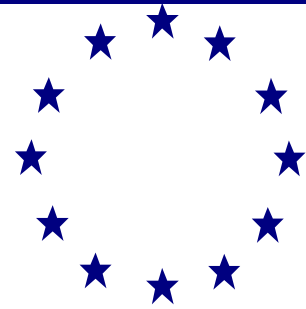
Prof. Pierre LUCAS (Belgio)
Presidente della CEREDOC
Coordinatore del “Gruppo ROTHLEY” di studio sulla tabella di riferimento europea,

a nome dei componenti
il gruppo di lavoro e dei membri del comitato esecutivo della CEREDOC ¹,
i professori e dottori:

BOROBIA César, Spagna
CANNAVÓ Giovanni, Italia
GUISCAFFRE-AMER Juan, Spagna
HUGUES-BÉJUI Hélène, Francia
SAUCA Carlos, Spagna
STEHMAN Michel, Belgio
STRECK Walter, Germania
VIEIRA Duarte Nuno, Portogallo

¹ Confédération Européenne d'Experts en Evaluation et Réparation du Dommage Corporel
Via Alamanni, 30 - Ghezzano (PI SA) - ITALIA - Tel +39.050 8756850 - Fax +39.050 8756859
info@ceredoc.eu - www.ceredoc.eu

I.
SISTEMA
NERVOSO





I – SISTEMA NERVOSO

Le situazioni non descritte si valutano per analogia con situazioni cliniche descritte e quantificate.

Laddove la tabella di riferimento prevede soltanto il deficit completo, le lesioni parziali riportate dovranno essere valutate in funzione del deficit osservato, tenendo conto della percentuale di perdita totale.

A) NEUROLOGIA

Paragrafo 1: Postumi motori e motoriosensoriali

Paragrafo 1-1 Tetraplegia completa secondo il livello <ul style="list-style-type: none">• da C2- C6• al di sotto di C6	95% 85%
Paragrafo 1-2 Emiplegia completa <ul style="list-style-type: none">• con afasia• senza afasia	90% 75%
Paragrafo 1-3 Paraplegia completa secondo il livello	70-75%
Paragrafo 1-4 Cauda equina lesione totale, secondo il livello	25-50%

Paragrafo 2: Deficit motorio-sensitivi

La lesione a carico dei nervi causa una paralisi (lesione totale) o una paresi. Quest'ultima dovrà essere valutata sulla base delle ripercussioni cliniche e tecniche obiettive.

Paragrafo 2-1: Viso

Paragrafo 2-1a Paralisi del nervo trigemino <ul style="list-style-type: none"> • unilaterale • bilaterale 	15% 30%
Paragrafo 2-1b Paralisi del nervo facciale <ul style="list-style-type: none"> • unilaterale • bilaterale 	20% 45%
Paragrafo 2-1c Paralisi del nervo glossofaringeo <ul style="list-style-type: none"> • unilaterale 	8%
Paragrafo 2-1d Paralisi del grande nervo ipoglosso <ul style="list-style-type: none"> • unilaterale 	10%

Paragrafo 2-2: Arto superiore

	D	ND
Paragrafo 2-2a Paralisi totale (lesione completa del plesso brachiale)	65%	60%
Paragrafo 2-2b Paralisi del nervo mediano ulnare	45%	40%
Paragrafo 2-2c Paralisi del nervo radiale <ul style="list-style-type: none"> • al di sopra del tricipite branchiale • al di sotto del tricipite branchiale 	40% 30%	35% 25%
Paragrafo 2-2d Paralisi del nervo mediano <ul style="list-style-type: none"> • al braccio • al polso 	35% 25%	30% 20%
Paragrafo 2-2e Paralisi del nervo ulnare	20%	15%
Paragrafo 2-2f Paralisi del nervo circonflesso	15%	12%
Paragrafo 2-2g Paralisi del nervo muscolocutaneo	10%	8%

Tenuto conto delle loro conseguenze sull'arto superiore, sono state considerate nel presente capitolo le seguenti lesioni:

	D	ND
Paragrafo 2-2h Paralisi del nervo spinale	12%	10%
Paragrafo 2-2i Paralisi del nervo toracico superiore	5%	4%

Paragrafo 2-3: Arto inferiore

Paragrafo 2-3a Paralisi sciatica totale (lesione completa) <ul style="list-style-type: none"> • Forma tronculare elevata (con paralisi a livello delle natiche) • forma bassa, sotto il ginocchio 	45% 35%
Paragrafo 2-3b Paralisi del nervo femorale	35%
Paragrafo 2-3c Paralisi del nervo fibulare (peroneo)	22%
Paragrafo 2-3d Paralisi del nervo tibiale	22%
Paragrafo 2-3e Paralisi del nervo otturatore	5%

Paragrafo 3: Disturbi cognitivi

L'analisi delle sindromi deficitarie neuropsicologiche deve far riferimento ad una semiologia precisa. La sindrome detta "frontale" corrisponde in effetti a entità ora ben definite i cui deficit associati, più o meno importanti, possono dar luogo a quadri clinici molto variegati.

La valutazione del grado d'inabilità deve quindi basarsi imperativamente su bilanci medici precisi e specializzati, correlando le lesioni iniziali e i dati degli esami clinici e paraclinici.

Paragrafo 3-1: Sindrome frontale vera

Paragrafo 3-1a Forma principale con apragmatismo con disturbi gravi relativi all'integrazione sociale e familiare	60-85%
Paragrafo 3-1b Forma grave con alterazione del comportamento istintivo, perdita dell'iniziativa, disturbi del tono dell'umore, integrazione sociale e familiare precaria	35-60%
Paragrafo 3-1c Forma media con bradifrenia relativa, difficoltà di memorizzazione, disturbi del tono dell'umore e ripercussioni sull'integrazione sociale e familiare.	20-35%
Paragrafo 3-1d Forma minore con distraibilità, lentezza, difficoltà di memorizzazione e di elaborazione di strategie complesse. Pochi o leggeri disturbi d'integrazione sociale e familiare.	10-20%

Paragrafo 3-2: Disturbi della comunicazione

Paragrafo 3-2a Afasia grave con parafasia letterale grave, alessia, disturbi della comprensione	70%
Paragrafo 3-2b Forma minore: disturbi della denominazione e della ripetizione, parafasia. Mantenimento della capacità di comprendere	10-30%

Paragrafo 3-3: Disturbi della memoria

Paragrafo 3-3a Sindrome di Korsakoff completa	60%
Paragrafo 3-3b Disturbi che associano: frequenti amnesie imbarazzanti nella vita di tutti i giorni che implicano la necessità di utilizzare quotidianamente dei promemoria, falsi riconoscimenti, eventualmente fabulazioni, difficoltà d'apprendimento, difficoltà a ricordare.	10-60%
Paragrafo 3-3c Perdita totale o parziale delle nozioni scolastiche: <i>Le percentuali corrispondenti saranno valutate sulla base della stessa scala dei disturbi della memoria.</i>	

Paragrafo 3-4: Disturbi cognitivi di minore entità

In mancanza di sindrome frontale vera o di lesione isolata di una funzione cognitiva, taluni traumi cranici più o meno gravi possono lasciare spazio alla formazione nel paziente di lamentele oggettivabili che costituiscono una sindrome differente da quella postraumatica, che associano:

Labilità attentiva , lentezza nell'ideazione, difficoltà di memorizzazione, affaticamento mentale, intolleranza al rumore, instabilità del tono dell'umore che persistono per un periodo superiore ai 2 anni	5-10%
---	--------------

Paragrafo 3-5: Demenza

Non viene fornita la prova di demenze post-traumatiche. Le demenze cosiddette "di tipo Alzheimer" e le demenze senili non sono mai post-traumatiche

Paragrafo 4: Deficit misti cognitivi e sensomotori

Questi deficit misti rappresentano i tipici postumi da traumi cranici gravi. Il più delle volte essi associano a disfunzioni frontali deficit cognitivi, disturbi del comportamento, sindromi piramidali e/o cerebellari, disturbi sensoriali (emianopsie, paralisi oculo-motrici, ecc.) corrispondenti a lesioni individuate tramite tomografia.

Queste associazioni consentono di avere quadri clinici differenti per ciascun individuo, tanto da non permettere di proporre percentuali precise come nel caso di postumi perfettamente individualizzati. Questi deficit saranno oggetto di una valutazione globale.

È tuttavia possibile riconoscere nel contesto della valutazione medico-legale diversi livelli di gravità in funzione del deficit globale.

Paragrafo 4-1 Abolizione di qualsiasi attività volontaria utile , perdita di qualsiasi possibilità relazionale identificabile	100%
Paragrafo 4-2 Deficit sensitivo-motori principali che limitano gravemente l'autonomia, associati a deficit cognitivi incompatibili con una vita di relazione decorosa	85-95%
Paragrafo 4-3 Disturbi cognitivi gravi che comportano in primo piano disinibizione e gravi perturbazioni del comportamento, tali da compromettere la socializzazione, con deficit motorio-sensitivi compatibili con un'autonomia per gli atti essenziali della vita quotidiana.	60-85%
Paragrafo 4-4 Disturbi cognitivi che associano perturbazioni permanenti dell'attenzione e della memoria, perdita relativa o totale d'iniziativa e/o di autocritica, incapacità di gestione delle situazioni complesse, con evidenti deficit motorio-sensitivi, benché compatibili con un'autonomia per gli atti della vita quotidiana.	40-60%

Paragrafo 4-5 Disturbi cognitivi che associano lentezza dell'ideazione evidente, deficit manifesto di memoria, difficoltà d'elaborazione delle strategie complesse con deficit motorio-sensitivi minori	20-40%
--	---------------

Paragrafo 5: Epilessia

Non è concepibile proporre una percentuale d'inabilità senza prova della realtà del trauma cranioencefalico e della realtà delle crisi, né tanto meno prima che sia passato un lasso di tempo indispensabile per la stabilizzazione dell'evoluzione spontanea dei disturbi e il paziente si sia adeguato alla terapia.

