



SIMLA
Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni
E DELLE SCIENZE FORENSI E CRIMINALISTICHE



CENTRO NAZIONALE
**CLINICAL GOVERNANCE
ED ECCELLENZA DELLE CURE**

BUONE PRATICHE CLINICHE DI VALUTAZIONE MEDICO LEGALE DELLE MENOMAZIONI ALLA INTEGRITÀ PSICOFISICA COMPRESSE TRA 10 E 100 PUNTI DI INVALIDITÀ PERMANENTE –Ed. 2025

Documento di sintesi Tabelle e statement (il documento completo è scaricabile nel sito dell'Istituto Superiore di Sanità – Sistema Nazionale Linee Guida al link https://www.iss.it/documents/20126/10001426/RBPCA-00097_SIMLA_mar2025.pdf/796f8828-e64c-1e06-90c9-ee8976a6392c?t=1743072458468)

PROMOTORE

Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni

Presidente prof. Francesco Introna

Premessa (a cura di Lucio Di Mauro)

La Medicina Legale italiana con illustri e autorevoli studiosi da oltre un secolo si è occupata di elaborare un sistema di valutazione del danno alla persona in forma percentuale. Tale metodo, teso a traslare una entità biologica in una posta economica, non può che fondarsi su di un criterio convenzionale, non essendo sperimentalmente ripetibile e riproducibile la misurazione di disfunzionalità di organi e apparati a seguito di una menomazione dell'integrità psico fisica della persona.

In Italia così come in altri Paesi, il metodo di percentualizzazione del danno alla persona è riconosciuto dal legislatore e consolidato dal diritto positivo (vedi decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209 e successivo D.M. del 03/07/2003).

Per le menomazioni dell'integrità psico-fisica comprese tra 1 e 9 punti di invalidità esiste una tabella approvata con D.M. del 03/07/2003; viceversa, non esiste l'analogo decreto ministeriale che dia forza di legge alla tabella di valutazione medico-legale delle menomazioni dell'integrità psico-fisica "macropermanenti" (menomazioni di non lieve entità), ossia comprese tra 10 e 100 punti. Allo stato, la dottrina medico legale, intervenuta per colmare il vuoto normativo con qualificati autori e, più recentemente, con la stessa opera scientifica pubblicata dalla SIMLA (2016), ha sentito la necessità di aggiornare gli attuali barèmes, in quanto non può non rilevarsi come essi siano ispirati a modelli valutativi superati dall'inarrestabile evoluzione della società.

L'obiettivo della Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni e delle Scienze Criminalistiche (società scientifica riconosciuta dal Ministero della Sanità L.24/17), ferma la prioritaria disponibilità agli Uffici ministeriali preposti, è stato quello di promuovere la pubblicazione di una buona pratica clinica sulla valutazione delle menomazioni dell'integrità psicofisica comprese tra 10 e 100 punti di invalidità, onde pervenire ad una evoluzione significativa nel contesto giuridico e medico legale nazionale tramite una metodologia validata dal punto di vista scientifico che coniughi, quindi, l'approccio clinico e tecnico-scientifico con un processo di lavoro connotato da trasparenza e terzietà.

Gli statement definitivi

Statement 1.1 La definizione di danno biologico è da contestualizzare agli aspetti dinamico-relazionali comuni a tutti e anche a quelli specifici del soggetto
Statement 1.2 L'espressione numerica in misura percentuale è raccomandata per quantificare la menomazione permanente all'integrità psico-fisica
Statement 2.1 È confermata la procedura per analogia, equivalenza e proporzionalità per le menomazioni non elencate nella tabella di riferimento
Statement 2.2 L'affermazione che la menomazione all'integrità psico-fisica debba essere espressa numericamente come misura percentuale si basa sulla necessità di un percorso riproducibile di evidenza clinica e semeiotica medico-legale
Statement 2.3 Nei casi di quadri menomativi con lesioni multiple coesistenti o concorrenti, è necessario utilizzare un metodo valutativo specifico per valutare in modo globale la menomazione
Statement 3.1 Si raccomanda l'estensione a tutte le fasce di età delle indicazioni del paragrafo 4.2 del documento di Consensus Conference sulla valutazione medico-legale del danno biologico nella persona anziana
Statement 5.1 La valutazione quantitativa della menomazione della funzione psichica è di esclusiva competenza del medico chirurgo specialista in medicina legale
Statement 6.1 L'utilizzo di protesi in grado di svolgere funzioni vicarie rende comunque imprescindibile la valutazione della perdita anatomica (in qualsiasi distretto del corpo)
Statement 6.2 Gli elementi essenziali per formulare una valutazione accurata e completa, espressa numericamente come misura percentuale, nel caso di soggetti con protesi articolari (come ginocchio, gomito) includono l'entità della eventuale sintomatologia dolorosa residua, il range articolare concesso, la congruenza tra la cinematica della protesi e il fisiologico pattern di movimento dell'arto, nonché l'eventuale impatto negativo sul funzionamento globale dell'individuo, anche in rapporto allo stato anteriore

Statement 6.3

Gli elementi essenziali per ottenere una valutazione accurata e completa, espressa numericamente come misura percentuale, nel caso di soggetti con perdite anatomiche protesizzabili (come le amputazioni) includono la determinazione della lunghezza residua dell'arto amputato dopo la perdita anatomica (misurata con precisione antropometrica), l'analisi del trofismo muscolare residuo e delle relative capacità motorie nella zona peri-amputata, nonché lo studio della protesizzabilità dell'arto lesso

Statement 7.1

Avuto riguardo alla diagnosi clinica funzionale di un processo morboso delle arcate dentali da parte dell'esercente la professione sanitaria di odontoiatra, tenuto conto che una modificazione menomante a carico dell'apparato dentale può originare impatti pregiudizievoli su altri organi ed apparati (respiratorio, fonatorio, psichico, posturale), la valutazione del danno biologico permanente complessivo eventualmente esitato è competenza dello specialista in medicina legale

Criteria applicativi della tabella delle menomazioni alla integrità psicofisica comprese tra 10 e 100 punti di invalidità

Il danno alla persona in ambito di responsabilità civile, per come è stato nei decenni delineato dalla Giurisprudenza e dalla dottrina e, da ultimi, dai provvedimenti legislativi, si fonda sul concetto di danno biologico, che consiste nella menomazione temporanea e/o permanente all'integrità psico-fisica della persona, suscettibile di accertamento medico-legale che esplica un'incidenza negativa sulle attività ordinarie, indipendentemente da eventuali ripercussioni sulla capacità di produrre reddito.

La nozione di danno biologico comprende anche l'eventuale incidenza della menomazione su specifici aspetti dinamico-relazionali personali, la cui valutazione però non è da esprimersi percentualmente, ma, quando necessario, deve essere valorizzata dallo specialista in medicina legale con indicazioni aggiuntive in termini di compatibilità fra il pregiudizio determinato dalla menomazione e la riduzione o abolizione della capacità di svolgere quella particolare attività. Ne consegue che i valori indicati nella tabella si riferiscono alla incidenza delle varie condizioni menomative in essa elencate sulle attività ordinarie dell'uomo medio, intese come aspetti dinamico-relazionali comuni a tutti.

La tabella comprende, per ogni distretto anatomico, fattispecie diverse che vanno dalla elaborazione di voci relative alla compromissione dei parametri indicativi della piena funzionalità (es., per un arto: asse, motilità, stabilità, potenza, velocità e abilità motoria), alla descrizione di alterazioni anatomiche ed alla illustrazione di specifiche condizioni cliniche.

Le voci tabellate sono indicate o con numero unico o con fascia di valori.

- Il numero unico è stato adottato per quelle voci indicative di una lesione anatomica o di una condizione funzionale ben precisa; detto parametro numerico è riferito al danno base teorico, fermo restando che lo stesso valore deve essere modificato, con criteri analogici, laddove quella menomazione comporti un quadro clinico-funzionale più grave, ovvero qualora ricorrano una o più delle evenienze più avanti previste.
- Le indicazioni relative alla fascia di valori si riferiscono a menomazioni responsabili di per sé di un danno permanente le cui ripercussioni sulla persona lesa possono però oscillare fra un valore minimo ed uno massimo, a seconda delle caratteristiche intrinseche del quadro clinico e laboratoristico-strumentale cui la menomazione si correla.