Paragrafo 5-1: Epilessia con turbe di coscienza

(Epilessia generalizzata ed epilessia parziale complessa)

Paragrafo 5-1a: Epilessia non controllabile malgrado la terapia adeguata e follow-up, con manifestazione quasi quotidiana di crisi	35-70%
Paragrafo 5-1b: Epilessia difficilmente controllata , con crisi frequenti (diverse al mese) ed effetti secondari legati alle terapie	15-35%
Paragrafo 5-1c: Epilessie ben controllate tramite terapia ben tollerata	10-15%

Paragrafo 5-2: Epilessia senza turbe di coscienza

Epilessia parziale semplice debitamente certificata, secondo il tipo e la frequenza delle crisi e secondo gli effetti collaterali prodotti dalle terapie	10-30%
---	---------------

Le anomalie individuate tramite EEG, in assenza di crisi conclamate, non consentono di effettuare una diagnosi di epilessia post-traumatica.

Paragrafo 6: Sindrome post-traumatica

Il paziente lamenta disturbi non oggettivati a seguito del verificarsi di una perdita di coscienza	2%
--	-----------

Paragrafo 7: I dolori da deafferentazione

Si tratta di dolori connessi con una lesione del sistema nervoso periferico, percepiti al di fuori di qualsivoglia stimolazione nocicettiva che possono colpire svariate tipologie cliniche: anestesia dolorosa, scariche folgoranti, iperpatie (nevralgia del moncone d'amputazione del tipo membro fantasma, o nevralgia del trigemino, per esempio).

Si tratta di "dolori eccezionali" che non sono inclusi nel normale quadro dei postumi e non sono pertanto inclusi nella percentuale di DB. Essi costituiscono quindi un danno accessorio.

Appare comunque giustificato valutare tali dolori maggiorando la percentuale di DB del deficit preso in considerazione dal 5 al 10%

Paragrafo 8 : Le nevralgie

Consecutive alla lesione di un nervo craniale o periferico, quando il dolore avvertito è sostenuto da elementi clinici e/o strumentali obiettivi, la diagnosi certa necessita di un parere specialistico; la valutazione terrà conto della frequenza delle crisi e dell'efficacia delle terapie.

Paragrafo 8-1 Trigemino	Fino a 25 %
Paragrafo 8-2 Faciale	Fino a 8 %
Paragrafo 8-3 Cervico-brachiale	Fino a 12 %
Paragrafo 8-4 Intercostale	Fino a 3 %
Paragrafo 8-5 Femoro-cutaneo	Fino a 3 %
Paragrafo 8-6 Femorale	Fino a 8 %
Paragrafo 8-7 Sciatico	Fino a 15

B) PSICHIATRIA

(Con riferimento alle classificazioni del CIM X e del DSM IV)

Paragrafo 9: Disturbi persistenti del tono dell'umore

In caso di lesioni fisiche post-traumatiche che implicano una terapia complessa e di lunga durata con postumi gravi, può insorgere uno stato psichico permanente doloroso caratterizzato da disturbi persistenti del tono dell'umore (*stato depressivo*):

Paragrafo 9-1 Follow-up medico frequente da parte di uno specialista, vincoli terapeutici importanti con o senza ricovero	10-20%
Paragrafo 9-2 Follow-up medico regolare da parte di uno specialista con terapia specifica sporadica	3-10%
Paragrafo 9-3 Che implica un follow-up medico irregolare con terapia intermittente	fino al 3%

Paragrafo 10: Nevrosi traumatiche (stato di stress post-traumatico, sindrome fobica)

Si verificano a seguito di manifestazioni psichiche causate dal prodursi in modo repentino, imprevedibile e subitaneo, di un evento traumatizzante e sovrachiantante per le capacità di difesa dell'individuo.

Il fattore di stress deve essere intenso e/o prolungato.

L'individuo deve avere memoria di quanto accaduto.

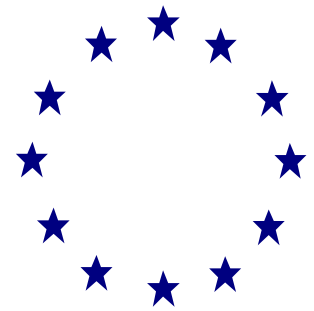
La sintomatologia comporta disturbi d'ansia di tipo fobico, condotta da evitamento, sindrome ossessivo-compulsiva e disturbi della personalità. A seguito d'intervento terapeutico molto precoce, si può prevedere una valutazione del quadro clinico solo dopo circa due anni dal manifestarsi della patologia.

Paragrafo 10-1 Gravi stati d'ansia	12-20%
Paragrafo 10-2 Sindrome ansiosa con attacchi di panico e condotta d'evitamento e sindrome ossessivo-compulsiva	8-12%
Paragrafo 10-3 Stati d'ansia con condotta d'evitamento e sindrome ossessivo-compulsiva	3-8%
Paragrafo 10-4 Stati d'ansia di tipo fobico minori	fino al 3%

Paragrafo 11: Disturbi psicotici

Non vengono affrontati in questo contesto, in quanto la manifestazione di questi disturbi rarissimamente è comprovata come imputabile ad un evento traumatico.

II.
APPARATO
SENSORIALE
E
STOMATOLOGIA





II. APPARATO SENSORIALE E STOMATOLOGIA

1 - OFTALMOLOGIA

Le situazioni non descritte si valutano per analogia con situazioni cliniche descritte e quantificate.

ACUTEZZA VISIVA

Paragrafo 12: Perdita totale della vista

Paragrafo 12-1 Perdita della vista ad entrambi gli occhi (cecità)	85%
Paragrafo 12-2 Perdita della vista ad un occhio	25%

Paragrafo 13: Perdita dell'acutezza visiva ad entrambi gli occhi, da vicino e da lontano

	10/10	9/10	8/10	7/10	6/10	5/10	4/10	3/10	2/10	1/10	1/20	<1/20	Cecità
10/10	0	0	0	1	2	3	4	7	12	16	20	23	25
9/10	0	0	0	2	3	4	5	8	14	18	21	24	26
8/10	0	0	0	3	4	5	6	9	15	20	23	25	28
7/10	1	2	3	4	5	6	7	10	16	22	25	28	30
6/10	2	3	4	5	6	7	9	12	18	25	29	32	35
5/10	3	4	5	6	7	8	10	15	20	30	33	35	40
4/10	4	5	6	7	9	10	11	18	23	35	38	40	45
3/10	7	8	9	10	12	15	18	20	30	40	45	50	55
2/10	12	14	15	16	18	20	23	30	40	50	55	60	65
1/10	16	18	20	22	25	30	35	40	50	65	68	70	78
1/20	20	21	23	25	29	33	38	45	55	68	75	78	80
<1/20	23	24	25	28	32	35	40	50	60	70	78	80	82
Cecità	25	26	28	30	35	40	45	55	65	78	80	82	85

Tabella I: vista da lontano

	P 1,5	P2	P3	P4	P5	P6	P8	P10	P14	P20	< P20	cecità
P 1,5	0	0	2	3	6	8	10	13	16	20	23	25
P 2	0	0	4	5	8	10	14	16	18	22	25	28
P 3	2	4	8	9	12	16	20	22	25	28	32	35
P 4	3	5	9	11	15	20	25	27	30	36	40	42
P 5	6	8	12	15	20	26	30	33	36	42	46	50
P 6	8	10	16	20	26	30	32	37	42	46	50	55
P 8	10	14	20	25	30	32	40	46	52	58	62	65
P 10	13	16	22	27	33	37	46	50	58	64	67	70
P 14	16	18	25	30	36	42	52	58	65	70	72	76
P 20	20	22	28	36	42	46	58	64	70	75	78	80
< P 20	23	25	32	40	46	50	62	67	72	78	80	82
Cecità	25	28	35	42	50	55	65	70	76	80	82	85

Tabella II: vista da vicino

Tabella II da utilizzare soltanto in caso di distorsione importante fra la vista da vicino e quella da lontano. In questo caso, sarà opportuno fare la media aritmetica delle due percentuali.

Paragrafo 14: Campo visivo

Paragrafo 14-1 Emianopsia <ul style="list-style-type: none"> secondo il tipo, la portata e la lesione o meno della vista centrale 	fino all'85%
Paragrafo 14-2 Quadrantopsia <ul style="list-style-type: none"> secondo il tipo 	fino al 30%
Paragrafo 14-3 Scotoma centrale <ul style="list-style-type: none"> bilaterale unilaterale 	fino al 70% fino al 20%
Paragrafo 14-4 Scotomi giustacentrali o pericentrali <ul style="list-style-type: none"> secondo il carattere unilaterale o bilaterale, con la preservazione dell'acutezza visiva 	fino al 15%

Paragrafo 15: Oculomotricità

Paragrafo 15-1 Vista doppia <ul style="list-style-type: none"> secondo le posizioni dello sguardo, il carattere permanente o meno della necessità di chiudere sempre un occhio 	fino al 25%
---	--------------------

Paragrafo 15-2 Paralisi oculomotoria <ul style="list-style-type: none"> • secondo il tipo 	fino al 15%
Paragrafo 15-3 Sistema motorio intrinseco <ul style="list-style-type: none"> • secondo il tipo (al massimo aniridia totale) 	fino al 10%
Paragrafo 15-4 Eteroforia; paralisi completa della convergenza	5%

Paragrafo 16: Cristallino

Paragrafo 16-1 Perdita (afachia) corretta da uno strumento ottico esterno <ul style="list-style-type: none"> • bilaterale • unilaterale <i>A cui sarà opportuno aggiungere la percentuale corrispondente alla perdita dell'acutezza visiva corretta, senza superare il 25% per una lesione unilaterale e l'85% in caso di lesione bilaterale</i>	20% 10%
Paragrafo 16-2 Perdita corretta con trapianto del cristallino (pseudoafachia): <i>Aggiungere il 5% per occhio pseudofaco alla percentuale corrispondente alla perdita dell'acutezza visiva</i>	

Paragrafo 17: Annessi dell'occhio

Secondo la lesione, in quanto la più grave è la ptosi con deficit campimetrico e l'alacrimia bilaterale.	fino al 10%
--	--------------------

2 - OTORINOLARINGOIATRIA

Le situazioni non descritte si valutano per analogia con situazioni cliniche descritte e quantificate.