In taluni casi relativi a situazioni che si pongono a cavallo fra i limiti di questa tabella e quelli indicati nella tabella delle menomazioni di lieve entità, prevista dall'art. 139 del Codice delle Assicurazioni e successive modifiche, per completezza tecnica e per dare continuità ad essa, in questa tabella sono indicati valori anche inferiori al 10%.

DANNO COMPOSITO E DANNI PLURIMI MONOCRONI

Nel caso in cui gli esiti permanenti di un'unica lesione possono essere rappresentati da più voci tabellate o in caso di danno permanente da menomazioni plurime monocrome, interessanti cioè più organi ed apparati, non si dovrà procedere alla valutazione con il criterio della semplice somma aritmetica delle percentuali previste per le varie strutture del distretto colpito o per il singolo organo od apparato, bensì alla valutazione complessiva, che sebbene avrà come riferimento il valore tabellare dei singoli danni, si concluderà con un giudizio valutativo che dovrà rappresentare la globale incidenza dell'intero quadro menomativo sulla integrità psico-fisica posseduta dalla persona prima dell'evento lesivo. Nella valutazione medico-legale di menomazioni plurime monocrome si terrà conto, di volta in volta, della maggiore o minore incidenza di danni fra loro concorrenti o semplicemente coesistenti, come nei dettagli specificato nel successivo paragrafo.

In ogni caso la valutazione dovrà essere sempre espressa con un'unica indicazione numerica che esprima, appunto, la riduzione della efficienza psico-fisica posseduta dal lesso al momento del fatto di cui è rimasto vittima.

MENOMAZIONI PREESISTENTI E PREGIUDIZIO ALLO STATO ANTERIORE

Nel caso in cui la menomazione interessi organi od apparati già sede di patologie od esiti di patologie, le indicazioni date dalla tabella andranno modificate a seconda che le interazioni tra menomazioni e preesistenze aumentino ovvero diminuiscano il danno da lesione rispetto ai valori medi previsti (ad esempio: il valore tabellato per la perdita di un occhio andrà maggiorato nel caso la lesione si verifichi in un soggetto monocolo o con deficit visivo nell'occhio controlaterale; viceversa, il valore tabellato per una anchilosi di caviglia andrà ridotto se la menomazione si realizza in un soggetto paraplegico). Particolare cautela dovrà esser riservata alla valutazione dei danni verificatisi in soggetti anziani o comunque fragili e/o vulnerabili: le indicazioni della dottrina medico-legale prevedono che nella valutazione del danno biologico permanente in questi soggetti debbano essere adeguatamente valorizzati i prolungati tempi di recupero così come le minori capacità di adattamento alla condizione menomativa finale. Proprio in considerazione delle ridotte capacità di recupero e adattamento ad una menomazione, quando di questa emerga una chiara evidenza in sede di accertamento definitivo, è legittimo derogare dal valore tabellare previsto per le disfunzionalità del distretto leso, indicando una percentuale di danno permanente biologico più elevata. Qualora poi la menomazione da valutare travalichi il distretto leso e determini una incidenza negativa sul complessivo funzionamento del danneggiato, si dovrà ricorrere ad una valutazione "omnicomprensiva" di tipo sartoriale, verificando in che misura si sia ridotta la capacità del leso di compiere gli atti della sua vita quotidiana, ossia quelli che, nonostante le disabilità di cui era già portatore, era in grado di compiere prima dell'evento lesivo di cui è rimasto vittima.

La ricostruzione dello stato anteriore, che dunque rappresenta il momento cardine dell'attività valutativa, deve fondarsi su un approccio metodologico rigoroso e deve indagare nel dettaglio non solo la sfera prettamente clinica, ma anche lo status funzionale nelle sue differenti estrinsecazioni (quotidianità, relazionalità, socialità). Ove ne ricorrano le evidenze, in caso di danni a soggetti già affetti da malattie progressive, dovrà essere data indicazione sulla normale/naturale evoluzione della condizione patologia preesistente.

PROCEDIMENTO MEDIANTE L'ANALOGIA

Nei casi in cui la menomazione da valutare non trovi piena corrispondenza o non trovi alcuna corrispondenza nelle voci previste dalla tabella, nel formulare il giudizio valutativo, è fondamentale utilizzare il procedimento per analogia, considerando con rigore i valori più prossimi e correlabili alla menomazione in esame in rapporto alle variazioni anatomiche e/o alle limitazioni funzionali riferibili sia al distretto coinvolto, sia al tipo di menomazione e livello di disfunzionalità, al fine di giungere ad un'accurata valutazione della situazione in esame.

MENOMAZIONI DELL'APPARATO VISIVO

In caso di menomazione dell'acuità visiva, la valutazione del danno biologico permanente è calcolata in riferimento alla riduzione del visus per lontano, sulla base della acutezza visiva ottenuta dopo adeguata correzione ed in base ai seguenti parametri:

VISUS RESIDUO PER LONTANO IN OCCHIO PEGGIORE

	9/10	8/10	7/10	6/10	5/10	4/10	3/10	2/10	1/10	1/20	<1/20	V.S. *
10/10	1	1	3	5	7	9	14	18	22	24	26	28
9/10	3	3	5	7	9	11	16	20	24	26	28	30
8/10		3	5	7	9	11	16	20	24	26	28	30
7/10			9	11	13	15	20	24	28	30	32	34
6/10				15	17	19	24	28	32	34	36	38
5/10					21	23	28	32	36	38	40	42
4/10						27	32	36	40	42	44	46
3/10							42	46	50	52	54	56
2/10								54	58	60	62	64
1/10									67	69	71	73
1/20										73	75	77
<1/20											79	81
visus spento												85

In caso di rilevanti dissociazioni tra l'incapacità visiva per lontano e quella per vicino, sarà necessario calcolare anche quest'ultima, secondo lo schema che segue, indi procedere al calcolo del danno permanente biologico complessivo da riconoscere mediante la seguente formula:

danno per lontano + danno per vicino 2

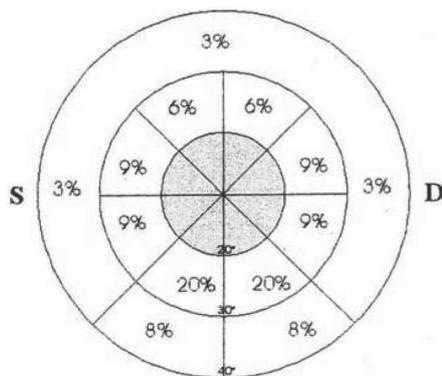
VISUS RESIDUO PER VICINO IN OCCHIO PEGGIORE

	1° c.	2° c.	3° c.	4° c.	5° c.	6° c.	7° c.	8° c.	9° c.	10° c.
1° c.	0	2	2	7	10	13	16	20	25	28
2° c.		6	6	11	14	17	20	24	29	32
3° c.			6	11	14	17	20	24	29	32
4° c.				23	26	29	32	36	41	44
5° c.					34	37	40	44	49	52
6° c.						43	46	50	55	58
7° c.							51	55	60	63
8° c.								62	67	70
9° c.									75	78
10° c.										85

L'acuità visiva per vicino va misurata in idonea condizione di luminosità, previa correzione di una eventuale presbiopia ed emmetropia.

Per la determinazione del campo visivo l'accertamento deve essere eseguito mediante perimetria computerizzata. La valutazione del danno del campo visivo è opportuno che sia confermata da accertamenti ripetuti nel decorso della patologia fino a stabilizzazione avvenuta. La valutazione va effettuata tenendo conto dei punti confluenti e non di quelli singoli isolati. Per la valutazione dei punti si attribuisce un valore 1 per i difetti assoluti e 0,5 per i difetti relativi quando il deficit campimetrico è localizzato nell'emicampo inferiore; quando invece il deficit campimetrico è localizzato nell'emicampo superiore, si attribuisce un valore di 0,8 per i difetti assoluti e di 0,4 per i difetti relativi. Nella valutazione medico legale il deficit nasale ha un valore funzionale inferiore al deficit temporale. In questo caso quindi, la valutazione da riconoscere sarà pari all'11-12%; mentre sarebbe stato del 14% se avesse interessato l'emicampo temporale, fatto il riferimento al valore 28% previsto per la perdita totale della funzione visiva di un occhio.