A) UDITO

Paragrafo 18: Acutezza uditiva

Paragrafo 18-1: Sordità totale

Paragrafo 18-1a bilaterale	60%
Paragrafo 18-1b unilaterale	14%

Paragrafo 18-2: Sordità parziale

La valutazione viene effettuata in due tempi:

Paragrafo 18-2-a: Perdita media dell'udito

Si calcola in rapporto al deficit tonale in conduzione aerea misurata in decibel sui 500, 1000, 2000 e 4000 hertz considerando i fattori di ponderazione rispettivamente pari a 2, 4, 3 e 1.

La somma viene divisa per 10. Si fa riferimento alla tabella che segue.

Perdita media dell'udito in dB	0 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 - 79	80 e +
0 - 19	0	2	4	6	8	10	12	14
20 - 29	2	4	6	8	10	12	14	18
30 - 39	4	6	8	10	12	15	20	25
40 - 49	6	8	10	12	15	20	25	30
50 - 59	8	10	12	15	20	25	30	35
60 - 69	10	12	15	20	25	30	40	45
70 - 79	12	14	20	25	30	40	50	55
80 e +	14	18	25	30	35	45	55	60

Paragrafo 18-2-b: Distorsioni uditive

La valutazione deve essere effettuata mettendo a confronto la percentuale lorda con i risultati audiometrici vocali per poter valutare eventuali distorsioni uditive (in particolare in fase di recupero) che aggravano il disturbo funzionale.

La tabella di seguito propone le percentuali di aumento che possono eventualmente essere

discusse rispetto ai risultati dell'audiometria tonale preliminare:

% di discriminazione	100%	90%	80%	70%	60%	< 50%
100%	0	0	1	2	3	4
90%	0	0	1	2	3	4
80%	1	1	2	3	4	5
70%	2	2	3	4	5	6
60%	3	3	4	5	6	7
< 50%	4	4	5	6	7	8

In caso di uso di protesi, il miglioramento sarà determinato dal confronto delle curve uditive senza protesi e con la protesi; si potrà così ridurre la percentuale, che dovrà comunque tener conto del disagio causato dalla protesi, in particolare in ambienti rumorosi.

Paragrafo 19 : Acufene isolata

Se viene considerata l'imputabilità ad un trauma	fino al 3%
--	-------------------

B) EQUILIBRIO

Paragrafo 20 Lesione vestibolare bilaterale, con disturbi invalidanti accertati, a seconda della gravità	10-25 %
Paragrafo 21 Lesione vestibolare unilaterale	4-10 %
Paragrafo 22 Vertigini parossistiche benigne	fino al 4%

C) AERAZIONE NASALE

Paragrafo 23 Ostruzione non accessibile con coadiuvanti <ul style="list-style-type: none"> • bilaterale • unilaterale 	fino all'8% fino al 3%
---	---

D) OLFATTO
compresa l'alterazione delle percezioni gustative

Paragrafo 24 Anosmia	8%
Paragrafo 25 Iposmia	fino al 3%

E) FONAZIONE

Paragrafo 26 Afonìa	30%
Paragrafo 27 Disfonia isolata	fino al 10%

3 - STOMATOLOGIA

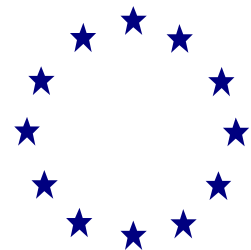
Le situazioni non descritte si valutano mettendo a confronto situazioni cliniche descritte e quantificate

In caso di protesi mobili, diminuire di ½; in caso di protesi fissa, diminuire di ¾.

La posa di un impianto elimina il DB.

Paragrafo 28 Perdita completa dei denti a cui non si può rimediare con protesi <i>tenuto conto delle ripercussioni di tale lesione sullo stato generale</i>	28%
Paragrafo 29 Perdita di un dente con impossibilità di applicare la protesi <ul style="list-style-type: none">• incisivo o canino• premolare o molare	1% 1,5%
Paragrafo 30 Disfunzioni mandibolari <ul style="list-style-type: none">• limitazione dell'apertura boccale pari o inferiore a 10 mm• limitazione dell'apertura boccale fra 10 mm e 30 mm	25-28% 5-25%
Paragrafo 31 Disturbi dell'articolatore dentale post-traumatico, <i>in base alle ripercussioni sulla capacità masticatoria</i>	2-10%
Paragrafo 32 Amputazione della parte mobile della lingua, <i>tenuto conto delle ripercussioni sulla parola, la masticazione e la deglutizione, secondo la gravità dei disturbi causati.</i>	3-30%

III.
APPARATO
OSTEOARTICOLARE





III - APPARATO OSTEOARTICOLARE

Le situazioni non descritte si valutano mettendo a confronto situazioni cliniche descritte e quantificate.

Che si tratti di un'articolazione o di un arto, la percentuale globale non è data dalla somma delle percentuali isolate, bensì la risultante della sinergia fra le stesse, e la somma delle percentuali corrispondenti all'anchilosi in buona posizione di tutte le articolazioni dell'arto non può avere un valore superiore a quello della perdita totale anatomica o funzionale.

Le percentuali giustificate da rigidità molto pronunciate non previste in modo sistematico devono ispirarsi alla percentuale di anchilosi dell'articolazione interessata.

Per quanto concerne le endoprotesi di grosse articolazioni, occorre ammettere che nessuna ripristina la propriocezione e che tutte comportano taluni vincoli nella vita del soggetto portatore. Per questa ragione, la presenza di un'endoprotesi giustifica una percentuale di base del 5%.

Quando il risultato funzionale obiettivo non è soddisfacente, questi inconvenienti dell'endoprotesi sono coperti d'ufficio da quelli connessi al deficit funzionale e pertanto non è giustificato una percentuale complementare.

A) ARTO SUPERIORE **(esclusi la mano e le dita)**

Paragrafo 33: Amputazioni

Le possibilità protesiche a livello degli arti superiori non sono generalmente all'altezza, allo stato attuale, di rendere al paziente una vera e propria funzionalità, in quanto la sensibilità non viene ripristinata. Nel caso in cui sussista un miglioramento, il perito ne dovrà tenere conto nel caso concreto e diminuire ragionevolmente la percentuale indicata di seguito.

	D*	ND**
Paragrafo 33-1 Amputazione totale dell'arto superiore	65%	60%
Paragrafo 33-2 Amputazione del braccio (spalla mobile)	60%	55%
Paragrafo 33-3 Amputazione dell'avambraccio	50%	45%

* Parte dominante

**Parte non dominante

Paragrafo 34: Anchilosi e rigidità

Paragrafo 43-1: Spalla

Vi sono 6 movimenti della spalla puri combinati per assicurarne la funzione. Ciascuno di questi movimenti ha un'importanza relativa nei gesti della vita quotidiana.

I tre movimenti essenziali sono l'elevazione anteriore, l'adduzione e la rotazione interna, seguiti dalla rotazione esterna, la retropulsione e l'adduzione. Le lesioni a carico della retropulsione e dell'adduzione giustificano soltanto percentuali troppo esigue perché possano essere indicate nella tabella che segue. Esse inducono alla ponderazione della percentuale calcolata per le limitazioni degli altri movimenti.

Paragrafo 34-1-a: Anchilosi

	D	ND
Artrodesi o anchilosi in posizione di funzione		
• scapola fissata	30%	25%
• scapola mobile	25%	20%

Paragrafo 34-1-b: Rigidità

	D	ND
limitazione dell'elevazione e dell'adduzione a 60°		
• con perdita totale delle rotazioni	22%	20%
• gli altri movimenti sono completi	18%	16%
limitazione dell'elevazione e dell'adduzione a 90°		
• con perdita totale delle rotazioni	16%	14%
• gli altri movimenti sono completi	10%	8%
limitazione dell'elevazione e dell'adduzione a 130°		
• gli altri movimenti sono completi	3%	2%
Perdita isolata della rotazione interna	6%	5%
Perdita isolata della rotazione esterna	3%	2%

Paragrafo 34-2: Gomito

Solo la mobilità fra i 20 e i 120 gradi di flessione ha un'utilità pratica. I movimenti al di fuori di questo ventaglio utile hanno conseguenze molto limitate sulla vita quotidiana.

Le percentuali qui di seguito riguardano soltanto i deficit relativi al ventaglio utile considerato.

Il perito dovrà considerare il deficit d'estensione e quello di flessione, in quanto le percentuali relative sono obbligatoriamente integrate, ma non sommate. Si dovrà aggiungere, se del caso, la percentuale di un deficit di pronosupinazione.

Paragrafo 34-2-a: Anchilosi

	D	ND
Artrodesi o anchilosi in posizione favorevole		
• conservazione della pronosupinazione	24%	20%
• perdita della pronosupinazione	34%	30%

Paragrafo 34-2-b: Rigidità

	D	ND
Flessione completa ed estensione		
• limitata oltre i 90°	15%	12%
• limitata a 90°	12%	10%
• limitata a 20°	2%	1%
Estensione completa e flessione		
• fino a 120°	2%	1%
• fino a 90°	12%	10%
• oltre	15%	12%

Paragrafo 34-3: Lesione circoscritta della pronosupinazione

Paragrafo 34-3-a: Anchilosi

	D	ND
Anchilosi in posizione favorevole	10%	8%

Paragrafo 34-3-b: Rigidità

	D	ND
Rigidità nel settore della pronazione	0-6%	0-5%
Rigidità nel settore della supinazione	0-4%	0-3%

Paragrafo 34-4: Polso

Il settore utile si estende da 0 a 45 gradi per la flessione e da 0 a 45 gradi per l'estensione. I movimenti al di fuori di questo ventaglio utile hanno conseguenze molto limitate sulla vita quotidiana. Lo stesso dicasi per la deviazione radiale.