Per la valutazione della diplopia si consiglia l'uso del perimetro di Goldman. La diplopia dovrebbe risultare invariata da almeno un anno e dovrebbe essere documentata da una visita ortottica ed un cordimetro di Hess. Il calcolo del danno permanente determinato dalla diplopia deve essere effettuato tenendo conto della diversa rilevanza delle aree in cui compare la diplopia, secondo lo schema sottoindicato:



Per quanto attiene alle alterazioni qualitative della visione, queste andranno valutate mediante aberrometria e sensibilità al contrasto.

In caso di afachia monocolare, la valutazione andrà adattata all'età, riservando la maggiore valutazione al soggetto giovane, nel quale l'impianto di uno pseudofaco determina la perdita della capacità accomodativa dell'occhio e quindi la perdita della visione binoculare per vicino, fenomeni questi che si verificano naturalmente solo con l'avanzare dell'età.

MENOMAZIONI DELL'APPARATO UDITIVO

Per la valutazione delle ipoacusie diverse dalla sordità completa unilaterale o bilaterale, il danno permanente biologico va calcolato in base alla seguente tabella:

Percentuali di deficit per singole frequenze

Perdita uditiva (dB)	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	4000 Hz
25	0	0	0	0	0
30	1,25	1,5	1,75	0,4	0,1
35	2,5	3	3,5	0,8	0,2
40	5	6	7	1,6	0,4
45	7,5	9	10,5	2,4	0,6
50	11,25	13,5	15,75	3,6	0,9
55	15	18	21	4,8	1,2
60	17,5	21	24,5	5,6	1,4
65	18,75	22,5	26,25	6	1,5
70	20	24	28	6,4	1,6
75	21,25	25,5	29,75	6,8	1,7
80	22,5	27	31,5	7,2	1,8
85	23,75	28,5	33,25	7,6	1,9
90	25	30	35	8	2

In caso di deficit uditivo monolaterale, la percentuale di danno permanente biologico da riconoscere è calcolata operando la seguente proporzione:

$$Du: 100 = X: 10$$

e si calcola con la seguente formula:

$$X=Du/10$$

dove Du rappresenta la somma dei valori indicati dalla tabella per ciascuna frequenza a seconda della corrispondente perdita in dB, X il valore del danno biologico da calcolare e 10 il valore previsto per la sordità completa monolaterale.

In caso di deficit uditivo bilaterale, il valore del danno permanente biologico complessivo da riconoscere è invece calcolato applicando la seguente formula:

$$X = \frac{(4 \times \text{orecchio migliore}) + \text{orecchio peggiore} \times 0,5}{5}$$

A parte andranno valutati eventuali ulteriori componenti del danno all'apparato uditivo quali acufeni, otorree croniche ecc.

DANNI PSICHICI

La diagnosi della psicopatologia, stante la difficoltà valutativa in ambito medico-legale, va compiuta da medici specialisti in medicina legale e, quando necessario (in riferimento a qualità, gravità e documentazione probatoria del disturbo da valutare), con il supporto di professionisti esperti in campo psicopatologico

forense (psichiatra o psicologo o specialista in medicina legale con competenze psicodiagnostiche), ossia in grado di utilizzare strumenti di valutazione obiettiva quali, ad esempio, test psicodiagnostici.

I disturbi psico-patologici, non di rado favoriti da fattori endogeni, possono far parte del quadro esitale di un evento lesivo (anche in ambito esclusivamente psicopatologico). L'accertamento e la valutazione di queste condizioni menomative devono osservare rigorosamente le seguenti raccomandazioni:

I disturbi psico-patologici contemplati dalla tabella hanno una precisa connotazione diagnostica ed il loro accertamento deve quindi rispondere ad una assoluta coerenza diagnostica, conformemente alle indicazioni ed ai criteri previsti dal DSM 5 e successive modificazioni e revisioni.

Particolare attenzione e cura si devono porre nell'accertamento della permanenza del disturbo psicopatologico e del nesso causale con l'evento lesivo. La verifica del nesso causale deve infatti passare attraverso la rigorosa applicazione della criteriologia medico legale, atteso che molti dei sintomi appartenenti alle categorie morbose richiamate dalla tabella possono essere di natura idiopatica e potranno considerarsi di natura post-traumatica soltanto previo accurato vaglio della loro coerenza quali-quantitativa e proporzionalità rispetto alla comprovata valenza psico-traumatica dell'evento lesivo. Inoltre, l'evento in discussione, perché si possa considerare produttivo di un danno biologico permanente di natura psichiatrica, deve assumere rilievo clinico significativo, documentato da adeguata certificazione che, come per ogni altra menomazione, attesti l'insorgere del processo morboso ed il suo perdurare nel tempo, nonostante i trattamenti attuati, fino a stabilizzarsi in una condizione menomativa permanente. In ogni caso, ferme restando le indicazioni date dalla tabella in relazione alla diagnosi della psicopatologia individuata, anche per i danni di natura psichiatrica la stima dei postumi non può prescindere dalla verifica del complessivo funzionamento della persona esaminata, in riferimento alle attività lavorative ed extralavorative svolte prima dell'evento traumatico. Anche per questo, nell'accertamento dei disturbi psico-patologici correlati ad eventi lesivi (anche in ambito esclusivamente psicopatologico) è raccomandato l'uso di test psicodiagnostici, soprattutto per l'individuazione delle condizioni preesistenti estranee al danno da valutare o quando la componente psichica di una menomazione di natura organica appaia eccedere i limiti della risonanza emotiva abitualmente attesa, nonché il ricorso a test valutativi che verifichino il reale funzionamento della persona.

In caso di vittime secondarie, le reazioni di tipo depressivo ed ansioso al lutto o a gravi menomazioni riportate da congiunti conviventi, specie se le vittime secondarie sono coinvolte nell'assistenza al danneggiato, impongono un'analisi circostanziata e anamnestico-clinica molto approfondita e particolareggiata, segnatamente per quel che concerne il profilo quali-quantitativo della comunione interpersonale che caratterizzava il rapporto tra vittima primaria e vittima/e secondaria/e. L'entità della reazione psichica non può, infatti, che essere proporzionale a questo presupposto.

PROTESI

In caso di protesizzazione di un arto o di un segmento di arto amputato ovvero di menomazioni trattate con applicazione di una endoprotesi articolare, è indispensabile che la valutazione del danno permanente biologico sia effettuata alla fine del percorso riabilitativo ed in relazione al risultato raggiunto, nonché in riferimento ad eventuali previsioni di rinnovo della protesi, in questo avendo cura di formulare il giudizio in relazione anche alla evoluzione tecnologica dei dispositivi impiantati/utilizzati ed alla evidenza di come le innovazioni determinino una maggiore efficacia funzionale ed una più lunga durata, rispetto ad ausili di generazioni precedenti.

DANNO ESTETICO

La valutazione del danno estetico, in quanto parte integrante del pregiudizio alla integrità psico fisica della persona, è di stretta competenza medico legale. Detta valutazione deve far parte della percentuale

complessiva riconosciuta dal medico valutatore e deve essere stimata in base alle indicazioni tabellari, con le seguenti precisazioni:

- Pregiudizio estetico complessivo da moderato a grave: Il pregiudizio estetico è difficilmente emendabile ed ha una notevole rilevanza sull'espressione del volto. Si tratta degli esiti di perdita di sostanza al volto di maggiori dimensioni e/o alterazioni cutanee importanti. Rientrano in quest'ambito: cicatrici dai caratteri molto evidenti comprese tra sopracciglio e labbro superiore, aree cicatriziali estese al volto, asimmetrie facciali marcate, perdita di gran parte del naso, dismorfismi del collo, del tronco e degli arti particolarmente gravi ed estesi, specie se localizzati su aree lasciate esposte dall'abbigliamento.
- Pregiudizio estetico complessivo gravissimo: Si tratta di esiti che determinano un massivo sovvertimento della preesistente anatomia facciale, la cui deformazione può essere tanto severa da compromettere l'accettazione sociale. Rientrano in quest'ambito: aree cicatriziali notevolmente ipertrofiche e/o cheloidee, discromiche e retraenti, interessanti quasi tutto il volto, cicatrici irregolari, ipertrofiche e/o cheloidee interessanti l'emivolto e la regione anteriore del collo; esiti di scotennamento totale o sub-totale; perdita completa di entrambi i padiglioni auricolari; perdita completa del naso o del labbro; il cuoio capelluto e la regione anteriore del collo.
- Se nella voce tabellata non è segnalata alcuna specificazione aggiuntiva inerente al danno estetico, quest'ultimo si ritiene non compreso nella valutazione percentuale indicata.
- Le voci tabellate indicative di perdite anatomiche traumatiche o chirurgiche sono già comprensive del pregiudizio estetico, salvo i casi di anomalo processo di cicatrizzazione.
- Il valore maggiore previsto dalla tabella per il danno estetico gravissimo corrisponde in generale al valore massimo attribuibile a danni permanenti biologici di natura estetica. Tuttavia, in casi di eccezionale gravità, nei quali il pregiudizio estetico determina un totale sovvertimento dell'aspetto del soggetto leso, possono essere presi in considerazione anche valori maggiori di quello massimo indicato per la voce "Pregiudizio estetico complessivo gravissimo".

Note metodologiche sulla struttura delle tabelle definitive:

- 1) Per le voci espresse dagli Esperti del pannello B che hanno ottenuto un esito incerto nella votazione della Giuria multidisciplinare, il CTS riporta nella Tabella definitiva il range completo dei valori espressi dagli Esperti già citati compreso nell'intervallo IC95% inferiore e IC95% superiore (IC = intervallo di confidenza);
- 2) per le voci elaborate mediante la procedura della analogia che hanno ottenuto un esito incerto nella votazione, il CTS ha stabilito che rientreranno nella Tabella finale solo quelle supportate da integrazioni qualitative da parte della Giuria multidisciplinare.
- 3) La Giuria multidisciplinare per alcune voci ha espresso note critiche per differenti motivi e cioè:
 - a. possibilità per alcune voci di essere assorbite in altre fattispecie menomative (i.e. disturbo da lutto persistente complicato forma grave);
 - b. complessità dei quadri esitali (i.e. endometriosi in fase avanzata con infertilità e importante sintomatologia dolorosa pelvica ed eventuali complicanze a carico dell'apparato urinario o gastroenterico);
 - c. difficoltà di definirne evoluzione e stabilizzazione (i.e. sindrome algodistrofica della mano con sintomatologia di entità moderata in lato dominante/non dominante; tracheostomia a permanenza in assenza di deficit respiratori). Pertanto, anche se queste voci sono state espresse dagli Esperti del pannello B, il CTS ha deciso di accogliere le indicazioni della Giuria multidisciplinare e dette voci non faranno parte della Tabella finale.
- 4) Il CTS ha ritenuto utili e necessari alcuni commenti e precise indicazioni espresse dalla Giuria multidisciplinare relativamente alla formulazione qualitativa e/o quantitativa di voci valutative dalla stessa confermate; pertanto, tali indicazioni sono state riportate nella Tabella finale.

Tabella delle menomazioni alla integrità psicofisica comprese tra 10 e 100 punti di invalidità permanente

1. MENOMAZIONI DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE (SNC)

ITEM / VOCI	
Emiplegia: deambulazione con appoggio ed arto superiore funzionalmente perduto in lato dominante	75%
Emiplegia: deambulazione con appoggio ed arto superiore funzionalmente perduto in lato non dominante	70%
Monoplegia flaccida dell'arto superiore in lato dominante	55%
Monoparesi dell'arto superiore dominante con lieve deficit di forza in base al grado di compromissione dei movimenti fini della mano	30-35%
Monoplegia flaccida di un arto inferiore in rapporto all'utilizzo efficace di un tutore	45-55%
Monoparesi dell'arto inferiore con lieve deficit di forza, andatura falciante possibile senza appoggio	15-20%
Sindrome lobare cerebrale, in base alla gravità e alla responsività al trattamento farmacologico	40-60%
Sindrome prefrontale psico organica forma gravissima	65-80%
Sindrome prefrontale psico organica forma grave	40-64%
Sindrome prefrontale psico organica forma lieve	10-20%
Emisomatoagnosia forma lieve	15-30%
Sindrome cerebellare stadio 6 scala FARS modificata	91-100%
Sindrome cerebellare stadio 2 scala FARS modificata	15-35%
Sindrome extrapiramidale in stadio 5, con soggetto obbligato a letto o su sedia a rotelle, totalmente dipendente nelle ADL	90-96%
Sindrome extrapiramidale, in base alla gravità e alla responsività al trattamento farmacologico	45-64%
Idrocefalo con derivazione a permanenza normotensivo	15-20%
Disturbi neuro cognitivi in stadio 5 con necessità di assistenza globale e continuativa	88-96%
Disturbi neuro cognitivi, in base alla gravità e alla responsività al trattamento farmacologico	47-52%

Epilessia in trattamento farmacologico, con crisi a frequenza minima mensile e massima settimanale, a seconda del tipo di crisi, con discreta interferenza sul grado di svolgimento delle attività quotidiane	20-50%
Tetraplegia completa	96-100%
Tetraparesi in base al grado di compromissione dei singoli arti e funzionalità degli sfinteri	50-90%
Paraplegia di origine midollare in assenza di controllo del tronco	85%
Paraparesi con deficit di forza lieve/moderata, possibilità di deambulare senza appoggio a seconda del grado di deficit della funzionalità sfinteriale	30-45%
Sindrome della cauda equina	51-85%
Malattie demielinizzanti in stadio 1, con EDSS 1-3,5, deambulazione autonoma ed autosufficienza	12-15%
Cefalea, in base alla severità della patologia, alla frequenza mensile, alla responsività del trattamento farmacologico	14-30%
Narcolessia farmacoresistente o con impossibilità di trattamento farmacologico, con notevole interferenza sulle normali attività quotidiane	35-41%
Narcolessia di tipo 1 o di tipo 2 con assente/lieve interferenza sulle normali attività quotidiane	13-17%
Nevralgia del trigemino, forma grave (a seconda della risposta al trattamento)	23-28%
Nevralgia del trigemino, forma lieve-moderata (a seconda della risposta al trattamento)	12-15%

2. MENOMAZIONI DEL SISTEMA NERVOSO PERIFERICO (SNP)

ITEM / VOCI	
Paralisi completa del plesso brachiale in lato dominante	60%
Paralisi completa del plesso brachiale in lato non dominante	55%
Sindrome radicolare superiore/inferiore in lato dominante	45%
Sindrome radicolare superiore/inferiore in lato non dominante	40%
Paralisi completa del nervo circonflesso in lato dominante	18%
Paralisi completa del nervo circonflesso in lato non dominante	15-18%
Paralisi totale alta del nervo radiale in lato dominante	35%
Paralisi totale alta del nervo radiale in lato non dominante	30%

Paralisi totale del nervo mediano in lato dominante	36-40%
Paralisi totale del nervo mediano in lato non dominante	32-35%
Paralisi totale alta del nervo ulnare in lato dominante	25%
Paralisi totale alta del nervo ulnare in lato non dominante	22%
Paralisi del nervo muscolo-cutaneo in lato dominante	15%
Paralisi del nervo muscolo-cutaneo in lato non dominante	12-13%
Paralisi alta del nervo ischiatico	45%
Paralisi totale del nervo femorale	30%
Paralisi del nervo gluteo inferiore	15%
Paralisi totale dello SPE o dello SPI	20-24%