Paragrafo 34-4-a: Anchilosi

	D	ND
Artrodesi o anchilosi in posizione favorevole		
• conservazione della pronosupinazione	10%	8%
• perdita della pronosupinazione	20%	16%

Paragrafo 34-4-b: Rigidità

	D	ND
Rigidità nel settore utile		
• deficit di flessione	0-4%	0-3%
• deficit d'estensione	0-6%	0-5%
Perdita della deviazione cubitale	1,5%	1%

B) MANO

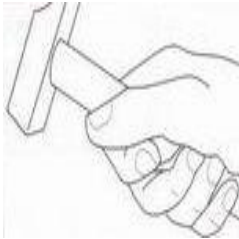
La funzione essenziale della mano è la capacità d'impugnare, condizionata dalla possibilità effettiva di prendere e afferrare. Esse presuppongono la conservazione di sufficiente estensione, mobilità e sensibilità delle dita.

Il perito dovrà in primo luogo procedere ad un esame analitico della mano.

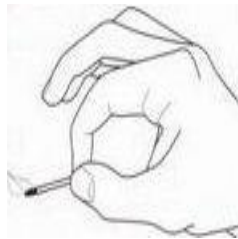
Quindi, egli dovrà verificare se i dati risultanti dall'esame effettuato sono corroborati dalla possibilità di realizzare le sei possibilità di presa fondamentali (cf: figura).

Una discordanza meriterebbe uno studio attento delle sue cause e un'eventuale correzione della percentuale di DB previsto, in quanto il limite assoluto è la perdita del valore delle dita coinvolte.

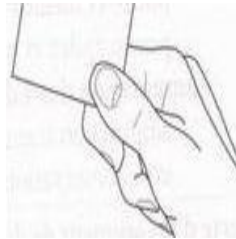
PRESE E PINZE PRINCIPALI



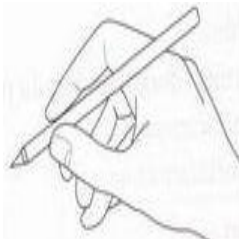
Presa di un utensile



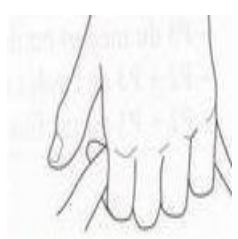
Pinza pollice-dita e pulpo-pulpare



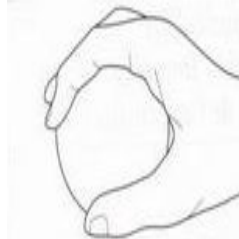
Pinza pollice latero- digitale



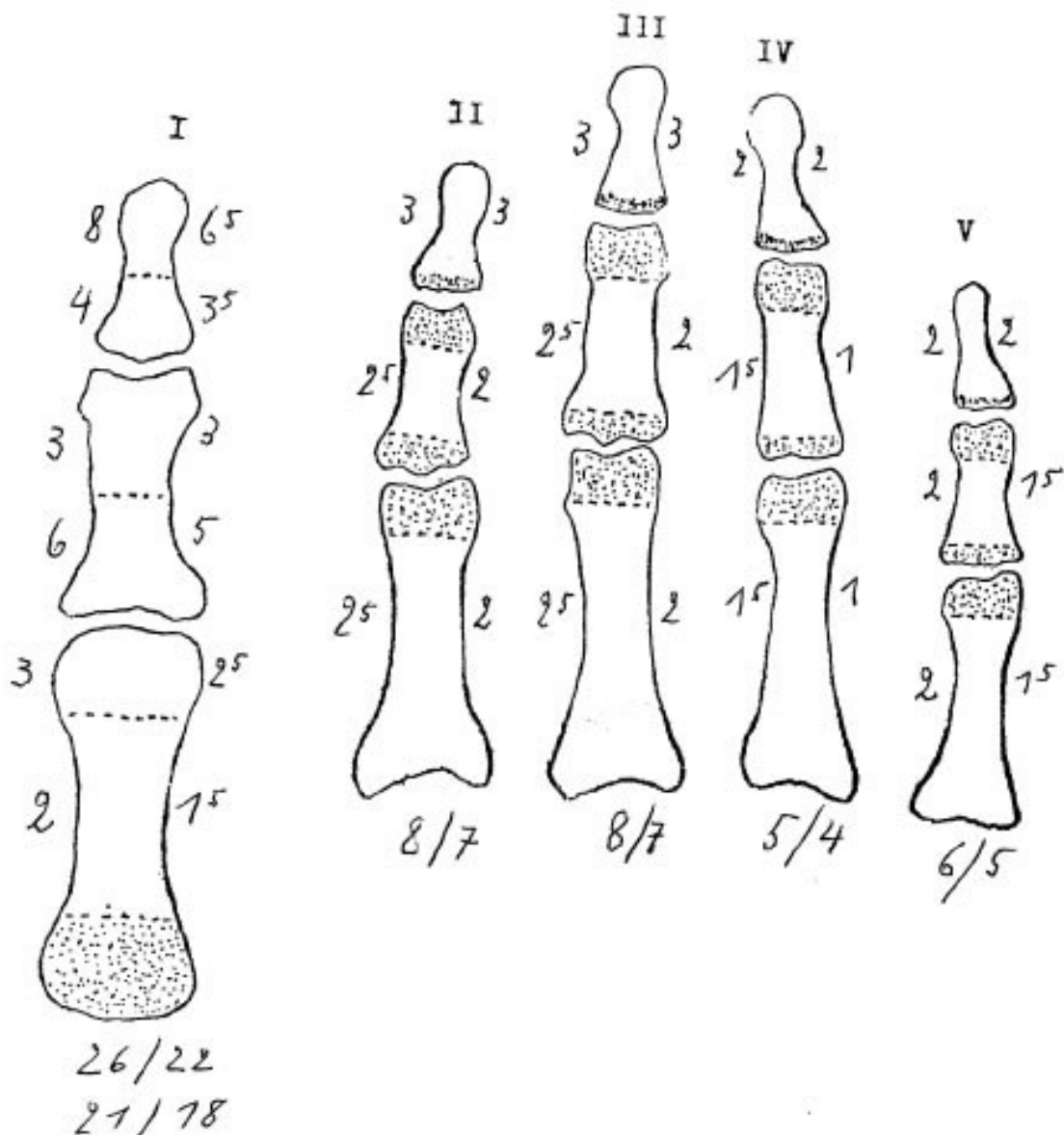
Pinza pollice tridigitale



Presa a gancio



Presa sferica



SCHEMA DELLA MANO
(Vedere Paragrafo 35-2: Amputazione delle dita)

Nello schema:

- le parti puntinate hanno valore nullo
- la percentuale attribuita a ciascun segmento copre la totalità dello stesso
- la perdita parziale di un segmento si calcola in proporzione alla perdita totale
- le percentuali previste tengono conto di disturbi sensoriali, vascolari e trofici leggeri che il medico ben sa, sono di corollario a un'amputazione digitale.

Paragrafo 35: Amputazioni

Paragrafo 35-1: Amputazione totale della mano

	D	ND
Amputazione totale della mano	50%	45%

Paragrafo 35-2: Amputazione delle dita

Paragrafo 35-2-a: Amputazione del pollice (e del metacarpo) o delle dita lunghe: si veda lo schema della mano.

	D	ND
Perdita di MC + F1 + F2	26%	22%
Perdita di F1 + F2	21%	18%
Perdita di F	12%	10%

Paragrafo 35-2-b: Amputazione di un dito lungo in tutta la sua lunghezza o in parte: si veda la percentuale sullo schema.

Paragrafo 35-2-c: Amputazione di diverse dita lunghe (perdite combinate): la semplice sommatoria delle percentuali unidigitali calcolate non tiene conto della sinergia fra le dita lunghe. Questa sinergia è differente secondo il numero di dita interessate:

- § *lesione di 2 dita lunghe: maggiorare la semplice sommatoria del 45% della percentuale calcolata;*
- § *lesione di 3 dita lunghe: maggiorare la semplice sommatoria del 65% della percentuale calcolata;*
- § *lesione di 4 dita lunghe: maggiorare la semplice sommatoria del 45% della percentuale calcolata.*

Paragrafo 35-2-d: Amputazione del pollice e di una o più dita lunghe: qui, il termine "pollice" si applica solo a F1 + F2.

La semplice sommatoria delle percentuali, rispettivamente del pollice e dell'insieme delle dita lunghe colpite (percentuale, quest'ultima, calcolata tenendo conto della sinergia interdigitale delle dita lunghe) produrrebbe una percentuale globale troppo elevata. Infatti, il valore accordato al pollice nello schema della mano vale soltanto rispetto alle dita lunghe intatte. Se esse non lo sono più, il pollice risulta deprezzato nella sua azione sinergica.

Così, alla percentuale calcolata per semplice sommatoria (percentuale del pollice + percentuale delle dita lunghe maggiorate per sinergia), sarà opportuno applicare un coefficiente di riduzione pari a:

- § *perdita a carico del pollice e di un dito: 0% (svalutazione troppo esigua per essere considerata nel conteggio);*
- § *perdita a carico del pollice e di due dita: - 5%;*
- § *perdita a carico del pollice e di tre dita: - 10%;*
- § *perdita a carico del pollice e di quattro: - 20%.*

Così, la perdita delle 4 dita lunghe della parte dominante vale 27% (8+8+5+6) a cui va aggiunto, per la sinergia, 45% di 27% = 12%. La percentuale totale è dunque 39%.

La perdita supplementare del pollice (il pollice vale in sé 21%) porta a sottrarre dalla somma pollice +4 dita lunghe (39+21) = 60% un valore uguale a 20% di 60% dunque 12%, questo tenendo conto della svalutazione della funzione della pinza.

Il valore dell'amputazione del pollice (F1 e F2) e delle 4 dita lunghe è dunque di 60-12=48%. La perdita totale della mano dominante vale 50%, resta un valore del 2% per tutti i metacarpali, dei quali l'utilità è scarsa.

Per la parte non dominante, lo stesso ragionamento porta alla percentuale del 44% per la perdita del pollice e delle 4 dita lunghe.

In caso di perdita supplementare del 1° metacarpale, la percentuale finale varierà di poco: infatti, il primo metacarpale isolato ha un valore minimo.

Per quanto concerne gli altri metacarpali, la loro influenza sulla percentuale globale è esigua, ma variabile, in quanto la loro resezione, a seconda del caso, può essere auspicabile o leggermente peggiorativa.

Paragrafo 36: Anchilosi, artrodesi e rigidità

Nelle lesioni combinate a carico di diverse dita, sarà opportuno applicare i coefficienti previsti da un lato per la sinergia delle dita lunghe e, dall'altro, per le lesioni a carico sia del pollice, sia di un dito o più dita: cfr. supra.

Paragrafo 36-1: Anchilosi

Per convenzione, chiameremo A0 l'articolazione trapezo-metacarpale del pollice; per tutte le dita: A1 significa metacarpo-falangea A2 interfalangea prossimale, A3 interfalangea distale

Per le dita lunghe, la posizione di funzione è una flessione da 20 a 30°.

Per il pollice, la posizione di funzione è un'adduzione e antepulsione di A0 e una leggera flessione di A1 e A2.

Paragrafo 36-1-a: Anchilosi del pollice in posizione favorevole

L'anchilosi di A0, A1 e A2 dà luogo a una percentuale inferiore al 75% del valore del dito considerata per le anchilosi delle dita lunghe, tenendo conto della funzione particolare del pollice. Infatti, tale anchilosi consente ancora una certa opposizione.

	D	ND
A0 + A1 +A2	16%	14%
A0	8%	7%
A1	4%	3,5%
A2	4%	3,5%
A1 + A2	8%	7%

Paragrafo 36-1-b: Anchilosi di tutte le articolazioni di un dito lungo

Paragrafo 36-1-b1: In posizione di funzione corrisponde al 75% del valore della perdita del dito, considerata la persistenza della sensibilità e una possibilità limitata d'utilizzo del dito.

	D	ND
Indice	6%	5%
Medio	6%	5%
Anulare	4%	3%
Mignolo	4,5%	4%

Paragrafo 36-1-b2: In posizione sfavorevole

Troppo flessa	D	ND
Indice	8%	7%
Medio	8%	7%
Anulare	5%	4%
Mignolo	6%	5%

Troppo estesa	D	ND
Indice	7%	6%
Medio	7%	6%
Anulare	4,5%	3,5%
Mignolo	5%	4%

Paragrafo 36-1-c: Anchilosi di una o due articolazioni di un dito lungo

Il perito farà riferimento alla percentuale di anchilosi completa del dito interessato ridotta di 1/3 o di 2/3.

Paragrafo 36-2: Rigidità

la percentuale considerata per la rigidità è in proporzione con quello previsto per l'anchilosi, tenuto conto del settore di mobilità utile di ciascuna articolazione.

Il settore di mobilità utile è, per le dita lunghe:

- A1 e A2 : indice e medio: da 20 a 80°; anulare e mignolo: da 30 a 90°;
- A3: da 20 a 70°.

Il settore di mobilità utile per le articolazioni del pollice si situa attorno alla loro posizione favorevole

Paragrafo 37: Disturbi della sensibilità palmare

I disturbi della sensibilità del dorso della mano non hanno ripercussioni funzionali e non giustificano quindi una percentuale di DB.

Le percentuali previste comprendono le parestesie leggere e i disturbi trofici discreti che, come il medico ben sa, accompagnano solitamente il leggero neuroma che segue una resezione nervosa.

Nelle lesioni combinate a carico di diverse dita, sarà opportuno applicare i coefficienti previsti da un lato per la sinergia delle dita lunghe, e dall'altro per le lesioni a carico sia del pollice, sia di uno o più dita: cfr. supra.

Paragrafo 37-1: Anestesia

La percentuale considerata corrisponde al 75% della percentuale prevista per la perdita anatomica del o dei segmenti del dito o delle dita interessato/e.

Paragrafo 37-2: Ipoestesia

La percentuale considerata si aggira fra il 50% e il 75% della percentuale prevista per la perdita anatomica del o dei segmenti del dito o delle dita interessato/e, a seconda dell'importanza e dell'ubicazione dell'ipoestesia e del dito colpito (capacità di prensione a pinza).

C) ARTO INFERIORE

Paragrafo 38: Amputazioni

Un'amputazione a livello dell'arto inferiore, fatta eccezione per l'amputazione a livello del piede, non consente al paziente né la deambulazione, né la posizione eretta. Le percentuali proposte sono quelle corrispondenti ad un soggetto dotato di protesi adeguata. Se la protesi non dovesse risultare soddisfacente, il perito valuterà la percentuale in funzione della tolleranza della protesi e del suo risultato. La percentuale non potrà superare quella dell'amputazione relativa.

Paragrafo 38-1 Disarticolazione dell'anca o amputazione alta della coscia non protesizzabile	65%
Paragrafo 38-2 Disarticolazione unilaterale dell'anca o amputazione alta della coscia senza appoggio ischiatico	60%
Paragrafo 38-3 Amputazione della coscia	50%
Paragrafo 38-4 Disarticolazione del ginocchio	40%
Paragrafo 38-5 Amputazione della gamba	30%
Paragrafo 38-6 Amputazione tibio-tarsica	25%
Paragrafo 38-7 Amputazione medio o transmetatarsica	20%
Paragrafo 38-8 Amputazione delle 5 dita del piede e del primo metatarso	12%
Paragrafo 38-9 Amputazione dell'alluce e del primo metatarso	10%
Paragrafo 38-10 Amputazione delle due falangi dell'alluce	6%

Paragrafo 39: Anchilosi e rigidità

Paragrafo 39-1: Anca

Flessione: a 90° consente di effettuare la maggior parte degli atti della vita quotidiana; al 70° sono consentiti la posizione da seduti e i movimenti necessari per salire le scale; a 30° è possibile camminare.

Adduzione: a 20° è praticamente possibile effettuare tutti gli atti della vita quotidiana.

Adduzione: riveste poca importanza dal punto di vista pratico.

Rotazione esterna: solo i primi 30° sono utili.

Rotazione interna: 10° sono sufficienti per effettuare la maggior parte degli atti della vita quotidiana.

Estensione: a 20° è possibile camminare e effettuare i movimenti necessari per salire le scale.

Il dolore è un elemento essenziale che condiziona l'utilizzo dell'anca nella vita quotidiana (sia per camminare che per la posizione eretta): le percentuali proposte ne tengono debitamente conto.

Paragrafo 39-1-a: Anchilosi

Anca in buona posizione	30%
----------------------------	-----

Paragrafo 39-1-b: Rigidità

Paragrafo 39-1-b1: Forte rigidità per svariati movimenti

con i segni che l'accompagnano (radiologici, amiotrofia, ecc.) questa situazione risulta più grave di un'anchilosi.	fino al 40%
---	-------------

Paragrafo 39-1-b2: Presupponendo che gli altri movimenti si possano effettuare al completo

Perdita totale della flessione	17%
Flessione	
• limitata a 30°	13%
• limitata a 70°	7%
• limitata a 90°	4%
Perdita totale dell'estensione	2%
Flessione irriducibile di 20°	4%
Perdita totale dell'adduzione	6%
Perdita totale dell'adduzione	1%
Perdita totale della rotazione esterna	3%
Perdita totale della rotazione interna	1%

Paragrafo 39-2: Ginocchio

Flessione: 90° consentono di compiere la metà, ma soprattutto i più importanti atti della vita di tutti i giorni (camminare, sedersi, usare le scale, ecc) ; 110° consentono i ¾ degli atti della vita quotidiana, mentre con 135° si è in grado di compierli tutti.

Estensione: un deficit d'estensione inferiore ai 10° è compatibile con i ¾ degli atti della vita quotidiana.

Paragrafo 39-2-a: Anchilosi

Ginocchio in buona posizione	25%
--	------------

Paragrafo 39-2-b: Rigidità

Flessione <ul style="list-style-type: none">• limitata a 30°• limitata a 50°• limitata a 70°• limitata a 90°• limitata a 110°	20% 15% 10% 5% 2%
Deficit d'estensione <ul style="list-style-type: none">• inferiore a 10°• da 10°• da 15°• da 20°• da 30°	0% 3% 5% 10% 20%

Paragrafo 39-2-c: Lassità (non protesizzate)

Laterale <ul style="list-style-type: none">• meno di 10°• superiore a 10°	0-5% 5-10%
Anteriore <ul style="list-style-type: none">• isolata• rotatoria	2-5% 5-10%
Posteriore <ul style="list-style-type: none">• isolata	3-7%

• rotatoria	7-12%
Rotatoria complessa	10-17%

Paragrafo 39-2-d: Deviazioni assiali

Ginocchio valgo <ul style="list-style-type: none"> • meno di 10° • da 10 a 20° • superiore a 20° 	0-3% 3-10% 10-20%
Ginocchio varo <ul style="list-style-type: none"> • meno di 10° • da 10 a 20° • superiore a 20° 	0-4% 4-10% 10-20%

Paragrafo 39-2- e: Sindromi femoro-rotulee

Sindromi femoro-rotulee	0-8%
-------------------------	------

Paragrafo 39-2- f: Postumi da lesioni a carico del menisco

Postumi da lesioni a carico del menisco	0-5%
---	------

Paragrafo 39-3: Caviglia e piede

Paragrafo 39-3-a: Articolazione tibioastraglica

Con 20° di flessione plantare, si può effettuare più della metà degli atti della vita quotidiana, con il 35° si possono realizzare tutti.

Con 10° di flessione dorsale è possibile praticamente effettuare tutti gli atti della vita quotidiana.

La perdita di alcuni gradi di flessione dorsale provoca maggiori fastidi della perdita dello stesso grado di flessione plantare, considerata la debole corsa in flessione dorsale.

Paragrafo 39-3-a1: Anchilosi

• in posizione di funzione con avampiede morbido	10%
--	-----

Paragrafo 39-3-a2: Rigidità

Perdita totale della flessione plantare	5%
Perdita totale della flessione dorsale	5%
Flessione plantare <ul style="list-style-type: none">• da 0 a 10°• da 0 a 20°• da 0 a 30°	5% 4% 2%
Flessione dorsale <ul style="list-style-type: none">• da 0 a 5°• da 0 a 10°• da 0 a 15°	5% 3% 1%
Equinismo irriducibile	fino al 15%

Paragrafo 39-3-a3: Lassità

Lassità	2-6%
---------	-------------

Paragrafo 39-3-b: Articolazione subastragalica

Valgus: con 5° è praticamente possibile effettuare tutti gli atti della vita quotidiana.