3. MENOMAZIONI DELLE FUNZIONI PSICHICHE

ITEM / VOCI	
Disturbo da Stress Post-Traumatico – forma moderata complicata o grave	23-29%
Disturbo da stress Post-Traumatico – forma moderata	16-22%
Disturbo da Stress Post-Traumatico - forma lieve	10-15%
Disturbo dell'Adattamento complicato	13-19%
Disturbo dell'Adattamento non complicato	8-12%
Disturbo d'ansia generalizzata – forma grave complicata	22-28%
Disturbi dello spettro ansioso di entità lieve (disturbo d'ansia generalizzato in forma lieve; disturbo da attacchi di panico in forma lieve; fobie in forma lieve)	10-13%
Disturbo depressivo maggiore grave forma con melanconia, sintomi psicotici, catatonìa e tendenze suicide (Disturbo depressivo persistente)	62-75%
Disturbo depressivo maggiore - forma grave con disturbi coesistenti ma senza melanconia e senza sintomi psicotici, oppure grave, con melanconia ma senza disturbi coesistenti e senza sintomi psicotici	36-40%
Disturbo da dismorfismo corporeo - forma grave complicata	25-31%
Disturbo da dismorfismo corporeo - forma lieve	8-11%
Disturbo delirante - forma grave	48-53%

Schizofrenia a decorso continuativo con perdita completa del funzionamento personale e condotte auto/etero aggressive	90-97%
Schizofrenia a decorso continuativo con elevata disorganizzazione ideativo-comportamentale	76-86%
Schizofrenia a decorso continuativo con comportamento moderatamente influenzato da deliri e allucinazioni	50-56%

4. MENOMAZIONI DEGLI ORGANI DI SENSO

ITEM / VOCI	
Anoftalmia bilaterale	90%
Anoftalmia monolaterale senza possibilità di protesi estetica	40%
Cecità assoluta bilaterale	85%
Cecità monolaterale	28-30%
Residuo campo visivo <11% >3%	75-80%
Residuo campo visivo <3%	85%
Sordità completa bilaterale	50%
Sordità completa unilaterale	10-15%
Sordità completa bilaterale in età prelinguale	65-80%
Sordità prelinguale con validi risultati dopo trattamento riabilitativo	50-60%
Areflessia vestibolare monolaterale senza compenso	12-20%
Areflessia vestibolare monolaterale senza compenso, con canalolitiasi, a seconda della frequenza delle crisi	15-25%
Danno vestibolare con sintomi o segni di instabilità che limitano significativamente le attività più complesse della vita quotidiana (es. andare in bicicletta, guidare, etc.) con necessità di saltuaria assistenza	25-34%
Anosmia strumentalmente accertata	15%

5. MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE MUSCOLO-SCHELETRICA

5.1 Menomazioni della Funzione muscolo-scheletrica – Cranio e massiccio facciale

Sono previste solo voci afferenti pressoché unicamente alle lesioni di lieve entità¹ (D.M. Salute 3 luglio 2003)

¹ Decreto del Ministero della salute, 3 luglio 2003 TABELLA DELLE MENOMAZIONI ALLA INTEGRITA' PSICOFISICA COMPRESSE TRA 1 E 9 PUNTI DI INVALIDITA'

5.2 MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE MUSCOLO-SCHELETRICA – RACHIDE E BACINO

ITEM / VOCI	
Esiti di frattura del dente dell'epistrofeo con apprezzabili ripercussioni funzionali	13-25%
Esiti di frattura di un corpo vertebrale cervicale con deformazione somatica (riduzione di altezza del muro anteriore > al 50%) a seconda dei disturbi trofici sensitivi e deficit funzionale	13-17%
Artrodesi della colonna cervicale in toto	24-28%
Stenosi vertebrale Score 14-17 JOAC	26-29%
Stenosi vertebrale Score 9-13 JOAC	17-20%
Esiti di frattura dorsale vertebrale di Classe III (frattura di più corpi vertebrali, con compressione e/o cuneizzazione > 50%, con o senza frattura peduncolare e/o dell'elemento posteriore e con rilevante sintomatologia dolorosa senza indicazione chirurgica)	13-16%
Artrodesi cervico-dorsale	14-15%
Artrodesi di 9-12 corpi vertebrali dorsali	20-23%
Artrodesi dorso lombare estesa da D10 a L2	25%
Esiti di frattura vertebrale lombare di Classe III (esiti di frattura di più corpi vertebrali, con compressione > 50, con grave sintomatologia dolorosa, a seconda dei deficit trofico-sensitivi strumentalmente accertati, senza indicazione chirurgica)	20-24%
Patologia lombare discale di Classe III (ernia discale o esiti di erniectomia a 1 o più livelli con grave quadro clinico disfunzionale, mielopatia sfumata o reticolopatia strumentalmente accertata e sintomatologia algica recidivante o continua al distretto interessato, scarsamente responsiva alla terapia)	13-19%
Bacino - esiti di fratture, diastasi complesse, trattate chirurgicamente, con moderata disfunzionalità residua	12-18%

5.3 MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE MUSCOLO-SCHELETRICA – ARTO SUPERIORE

ITEM / VOCI	
Perdita anatomica di entrambi gli arti superiori	85-90%
Perdita anatomica di entrambe le mani	80-85%
Perdita anatomica di un arto superiore in rapporto alla possibilità di applicazione di protesi efficace in lato dominante	59-65%
Perdita anatomica di un arto superiore in rapporto alla possibilità di applicazione di protesi efficace in lato non dominante	54-60%
Perdita anatomica totale della mano in rapporto alla possibilità di protesizzazione in lato dominante	50-55%

Perdita anatomica totale della mano in rapporto alla possibilità di protesizzazione in lato non dominante	45-50%
Perdita anatomica di pollice, indice e medio in lato dominante	39-41%
Perdita anatomica di pollice, indice e medio in lato non dominante	36-38%
Perdita anatomica del pollice in lato dominante	22%
Perdita anatomica del pollice in lato non dominante	20%
Anchilosi della scapolo-omerale in posizione favorevole in lato dominante	29%
Instabilità di spalla di grado medio elevato in lato dominante	15%
Esiti di frattura diafisaria dell'omero evoluta in pseudoartrosi in lato dominante	11-14%
Esiti di frattura diafisaria dell'omero evoluta in pseudoartrosi (lato non dominante)	8-10%
Anchilosi del gomito in massima flessione con prono-supinazione libera in lato dominante	28%
Esiti in pseudoartrosi di frattura biossea dell'avambraccio a seconda del dismorfismo in lato dominante	12-15%
Esiti in pseudoartrosi di frattura biossea dell'avambraccio a seconda del dismorfismo in lato non dominante	10-13%
Anchilosi del polso in posizione sfavorevole in lato dominante	22%
Anchilosi rettilinea del polso con prono-supinazione libera in lato dominante	13%

5.4 MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE MUSCOLO-SCHELETRICA – ARTO INFERIORE

ITEM / VOCI	
Perdita anatomica di entrambe le gambe a qualsiasi livello in rapporto alla possibilità di applicazione di protesi efficace	58-65%
Perdita anatomica di entrambi i piedi a livello della tibio-tarsica in rapporto alla possibilità di applicazione di protesi efficace	48-57%
Perdita anatomica dell'avampiede a livello delle basi metatarsali	20-25%
Perdita anatomica dell'alluce con disarticolazione metatarso-falangea	10-18%
Anchilosi d'anca in posizione sfavorevole (flessione <25° o >40°)	36-39%
Limitazione del movimento di flessione dell'anca con escursione articolare possibile fino a 90°, associata a deficit degli altri movimenti	11-20%
Limitazione del movimento di flessione dell'anca, con escursione articolare possibile fino a 90°, senza deficit degli altri movimenti	10-12%

Limitazione del movimento di flessione dell'anca con escursione articolare possibile oltre 90°, associata a deficit degli altri movimenti	5-15%
Esiti in pseudoartrosi di frattura diafisaria del femore	15-18%
Anchilosi del ginocchio tra 175° e 180°	24-28%
Limitazione del movimento di flessione del ginocchio con escursione articolare possibile tra 180° e 135°	21-24%
Limitazione del movimento di flessione del ginocchio con arresto tra 135° e 90° ed estensione completa	10-20%
Lassità articolare da rottura totale di uno dei due legamenti crociati non trattata chirurgicamente di grado grave	10%
Esiti in pseudoartrosi di frattura della tibia	11-14%
Accorciamento dell'arto inferiore di 8 cm	15%
Triplice anchilosi (tibio-tarsica, sottoastraglica e mediotarsica in posizione favorevole)	19-25%
Esiti frattura del calcagno a secondo del trattamento e con limitazione funzionale di grado moderato	10%
Instabilità della tibiotarsica post traumatica grave pluridirezionale con necessità di utilizzo di tutore	12-15%