Varus: con 5° si può effettuare più della metà degli atti della vita quotidiana, con 15° si possono realizzare tutti.

La perdita del valgo è più invalidante di quella del varo, in quanto l'anchilosi in varo è meno ben tollerata rispetto a quella in valgo.

Paragrafo 39-3-b1: Anchilosi

• in buona posizione	7%
• in varo	9%
• in valgo	8%

Paragrafo 39-3-b2: Rigidità

Limitazione della metà	3%
Limitazione di un terzo	2%

Paragrafo 39-3-c: Articolazioni medio-tarsali (CHOPART) e tarso-metatarsali (LISFRANC)

Paragrafo 39-3-c1: Anchilosi

Mediotarsali (Chopart)	2%
Tarso-metatarsali (Lisfranc)	4%

Paragrafo 39-3-c2: Rigidità

Limitazione della metà	3%
------------------------	----

Paragrafo 39-3-d: Articolazioni metatarsali falangi – dita del piede

Paragrafo 39-3-d1: Anchilosi

Metatarso delle falangi dell'alluce, secondo la posizione	2-3%
Anchilosi delle dita da 2 a 5, in buona posizione	0-2%

Paragrafo 39-3-d2: Rigidità

Per la determinazione della percentuale di rigidità, il perito dovrà far riferimento alle percentuali proposte per le anchilosi.

Paragrafo 39-3-e: Anchilosi combinate

Anchilosi combinate	
• tibioastraglica e subastraglica, medio tarsale e avampiede morbidi	17%
• tibioastraglica e subastraglica con mobilità ridotta della mediotarsale e dell'avampiede	20%
• sovrastraglica e mediotarsale in buona posizione, altre articolazioni libere	9%
• tibioastraglica e subastraglica, medio tarsale e avampiede morbidi	19%
• tibioastraglica e subastraglica, medio tarsale e tarsometatarsale	23%
• idem con anchilosi delle dita	25%

Paragrafo 40: Accorciamenti non compensati

Fino a 5 cm	8%
Fino a 4 cm	6%
Fino a 2 cm	2%
Fino a 1 cm	0%

D) RACHIDE

Le situazioni non descritte si valutano mettendo a confronto situazioni cliniche descritte e quantificate.

Paragrafo 41: Rachide cervicale

Senza complicanze neurologiche

Paragrafo 41-1: Senza lesioni ossee o discollegamentose documentate

Dolori a intermittenza provocati da cause precise, sempre le stesse, che implicano, su richiesta, l'assunzione di analgesici e/o antinfiammatori con diminuzione minima dei movimenti.	fino al 3%
--	-------------------

Paragrafo 41-2: Con lesioni ossee o discollegamentose documentate

Paragrafo 41-2-a Dolori molto frequenti con difficoltà funzionale permanente che impone che si prendano precauzioni per effettuare qualsiasi movimento, vertigini e cefalee posteriori associate alle vertigini <ul style="list-style-type: none">• con rigidità molto forte su vari livelli, secondo il numero di livelli• lasciando persistere qualche movimento della nuca	15-25% 10-15%
Paragrafo 41-2-b Dolori frequenti con limitazione clinicamente riscontrabile dell'ampiezza dei movimenti, vincolo terapeutico reale ma intermittente	3-10%
Paragrafo 41-2-c Artrodesi o anchilosi asintomatiche, secondo il numero di livello	3-10%

Con complicanze neurologiche o vascolari

Cfr. il capitolo relativo (sistema nervoso)

Paragrafo 42: Rachide toracico, lombare e cerniera lombosacrale

Senza complicanze neurologiche

Paragrafo 42-1: Senza lesioni ossee o discollegamentose documentate

Dolori a intermittenza scatenati da cause precise che implicano su richiesta una terapia adeguata, che prevede di evitare sforzi importanti e/o prolungati, associati a una discreta rigidità segmentale	fino al 3%
--	-------------------

Paragrafo 42-2: Con lesioni ossee o discollegamentose documentate

Paragrafo 42-2-a Rachide toracico: <ul style="list-style-type: none">• rigidità attiva e fastidio doloroso compiendo qualsiasi movimento in tutte le posizioni, necessaria una terapia regolare• fastidio permanente con dolore interscapolare, disturbi della stasi, schiena cava, perdita della cifosi toracica radiologica, vincoli terapeutici	3-10% 10-15%
Paragrafo 42-2-b <i>Rachide lombare e cerniera toracicolombare e lombosacrale</i> <ul style="list-style-type: none">• rigidità attiva e fastidio doloroso compiendo qualsiasi movimento in tutte le posizioni, necessaria una terapia regolare• Dolori molto frequenti con difficoltà permanente che impone che si prendano precauzioni per effettuare qualsiasi movimento, con grave rigidità segmentare dei movimenti, limitazione riscontrabile clinicamente• situazioni cliniche e radiologiche eccezionalmente gravi	3-10% 10-15% fino al 25%

Con complicanze neurologiche

Cfr. il capitolo relativo (lesioni a carico del midollo)

Paragrafo 43: Coccige

Coccigodinie	fino al 3%
--------------	-------------------

E) BACINO

Paragrafo 44 Dolori a seguito di una frattura di una branca ischiopubica	fino al 2%
Paragrafo 45 Dolori e/o instabilità della sinfisi pubica	2-5%
Paragrafo 46 Dolori post disgiunzione o frattura sacro-iliaca	2-5%
Paragrafo 47 Dolori e instabilità della sinfisi pubica e dell'articolazione sacro-iliaca associate <ul style="list-style-type: none">• senza alterazione statica del bacino, né danno alla deambulazione• con alterazione statica del bacino e danno alla deambulazione	5-8% 8-18%

IV.
SISTEMA CARDIO -
RESPIRATORIO





IV - SISTEMA CARDIO -RESPIRATORIO

Le situazioni non descritte si valutano mettendo a confronto situazioni cliniche descritte e quantificate.

A) CUORE

Facendo riferimento alla classificazione che segue, che si ispira a quella della New York Heart Association (NYHA), l'esperto si basa sulle manifestazioni funzionali espresse dal paziente, sull'esame clinico dello stesso e sui vari esami complementari (ECG, ecodoppler, prova sotto sforzo, ecografia transesofagica, cateterisma, ecc.).

Fra i dati tecnici, la frazione d'ieiezione ha un'importanza primaria per la quantificazione oggettiva dei postumi.

Inoltre, il perito dovrà tener conto del vincolo terapeutico e della vigilanza che esso implica.

Paragrafo 48: Postumi cardiologici

Paragrafo 48-1 Sintomatologia funzionale anche a riposo confermata dai dati clinici (svestendosi e rivestendosi, esame clinico) e paraclinici. Vincolo terapeutico importante, frequenti ricoveri. Frazione d'ieiezione <20%	55% e oltre
Paragrafo 48-2 Limitazione funzionale compiendo modesti sforzi con manifestazione d'incompetenza miocardica (edema polmonare) o associata a complicanze vascolari periferiche o disturbi complessi del ritmo con vincolo terapeutico importante e stretta vigilanza. Frazione d'ieiezione da 20% a 25%	45-55%
Paragrafo 48-3 Idem con vincolo terapeutico importante e/o in caso di disturbi associati del ritmo Frazione d'ieiezione da 25% a 30%	40-45%
Paragrafo 48-4 Limitazione funzionale che pregiudica l'attività ordinaria (camminata rapida) alterazione netta dei parametri ecografici o ecodoppler. Intolleranza allo sforzo con anomalie all'ECG sotto sforzo con vincolo terapeutico Frazione d'ieiezione da 30% a 35%	35-40%
Paragrafo 48-5 Limitazione funzionale presunta per sforzi ordinari (2 stadi), confermata dall'ECG sotto sforzo o dalla presenza di segni di disfunzione miocardica. Controindicazione degli sforzi fisicamente vincolanti e vincolo terapeutico con vigilanza cardiaca intensa. Frazione d'ieiezione da 35% a 40%	25-35%

<p>Paragrafo 48-6</p> <p>Limitazione funzionale presunta per sforzi evidenti (significativi) con segni di disfunzione miocardica (ecodoppler, cateterisma, ecc.) e vincoli terapeutici e vigilanza ravvicinata. Frazione d'eiezione da 40% a 50%</p>	15-25%
<p>Paragrafo 48-7</p> <p>Limitazione funzionale presunta per sforzi sostanziali (sport) senza segni di disfunzione o ischemia miocardica e vincoli terapeutici e vigilanza regolare. Frazione d'eiezione da 50% a 60%</p>	8-15%
<p>Paragrafo 48-81</p> <p>Nessuna limitazione funzionale. Buona tolleranza allo sforzo; a seconda del vincolo terapeutico e/o della vigilanza regolare Frazione d'eiezione > 60%</p>	fino all'8%

Paragrafo 49: Trapianto

L'eventualità di un trapianto tiene conto del forte vincolo terapeutico e della vigilanza particolarmente stretta concernente questi pazienti.

Secondo il risultato funzionale e la tolleranza agli immunodepressori	25-30%
---	---------------

B) APPARATO RESPIRATORIO

A prescindere dall'origine della lesione polmonare, la valutazione dovrà basarsi sull'importanza dell'insufficienza respiratoria cronica che verrà valutata in base a quanto segue:

- importanza della dispnea, graduata con riferimento alla scala clinica delle dispnee di Sadoul:

STADIO O CLASSE	DESCRIZIONE
1	Dispnea per gli sforzi importanti oltre il secondo stadio
2	Dispnea camminando su un leggero pendio, o con passo rapido, o al primo piano
3	Dispnea camminando normalmente su terreno pianeggiante
4	Dispnea camminando lentamente
5	Dispnea al minimo sforzo

- l'esame clinico effettuato da uno specialista in pneumologia;

- gli esami complementari già effettuati o richiesti nell'ambito della perizia, tenendo presente che essi non dovranno obbligatoriamente essere invasivi.