5.5 MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE MUSCOLO-SCHELETRICA – GABBIA TORACICA, PARETE ADDOMINALE, ERNIE

Sono previste solo voci afferenti pressoché unicamente alle lesioni di lieve entità² (D.M. Salute 3 luglio 2003)

6. MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE RESPIRATORIA

ITEM / VOCI	
Insufficienza respiratoria grave: FEV1: < 40% del previsto; FVC: < 40% del previsto; indice di Tiffeneau: < 0,6; DLCO: < 40% del previsto; complicanze extra polmonari: multiple e severe; PaO ₂ : < 50 mmHg; grado di dispnea: severo (MMRC 3-4 o Borg 5-6); ossigenoterapia a permanenza: necessaria; PaCO ₂ : > 50 mmHg	44-68%
Insufficienza respiratoria moderata: FEV1: 40-59% del previsto; FVC: 40-59% del previsto; indice di Tiffeneau: 0,6-0,69; DLCO: 40-59% del previsto; complicanze extra polmonari: moderate; PaO ₂ : 50-59 mmHg; grado di dispnea: moderato (MMRC 2 o Borg 3-4); ossigenoterapia a permanenza: talora necessaria; PaCO ₂ : lievemente alterata (45-50 mmHg)	21-26%
Insufficienza respiratoria lieve: FEV1: 60-80% del previsto; FVC: 60-80% del previsto; indice di Tiffeneau: 0,7-0,8; DLCO: 60-80% del previsto; complicanze extra polmonari:	10-15%

² Decreto del Ministero della salute, 3 luglio 2003 TABELLA DELLE MENOMAZIONI ALLA INTEGRITÀ PSICOFISICA COMPRESSE TRA 1 E 9 PUNTI DI INVALIDITÀ

assenti o lievi; PaO ₂ : > 60 mmHg; grado di dispnea: lieve (MMRC 0-1 o Borg 1-2); ossigenoterapia a permanenza: non necessaria; PaCO ₂ : normale (35-45 mmHg)	
Asma grave persistente: FEV1 < 60% del previsto, sintomi quotidiani, frequenti riacutizzazioni, presenza di complicanze extra polmonari (sinusite cronica, rinite allergica o poliposi nasale), PaO ₂ < 60 mmHg durante attacco acuto, PaCO ₂ > 45 mmHg durante attacco acuto o ipercapnia in fase intercritica, uso frequente o quotidiano di farmaci di soccorso, come broncodilatatori a rapida insorgenza d'azione, e/o terapie di controllo ad alto dosaggio, come corticosteroidi inalatori o agenti biologici	41-56%
Asma moderato persistente: FEV1 tra il 60-80% del previsto, sintomi presenti più di una volta alla settimana ma non quotidiani, riacutizzazioni occasionali, possibile presenza di complicanze extra polmonari (sinusite cronica, rinite allergica o poliposi nasale) ma meno frequenti e severe rispetto all'asma grave, PaO ₂ generalmente superiore a 60 mmHg durante attacco acuto, PaCO ₂ solitamente inferiore a 45 mmHg durante attacco acuto e assenza di ipercapnia in fase intercritica, uso periodico di farmaci di soccorso, come broncodilatatori a rapida insorgenza d'azione, e terapie di controllo a dosaggio moderato, come corticosteroidi inalatori o agenti biologici	18-30%
Stenosi nasale serrata/assoluta bilaterale	11-15%
Rinite allergica moderata-grave controllata attraverso l'impiego di farmaci sintomatici	7-12%
Esiti di laringectomia con soddisfacente recupero della capacità fonatoria attraverso l'impiego di appositi devices	30-35%
Disfonia severa	24-29%
Perdita di un polmone con ottimale funzione vicariante dell'organo adelfo, in assenza di pregiudizi del sistema cardiocircolatorio	25-30%
Esiti di trapianto polmonare con complicanze gravi e/o insufficienza respiratoria grave	70-86%
Paralisi totale del diaframma con moderato deficit respiratorio	18%
Sindrome delle apnee notturne di grado severo, con AHI > 30, importanti riflessi sul piano intellettuale e complicanze cardiovascolari	35-43%

7. MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE CARDIOVASCOLARE

ITEM / VOCI	
Cardiopatía in classe IV NYHA (includere cardiopatie congenite classe IV, DIA con soggetti in condizioni scadute DIV in condizioni scadute Cardiomiopatia dilatativa con insufficienza cardiaca grave o cardiomiopatia ipertrofica forma gravissima Stenosi mitralica gravissima scompensata, insufficienza mitralica scompensata grave	81-88%

Stenosi aortica grave scompensata, insufficienza aortica severa gravemente sintomatica, coronaropatia gravissima)	
Cardiopatia in classe II-III NYHA (includere cardiopatie congenite classe II-III, DIA con soggetti in condizioni stabili DIV in condizioni stabili Cardiomiopatia dilatativa con insufficienza cardiaca moderata o cardiomiopatia ipertrofica forma moderata Stenosi mitralica moderatamente scompensata, insufficienza mitralica scompensata moderata Stenosi aortica moderatamente scompensata, insufficienza aortica moderatamente sintomatica, coronaropatia moderata)	33-46%
Turbe del ritmo potenzialmente maligne, con sintomatologia rilevante, non controllabili con terapia farmacologica e necessitanti impianto di pacemaker	25-35%
Turbe del ritmo benigne, con sintomatologia lieve/moderata, controllabili con terapia farmacologica	6-12%
Disturbi del ritmo sintomatici malgrado l'impianto di pacemaker	36-44%
Fibrillazione atriale cronica in adeguato compenso con terapia farmacologica	15-24%
Iperensione arteriosa con marcata ipertrofia ventricolare sinistra, alterazioni del fundus oculi di III grado e insufficienza renale moderata-grave	36-55%
Iperensione arteriosa ben controllata da terapia dietetica e/o farmacologica ma con necessità di frequenti adeguamenti terapeutici e moderate manifestazioni cliniche	10-15%
Esiti di trapianto cardiaco con complicanze di grado moderato	55-68%
Esiti di aneurisma aortico trattato chirurgicamente con tubo valvolato	20-36%
Endoprotesi vascolare aortica	10-15%
Arteriopatia obliterante cronica AAll in stadio IVa e IVb di Leriche-Fontaine	68-73%
Arteriopatia obliterante cronica AAll in stadio IIIa di Leriche-Fontaine	50-60%
Arteriopatia obliterante cronica AAll in stadio IIa di Leriche-Fontaine	13-18%
Flebolinfopatia forma grave	33-55%

8. MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE STOMATOGNATICA

ITEM / VOCI	
Perdita di tutti i denti e dell'osso alveolare	35-41%

Amputazione totale della lingua	50-65%
Amputazione parziale della lingua con severi disturbi funzionali	35-44%
Amputazione parziale della lingua con moderati disturbi funzionali	17-28%
Perdita del labbro inferiore con pregiudizio estetico molto rilevante e gravi difficoltà di linguaggio	20-30%
Perdita dell'emilabbro superiore con pregiudizio estetico molto rilevante e gravi difficoltà di linguaggio	15-25%
Anchilosi completa dell'articolazione temporo-mandibolare con gravi difficoltà di linguaggio e funzione masticatoria sostanzialmente abolita	46-50%
Limitazione dell'apertura della bocca con distanza interincisiva massima di 2 cm	10-14%
Malocclusione di grado moderato con asimmetria dento-facciale di grado moderato e lievi difficoltà masticatorie	10-13%

9. MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE DIGERENTE

ITEM / VOCI	
Patologia del tratto gastro-enterico (esofago-duodeno-digiuno-ileo-colon) di grado severo: stenosi superiore al 50% o resezione superiore al 50% del tratto interessato, sintomi gravi e frequenti, influenzanti in maniera significativa la qualità di vita, necessità di modifiche dietetiche estreme e di trattamento farmacologico intensivo, stato generale gravemente compromesso, perdita di peso superiore al 10% del peso corporeo abituale	46-72%
Patologia del tratto gastro-enterico (esofago-duodeno-digiuno-ileo-colon) di grado moderato: stenosi compresa tra il 25% e il 50% o resezione compresa tra il 25% e il 50% del tratto interessato, sintomi moderati e occasionali, influenzanti in maniera apprezzabile la qualità di vita, necessità di modifiche dietetiche rilevanti e di trattamento farmacologico, stato generale moderatamente compromesso, perdita di peso tra il 5% e il 10% del peso corporeo abituale	24-39%
Patologia del tratto gastro-enterico (esofago-duodeno-digiuno-ileo-colon) di grado lieve: stenosi inferiore al 25% o resezione inferiore al 25% del tratto interessato, sintomi lievi e sporadici, non influenzanti in maniera apprezzabile la qualità di vita, necessità di modifiche dietetiche lievi in assenza di trattamento farmacologico, stato generale non compromesso o lievemente compromesso, perdita di peso inferiore al 5% del peso corporeo abituale	13-17%
Incontinenza dello sfintere anale con perdita di gas e feci incontrollabile	31-38%
Patologia anorettale su base funzionale con funzione defecatoria preservata	13-20%
Patologia del pancreas di grado severo: insufficienza esocrina grave (riduzione > 50% dell'attività enzimatica), crisi dolorose frequenti e di elevata intensità, aumento significativo degli enzimi pancreatici e/o di PCR e leucociti, perdita di peso > 10% del	60-76%

peso abituale, importanti ripercussioni sullo stato generale, diabete mellito scompensato	
Patologia del pancreas di grado moderato: insufficienza esocrina moderata (riduzione tra il 25% e il 50% dell'attività enzimatica), crisi dolorose occasionali e di intensità moderata, aumento moderato degli enzimi pancreatici e/o alterazione di PCR e leucociti, perdita di peso tra il 5% e il 10% del peso abituale, ripercussioni sullo stato generale limitate ma presenti, pregiudizio della funzione endocrina con alterazione dell'equilibrio glicometabolico pur in assenza di diagnosi di diabete	21-37%
Patologia del pancreas di grado lieve: insufficienza esocrina lieve (riduzione < 25% dell'attività enzimatica), crisi dolorose sporadiche e di intensità lieve, lieve aumento degli enzimi pancreatici, perdita di peso inferiore al 5% rispetto al peso abituale, ripercussioni sullo stato generale minime o assenti, funzione endocrina conservata o lievi alterazioni dell'equilibrio glicometabolico	10-15%
Insufficienza epatica di grado severo: indice di fibrosi F4 (cirrosi), punteggio Child-Pugh 10-15, sintomi e segni gravi (encefalopatia di grado 3-4), sanguinamenti variceali frequenti)	63-74%
Insufficienza epatica di grado moderato: indice di fibrosi F2-F3, punteggio Child-Pugh 7-9, sintomi e segni moderati (ittero moderato, ascite, encefalopatia di grado 1-2)	30-35%
Insufficienza epatica di grado lieve: indice di fibrosi F0-F1, punteggio Child-Pugh 5-6, sintomi e segni lievi (astenia, subittero, splenomegalia non significativa)	11-15%
Esiti di epatectomia con residuo d'organo pari a 2/3 con alterazioni laboratoristiche di grado moderato e con manifestazioni sintomatologiche	16-25%
Esiti di trapianto epatico a seconda dell'età, della funzione epatica residua, degli effetti della terapia immunosoppressiva, della stimata percentuale di sopravvivenza, dell'eventuale presenza di fattori di rischio per complicanze	40-47%

10. MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE NEFRO-UROLOGICA

ITEM / VOCI	
Perdita di un rene con rene superstito normo funzionante	15-18%
Rene a ferro di cavallo e rene policistico dell'adulto	6-15%
Insufficienza renale grave: creatinina plasmatica: > 4 mg/dL, filtrato glomerulare < 30 ml/min/1.73 m ² , azotemia: > 80 mg/dL, anemia severa, oligoanuria, disturbi idroelettrolitici severi e di difficile controllo con terapia, manifestazioni sistemiche severe, necessità di dialisi o trapianto renale, ripercussioni cardiovascolari severe e potenzialmente letali	63-74%
Insufficienza renale moderata: creatinina plasmatica: 2-4 mg/dL, filtrato glomerulare 30-59 ml/min/1.73 m ² , azotemia: 40-80 mg/dL, anemia moderata, volume urinario ridotto, disturbi idroelettrolitici presenti ma controllabili con terapia, manifestazioni sistemiche presenti ma controllabili, non necessità di dialisi, ripercussioni cardiovascolari moderate	27-34%

Insufficienza renale lieve: creatinina plasmatica: 1.5-2 mg/dL (uomini), 1.3-1.9 mg/dL (donne), filtrato glomerulare 60-89 ml/min/1.73 m ² , azotemia: 20-40 mg/dL, lieve anemia, volume urinario normale, disturbi idroelettrolitici assenti o lievi, manifestazioni sistemiche assenti o lievi, non necessità di dialisi, ripercussioni cardiovascolari minime o assenti	15-21%
Esito di trapianto renale con insufficiente ripristino della funzionalità e complicanze di grado grave	64%
Esito di trapianto renale con soddisfacente ripristino della funzionalità e complicanze assenti o di grado lieve	30-37%
Sindrome nefrosica persistente	22-40%
Nefrostomia o ureterocutaneostomia definitiva	27-35%
Incontinenza urinaria totale	30-40%
Ritenzione urinaria cronica con necessità di frequenti cateterismi	22-30%

11. MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE SESSUALE E RIPRODUTTIVA

ITEM / VOCI	
Perdita del pene e dei testicoli prima della maturazione sessuale a seconda delle turbe endocrino-metaboliche e delle relative disarmonie di sviluppo	50-60%
Perdita del pene e dei testicoli dopo la maturazione sessuale a seconda dell'età	35-45%
Prostatite cronica abatterica o sindrome dolorosa pelvica cronica	10-14%
Perdita anatomica o funzionale dell'utero e degli annessi ed impossibilità al coito prima della maturazione sessuale, a seconda delle turbe endocrino-metaboliche e delle relative disarmonie di sviluppo/atrofia vaginale in età non fertile	50-60%
Perdita dell'utero e degli annessi prima della maturazione sessuale	40-45%
Perdita anatomica di utero e annessi dopo la maturazione sessuale (impotenza generandi e menopausa iatrogena)	25-35%
Perdita anatomica o funzionale delle salpingi in età prepubere o fertile con preservazione della capacità al coito e possibilità di conduzione a termine di gravidanza a seguito di tecniche di procreazione assistita	12-18%
Mutilazioni genitali femminili tipo III Asportazione totale del clitoride con escissione delle piccole labbra e della superficie interna delle grandi labbra e chiusura dei margini con minimale pervietà residua atta a consentire la minzione ed il flusso mestruale	23-35%
Mutilazioni genitali femminili di tipo I Escissione del prepuzio clitorideo con asportazione totale o parziale del clitoride	11-20%

Esiti di mastectomia bilaterale non protesizzata	28-40%
Esiti di mastectomia monolaterale non protesizzata comportante pregiudizio sotto il profilo fisionomico ed estetico	20-25%

12. MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE EMOLINFO-IMMUNITARIA

ITEM / VOCI	
Piastrinopenia moderata-grave con fenomeni emorragici spontanei ma in assenza di complicanze	12-22%
Emofilia grave	28-54%
Trombocitosi grave	35-43%
Aplasia midollare gravissima	63-70%
Aplasia midollare lieve: granulociti neutrofili > 1500/ μ L, piastrine > 100.000/ μ L, cellule midollari totali ridotte rispetto al normale	11-14%
Anemia di grado moderato (Hb 5-9 g/Dl con sintomatologia rilevante e necessità di 1-2 trattamenti trasfusionali/mese) senza complicanze	16-23%
Malattia da HIV avanzata (categoria C3)	83-91%
Infezione da HIV Stadio B1, B2, B3	50-60%
Linfoma Non Hodgkin HIV-relato	65-89%
Policitemia rubra vera in trasformazione leucemica	67-83%