Si tratta, a titolo d'esempio, della tomografia, dell'endoscopia, della gasometria, della spirometria, delle prove funzionali respiratorie e dei prelievi di sangue come EMS/CV, FEF, SaO₂, CPT, CV, TLCO/VA, Pa O₂, Pa CO₂:

C.V.: Capacità Vitale, *C.P.T.*: Capacità polmonare totale, *V.E.M.S.*: Volume espiratorio massimo al secondo, *F.E.F.*: Flusso espiratorio forzato, *Pa O₂*: Pressione parziale d'ossigeno arteriosa, *Pa CO₂*: Pressione parziale di biossido di carbonio arteriosa, *Sa O₂*: saturazione ossiemoglobinica arteriosa, *TLCO/VA*: valore della capacità di trasferimento del monossido di carbonio rispetto al volume alveolare.

Paragrafo 50: Perdita anatomica totale o parziale di un polmone

Perdita totale	15%
Perdita di un lobo	5%

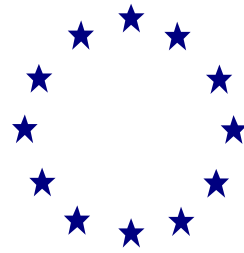
Queste percentuali sono cumulabili con la percentuale di DB corrispondente all'eventuale insufficienza respiratoria associata.

Paragrafo 51: Insufficienza respiratoria cronica

Paragrafo 51-1 Dispnea al minimo sforzo (svestizione/vestizione) con § CV o CPT inferiore al 50% § VEMS inferiore al 40% § ipossiemia a riposo (PaO ₂) inferiore a 60 mm Hg. Associata o meno a un disturbo della capnia (PaCO ₂) con eventuale necessità di ossigenoterapia di lunga durata (> 16 h/dì) o di una tracheotomia o assistenza ventilatoria intermittente	50 % e oltre
Paragrafo 51-2 Dispnea camminando su terreno pianeggiante al proprio ritmo con § CV o CPT fra 50-60% § VEMS fra 40-60% § ipossiemia a riposo (PaO ₂) fra 60 e 70mmHg	30-50%
Paragrafo 51-3 Dispnea camminando normalmente su terreno pianeggiante con § CV o CPT fra 60-70% § VEMS fra 60-70% § TLCO/VA inferiore a 60%	15-30%
Paragrafo 51-4 Dispnea salendo un piano di scale con passo rapido o in leggera salita con § CV o CPT fra 70-80% § VEMS fra 70-80% § TLCO/VA fra 60 e 70%	5-15%
Paragrafo 51-5 Dispnea a fronte di sforzi importanti con alterazione minore delle prove funzionali	2-5%

Paragrafo 52: Postumi dolorosi persistenti a seguito di toracotomia fino al 5%

V.
SISTEMA
VASCOLARE





V - SISTEMA VASCOLARE

Le situazioni non descritte si valutano mettendo a confronto situazioni cliniche descritte e quantificate.

Paragrafo 53: Postumi a carico dei sistemi arterioso, venoso e linfatico

La percentuale terrà conto degli eventuali vincoli terapeutici e/o della sorveglianza medica, per esempio in caso di protesi che non giustifichi, di per sé, una percentuale di DB.

Paragrafo 53-1: Arterie

Paragrafo 53-1-a Arto inferiore § Denuncia dolori allo sforzo (claudicazione intermittente) § Denuncia dolori a riposo (dolori ischemici spontanei) § Idem con necrosi del tessuto che può comportare eventualmente amputazione	5-15% 15-25% 25 % e oltre
Paragrafo 53-1-b Arto superiore <i>Secondo i disturbi funzionali (per esempio perdita delle forze, ipotermia, ecc.)</i>	5-10%

Paragrafo 53-2: Vene

Si tratta indiscutibilmente di postumi da flebite che dovranno essere valutati considerando un'eventuale situazione progressa.

Paragrafo 53-2-a Disturbo alla deambulazione, edema prolungato permanente misurabile che impone in via definitiva l'applicazione di calze contenitive, dermatite ocre e ulcere recidivanti	10-15%
Paragrafo 53-2-b Disturbo alla deambulazione, edema prolungato permanente misurabile che impone in via definitiva l'applicazione di calze contenitive, dermatite ocre	4-10%
Paragrafo 53-2-c Sensazione di gamba pesante con edema serotino verificabile	fino al 4%

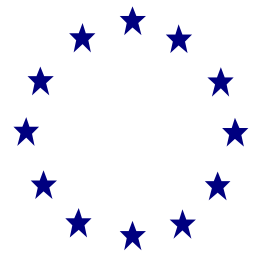
Paragrafo 53-3: Sistema linfatico (linfedema)

Paragrafo 53-3-a Arto superiore	fino al 10%
Paragrafo 53-3-b Arto inferiore	<i>si vedano i postumi a carico del sistema venoso</i>

Paragrafo 54: Splenectomia totale

Paragrafo 54-1 Con vincoli terapeutici importanti	15%
Paragrafo 54-2 Asintomatica	5%

VI.
APPARATO
DIGERENTE





VI- APPARATO DIGERENTE

Le situazioni non descritte si valutano mettendo a confronto situazioni cliniche descritte e quantificate.

Paragrafo 55: Stomie cutanee definitive e incontinenze totali

Paragrafo 55-1: Stomie protesizzate

Colostomia, ileostomia	30%
------------------------	-----

Paragrafo 55-2: Incontinenza fecale

Senza possibilità di controllo	45%
--------------------------------	-----

Paragrafo 56: Disturbi comuni alle varie lesioni a carico dell'apparato digerente

La percentuale comprende quella inerente alla perdita organica

Paragrafo 56-1 Grave sindrome di malassorbimento	60%
Paragrafo 56-2 Impone un controllo medico frequente , terapia costante, regime dietetico rigoroso con ripercussioni sullo stato generale	30%
Paragrafo 56-3 Impone un controllo medico regolare , terapia quasi permanente, regime dietetico rigoroso con ripercussioni a livello sociale	20%
Paragrafo 56-4 Impone un controllo medico periodico , terapia intermittente, precauzioni a livello di dieta senza ripercussioni sullo stato generale	10%

Paragrafo 57: Epatiti

Paragrafo 57-1: Senza cirrosi

Le percentuali si basano sul punteggio METAVIR che presenta il vantaggio di essere stato elaborato specificamente per l'epatite.

Esso viene calcolato a partire da 2 parametri: quello di attività e quello di fibrosi:

Indice d'attività	Indice di fibrosi
A0: attività assente	F0: assenza di fibrosi
A1: attività assente	F1: fibrosi portale senza formazione di setto
A2: attività moderata	F2: fibrosi portale con formazione di alcuni setti
A3: attività grave	F3: fibrosi portale con formazione di numerosi setti senza cirrosi
	F4: cirrosi

Le percentuali proposte saranno quindi i seguenti

Paragrafo 57-1-a Epatite persistente (cronica attiva)	20%
Paragrafo 57-1-b Indice Metavir superiore a A1 F1, inferiore a F4	10%
Paragrafo 57-1-c Indice Metavir pari o inferiore a A1 F1	5%

Paragrafo 57-2: Con cirrosi (vale a dire con indice metavir superiore a F4)

Le percentuali si basano sulla classificazione di Child-Pugh:

Indicazione del gruppo	A	B	C
Bilirubina sierosa (mmol/l)	meno di 34,2	da 34,2 a 51,3 %	più di 51,3
Albumina sierosa (g/l)	più di 35	da 30 a 35	meno di 30
Ascite	nessuna	facilmente sotto controllo	difficile da controllare
Disturbi neurologici	nessuno	minimi	coma avanzato
Stato nutrizionale	eccellente	buono	mediocre, debolezza muscolare

Le percentuali proposte sono i seguenti:

Paragrafo 57-2-a Classe 3: insufficienza epatica grave Child C	70% e oltre
Paragrafo 57-2-b Classe 2: Child B	40%
Paragrafo 57-3-c Classe 1: Child A	20%

VII.
APPARATO
URINARIO





VII - APPARATO URINARIO

Le situazioni non descritte si valutano mettendo a confronto situazioni cliniche descritte e quantificate.

Paragrafo 58: Perdita di un rene non sostituito, funzione renale normale o rimasta allo stato progressivo

Percentuale della perdita di un organo interno nel suo contesto psicologico e culturale particolare	15%
---	-----

Paragrafo 59: Insufficienza renale

Paragrafo 59-1 Clearance della creatinina inferiore ai 10 ml/mn. Necessità di ricorso alla dialisi in un centro o in autodialisi; secondo complicanze	35-65%
Paragrafo 59-2 Clearance della creatinina fra 10 e 30 ml/mn. Alterazione dello stato generale. Dieta rigorosa e vincoli terapeutici gravosi	25-35%
Paragrafo 59-3 Clearance della creatinina fra 30 e 60 ml/mn. TA minima inferiore a 12. Astenia, necessità di seguire la dieta e una terapia medica rigorosa	15-25%
Paragrafo 59-4 Clearance della creatinina fra 60 e 80 ml/mn. con TA < o = 16/9, in funzione della dieta, dell'alterazione dello stato generale e delle terapie	5-15%

Nel caso particolare in cui la funzione renale viene alterata in un nefrectomizzato unilaterale, la percentuale della perdita anatomica non è cumulabile, ma la percentuale minima proposta per l'alterazione della funzione renale è del 15%.

Paragrafo 60: Trapianto

Secondo tolleranza ai trattamenti corticoidali e agli immunodepressori	10-20%
<i>In caso d'insufficienza renale, imputabile, far riferimento alla tabella sopra</i>	

Paragrafo 61: Incontinenza

Senza possibilità di controllo	30%
--------------------------------	-----

Paragrafo 62: Stomia

Protesizzata	15%
--------------	-----

VIII.
APPARATO
RIPRODUTTIVO





VIII – APPARATO RIPRODUTTIVO

Le situazioni non descritte si valutano mettendo a confronto situazioni cliniche descritte e quantificate.

Le ripercussioni endocrine eventuali non vengono comprese nelle percentuali.

Le percentuali non includono le conseguenze sulla differenziazione sessuale quando la lesione si verifica in età prepuberale.

Talune di queste percentuali caratterizzano la perdita dell'organo nel suo contesto socioculturale.

A) DONNA

Paragrafo 63: Perdita di un organo

Paragrafo 63-1 Isterectomia	6%
Paragrafo 63-2 Ovariectomia <ul style="list-style-type: none">• bilaterale• unilaterale	12% 6%
Paragrafo 63-3 Mastectomia <ul style="list-style-type: none">• bilaterale• unilaterale	25% 10%

Paragrafo 64: Sterilità

Inaccessibile definitivamente a qualsiasi tecnica medica di procreazione assistita in un individuo che era atto alla procreazione, percentuale comprendente la perdita degli organi	25%
---	------------

B) UOMO

Paragrafo 65: Perdita di un organo

Paragrafo 65-1 Orchiectomia <ul style="list-style-type: none">• bilaterale• unilaterale	15% 6%
Paragrafo 65-2 Perdita del pene	40%

Paragrafo 66: Sterilità

In un individuo in grado di procreare, percentuale che include la perdita dei testicoli	25%
---	-----

Se vi è inoltre una perdita del pene, la percentuale combinata della perdita degli organi e della sterilità è pari al 45%.

IX.
SISTEMA
GHIANDOLARE
ENDOCRINO





IX. SISTEMA GHIANDOLARE ENDOCRINO

Le situazioni non descritte si valutano mettendo a confronto situazioni cliniche descritte e quantificate.

I problemi di nesso di causa sono in questo caso quelli di maggior difficoltà. Infatti, è estremamente raro osservare e valutare un danno fisico costituito unicamente dal un deficit endocrino isolato.

In questo caso maggiormente che in altri, è opportuno adottare una decisione in funzione degli esami clinici e degli altri test complementari effettuati presso uno specialista.

La valutazione si effettuerà in funzione dell'adattamento al trattamento, del suo controllo e della sua efficacia.

Paragrafo 67: Ipofisi

Paragrafo 67-1 Panipopituitarismo (rappresentato da un deficit totale delle funzioni ipofisarie anteriore e posteriore) che comporta la necessità di una terapia sostitutiva e di una sorveglianza clinica e biologica regolare, a seconda dell'efficacia della terapia	20-45%
Paragrafo 67-2 Diabete insipido, valutato in funzione del controllo terapeutico della poliuria e della sua efficacia	5-20%

Paragrafo 68: Tiroide

Paragrafo 68-1 Ipertiroidismo con alterazione delle costanti biologiche, tremori, esoftalmia senza ripercussioni sulla vista. Idem, con ripercussioni su altri organi e/o funzioni.	5-8% 8-30%
Paragrafo 68-2 Ipotiroidismo (eccezionalmente post traumatico)	fino al 5%

Paragrafo 69: Paratiroide

Paragrafo 69-1 Ipoparatiroidismo , essenzialmente, secondo perturbazione dei dosaggi biologici (calcemia, fosforemia, paratormone) e il disturbo causato dalla persistenza dei segni clinici	5-15%
---	--------------

Paragrafo 70: Pancreas-diabete

Paragrafo 70-1 Diabete non insulino-dipendente Non è mai direttamente post-traumatico. Quando viene definita l'imputabilità in funzione della natura dei segni clinici, dei vincoli di vigilanza e terapeutici.	5-10%
Paragrafo 70-2 Diabete insulino-dipendente <i>L'insorgenza di questo tipo di diabete pone spesso problemi di causalità, salvo quando è la conseguenza di lesioni pancreatiche importanti.</i> <i>La percentuale sarà valutata in funzione della sua stabilità, delle ripercussioni sulla vita di relazione e dei vincoli terapeutici, oltre che della vigilanza.</i> - Diabete scompensato con malesseri, ripercussioni sullo stato generale, che richiedono una vigilanza biologica stretta. - Diabete ben compensato con trattamento insulinico semplice in funzione dei vincoli di vigilanza. <i>In caso di complicanze seguite da postumi permanenti, far riferimento alle relative specializzazioni.</i>	20-40% 15-20%

Paragrafo 71: Ghiandole surrenali

Insufficienza surrenale: in funzione del vincolo collegato alla terapia e alla vigilanza	10-25%
---	---------------

Paragrafo 72: Gonadi

Secondo il risultato della terapia sostitutiva	10-25%
---	---------------

X.
APPARATO
CUTANEO





X. APPARATO CUTANEO USTIONI PROFONDE O CICATRIZZAZIONI PATOLOGICHE

Le situazioni non descritte si valutano mettendo a confronto situazioni cliniche descritte e quantificate.

Paragrafo 73: Postumi cutanei

(le percentuali proposte tengono conto essenzialmente dei postumi cutanei e non includono le conseguenze estetiche e le limitazioni dei movimenti)

Secondo la percentuale di superficie cutanea delle lesioni

Paragrafo 73-1 Inferiore al 10%	5%
Paragrafo 73-2 Dal 10 al 20%	10%
Paragrafo 73-3 Dal 20 al 60%	10-25%
Paragrafo 73-4 Più del 60%	25-50%

INDICE ANALITICO

A

Accorciamenti	49
Acufene	30
Acutezza (uditiva)	29
Acutezza (visiva)	26
Aerazione nasale (disturbi della)	30
Afachia	28
Afasia	16
Afonia	30
Alessia	17
Alzheimer (demenza di tipo)	18
Amputazioni (arto inferiore)	44
Amputazioni (arto superiore)	34
Anca	44
Anchilosi (arto inferiore)	44
Anchilosi (arto superiore)	34
Annessi dell'occhio	28
Anosmia	30
Anulare	42
Apragmatismo	17
Arterioso (postumi a carico del sistema)	61
Articolatore dentale (disturbi dell')	31

B

Bacino	52
--------	----

C

Campo visivo	27
Cauda equina (sindrome della)	16
Caviglia	47
Cecità	26
Cervicale (rachide, ecc.)	50
Circonflesso (nervo)	21
Cirrosi	66
Coccige	51
Cognitivi (deficit, disturbi)	16, 18
Cristallino (lesioni del)	28
Cuore	55

D

Deafferentazione (dolori da)	19
Deficit misti	18
Demenza	18
Denti	31
Depressivo (stato)	20
Diabete	78
Digerente (apparato)	65
Disfonia	30
Dispnea	56
Distraibilità	17
Dita	38

E

Emianopsia	27
Emiplegia	16
Endocrino (sistema ghiandolare)	77
Endoprotesi (articolari)	34
Epatite	66
Epilessia	18
Equilibrio (disturbi dell')	30
Equinismo	47
Eteroforia	28

F

Facciale (paresi del nervo)	21
Femorale (nervo)	22
Femoro-rotulea (sindrome)	47
Fibrosi (epatica)	66
Fibulare (nervo)	22
Flebite (postumi a carico del sistema venoso)	61
Frontale (sindrome)	17

G

Ghiandolare (sistema)	77
Ghiandole surrenali	78
Ginocchio	44, 45
Gomito	35
Gonadi	78

I J K

Incontinenza fecale	65
Incontinenza	69
Indice	42
Iniziativa (perdita dell')	17
Ipertiroidismo	77
Ipofisi	77
Iposmia	30
Ipotiroidismo	77
Isterectomia	73
Korsakoff (sindrome)	17

L

Lassità (caviglia)	47
Lassità (ginocchio)	46
Linfedema	61
Lingua	31
Lombare (rachide)	51
Lombosacrale (cerniera)	51

M

Mandibolare (disfunzione)	31
Mano	37
Mastectomia	73
Mediano (nervo)	21
Medio	42
Memoria	17
Mignolo	42
Milza (cfr. splenectomia)	62

N

Nasale (disturbi dell'aerazione)	30
Nervo circonflesso	21
Nervo facciale	21
Nervo femorale	22
Nervo fibulare	22
Nervo grande ipoglosso	21
Nervo glossofaringeo	21
Nervo mediano	21
Nervo muscolocutaneo	21
Nervo otturatore	22
Nervo radiale	21
Nervo sciatico	22
Nervo spinale	21
Nervo tibiale	22
Nervo toracico superiore	21
Nervo trigemino	21
Nervo ulnare	21
Nevrosi traumatica	20

O

Occhio (perdita della vista)	26
Oculomotricità (disturbi della)	27
Oftalmologia	26
Olfatto (disturbi dell')	30
Mastectomia	73
Ossigenoterapia	57
Otturatore (nervo)	22
Ovariectomia	73

P

Parafasia	17
Paraplegia	16
Parairoide	77
Pene (amputazione)	73
Perdita dei denti	31
Piede	47
Pinze fondamentali	38
Plesso brachiale	21
Pollice	41
Polmone	57
Postrumatica (sindrome)	17
Prensione	43
Prese fondamentali	38
Procreazione	73
Protesi articolare	34
Protesi vascolare	61
Prove funzionali respiratorie	57
Pseudoafachia	28
Psichiatria	20
Psicotici (disturbi)	20
Polso	37

Q

Quadrantopsia	27
---------------	----

R

Rachide	50
Radiale (paralisi)	21
Renale (insufficienza)	69
Respiratoria (prova funzionale, insufficienza, apparato respiratorio)	56

S

Sciatica (paresi del nervo)	22
Scolastiche (perdita delle nozioni)	17
Scotoma	27
Sensitivo-motorio(deficit)	21
Sindrome della cauda equina	16
Sindrome di Korsakoff	17
Sindromi femoro-rotulee	47
Sindrome frontale	16
Sindrome post-traumatica	19
Spalla	35
Splenectomia	62
Sterilità	73
Stomatologia	31
Stomia cutanea digestiva	65
Stomia cutanea urinaria	69
Stress post-traumatico	20

T

Tetraplegia	16
Tiroide	77
Toracico (rachide)	51
Toracico superiore (nervo)	21
Toracolombare (cerniera)	51
Toracotomia (postumi)	57
Trapianto cardiaco	56
Trapianto renale	69

U

Udito	29
Ulcere (di gamba recidivanti)	61
Ulnare (paresi del nervo)	21
Umore (disturbi dell')	17
Urinario (sistema, incontinenza urinaria)	69
Ustioni	81

V

Venoso (postumi a carico del sistema)	61
Vertigine (posizionale parossistica)	27
Vestibolare (lesione distruttiva)	30
Visiva (acutezza)	26
Visivo (campo)	27
Vista doppia	27