13. MENOMAZIONI DELLE FUNZIONI ENDOCRINO-METABOLICHE

ITEM / VOCI	
Gigantismo ad elevata espressività clinica nonostante terapia	55-70%
Iperparatiroidismo in base alla gravità e alla responsività al trattamento farmacologico	25-29%
Ipotiroidismo in parziale controllo farmacologico	16-22%
Iperparatiroidismo sintomatico	20-27%

Iposurrenalismo grave con persistenti squilibri idro-elettrolitici e crisi addisoniane molto frequenti	48-58%
Iposurrenalismo con sintomi e segni parzialmente controllati dalla terapia	23-30%
Adenoma ipofisario in base alla gravità e alla responsività al trattamento	27-40%
Diabete mellito con complicanze gravi	56-61%
Diabete mellito con complicanze lievi in base alla gravità e alla responsività al trattamento farmacologico	30-37%
Diabete mellito non insulino-dipendente in scarso controllo glicemico, con moderata sintomatologia ed apprezzabile incidenza sulla qualità di vita ma senza complicanze sistemiche	17-22%
Obesità patologica trattata con intervento chirurgico restrittivo o derivativo (bypass)	30-36%
Obesità moderata (BMI 35-39,9) in assenza di significative ripercussioni su organi ed apparati condizionate dall'eccesso ponderale	10-14%

14. MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE ESTETICA

ITEM / VOCI	
<p>Classe II: il pregiudizio estetico è da lieve a moderato</p> <p>L'anormalità risulta evidente anche ad un'osservazione superficiale ed è oggetto di auto-percezione negativa, amplificata dalla constatazione di un'attenzione particolare da parte di terzi.</p> <p>In linea di massima si tratta di cicatrici relativamente estese al volto, o alla regione anteriore del collo, o maggiormente estese ad altre regioni corporee. Rientrano in questa classe:</p> <p>Cicatrici: lineari o irregolari, piane, di media estensione (nell'ordine di 3-5 cm) oppure di minor estensione ma ipertrofiche e discromiche al volto e alla regione anteriore del collo ed alle mani; cicatrici lineari e/o nastriformi estese (nell'ordine di 10-15 cm), ipertrofiche o discromiche, al tronco o agli arti (mani escluse).</p> <p>Deformità e altre anormalità: infossamenti o bozzature di media estensione sulla regione fronto-orbita-zigomatica e mascellare e dismorfismi della regione mandibolare, comportanti asimmetria del volto; marcata deformazione della piramide nasale; vaste aree di alopecia.</p> <p>Perdite anatomiche: perdita sub-totale o molto ampia di un padiglione auricolare; perdita circoscritta o marcata deformazione della piramide nasale; perdita parziale di un labbro.</p>	6-15%
<p>Classe III: il pregiudizio estetico è da moderato a rilevante</p> <p>Le alterazioni anatomiche, sovente produttive anche di riverberi disfunzionali, hanno un notevole impatto negativo sull'omeostasi del soggetto, inficiandone alquanto negativamente le fattezze, in maniera tale da attirare "attenzioni negative" da parte di terzi. Si tratta di vistose cicatrici interessanti il volto e la regione anteriore del collo o di notevole estensione ad altre regioni corporee. Rientrano in questa classe:</p>	16-25%

<p>Cicatrici: plurilineari o irregolari, di estensione dell'ordine di 6-15 cm, discromiche e/o distrofiche, al volto e alla regione anteriore del collo e alle mani; oppure di minor estensione ma notevolmente ipertrofiche e/o cheloidee a tali distretti, ovvero di notevole estensione (oltre 15 cm) al tronco o agli arti, specie se insistenti su aree per lo più lasciate normalmente scoperte dall'abbigliamento diffusamente utilizzato da soggetti equiparabili al danneggiato per genere ed età.</p> <p>Deformità e altre anomalie: marcate asimmetrie facciali.</p> <p>Perdite anatomiche: perdita totale di un padiglione auricolare; perdita di gran parte del naso.</p>	
<p>Classe IV: il pregiudizio estetico è molto rilevante</p> <p>Le alterazioni anatomiche, quasi sempre produttive anche di riverberi disfunzionali, se presenti a livello del volto e della regione anteriore del collo, determinano una ragguardevole modificazione della fisionomia del soggetto, che risulta non solo allo stesso plausibilmente inaccettabile, ma anche incidente sulla sua "riconoscibilità" da parte di terzi che ne avevano previa conoscenza.</p> <p>Possono essere comprese in questa classe anche grossolane alterazioni anatomiche, coinvolgenti molto estesamente il tronco e gli arti. Rientrano in questa classe:</p> <p>Cicatrici: irregolari, ipertrofiche e/o cheloidee interessanti circa la metà del volto e della regione anteriore del collo; esiti di scotennamento totale o sub-totale; alterazioni francamente deturpanti, coinvolgenti massivamente il tronco e gli arti.</p> <p>Perdite anatomiche: perdita completa di entrambi i padiglioni auricolari; perdita completa del naso; perdita totale o sub-totale delle labbra.</p>	26-35%
<p>Classe V: il pregiudizio estetico è grave</p> <p>Oltre a determinare un drastico e completo sovertimento della fisionomia dell'intero volto e pure delle fattezze di altri distretti corporei, con importanti ripercussioni disfunzionali, risulta considerevolmente pregiudicata la c.d. "accettazione sociale", di talché il soggetto è costretto a contrarre notevolmente la propria relazionalità.</p> <p>Rientrano in questa classe:</p> <p>Cicatrici: notevolmente ipertrofiche e/o cheloidee, nonché fortemente discromiche e retraenti, estese all'intero volto e alla regione anteriore del collo, nonché al cuoio capelluto, con totale sovertimento della fisionomia, che non corrisponde più a quella di epoca pre-lesiva (tali condizioni si osservano tipicamente quali esiti di ustioni da fiamma, caustici, etc.).</p> <p>Perdite anatomiche: coesistenza di più d'una delle alterazioni annoverate nella Classe IV</p>	36-50%

15. MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE TEGUMENTARIA E DEL CONNETTIVO

ITEM / VOCI	
Sclerodermia variante diffusa con severo impegno sistemico	47-70%
Sclerodermia variante limitata alla cute	10-15%
Dermopatia in stadio III, con severo pregiudizio estetico e importante sintomatologia malgrado trattamento farmacologico sistemico	35-40%
Dermopatia in stadio II, con moderato pregiudizio estetico e sintomatologia non responsiva al solo trattamento farmacologico topico	19-28%

Dermopatia in stadio I, con lieve pregiudizio estetico e modesta sintomatologia in trattamento farmacologico solo topico	9-18%
Vasculiti, forma grave (con sintomatologia di entità severa, coinvolgimento multisistemico e necessità di terapia immunosoppressiva e/o corticosteroidea ad alti dosaggi)	45-65%
Vasculiti, forma moderata responsiva alla terapia farmacologica	20-35%
Vasculiti, forma lieve (con sintomatologia di entità modesta e controllabili attraverso blanda terapia antinfiammatoria)	9-20%

16. MENOMAZIONI E PROTESI

ITEM / VOCI	
Anoftalmia con possibilità di protesi estetica	30%
Perdita anatomica dell'avambraccio in lato dominante a qualsiasi altezza in rapporto alla possibilità di protesizzazione	46-55%
Perdita anatomica di entrambi gli arti inferiori a qualsiasi livello di coscia, in rapporto alla possibilità di applicazione di protesi efficace	65-85%
Protesi di spalla arto dominante – Classe III con grave limitazione dei movimenti e perdita del movimento scapolo-toracica	30%
Protesi di spalla arto non dominante – Classe III con grave limitazione dei movimenti e perdita del movimento scapolo-toracica	27%
Protesi di spalla arto dominante – Classe I Elevazione > 100°, abduzione > 90°, rotazione esterna ad arto addotto > 30°, movimento combinato di rotazione interna e adduzione con mano che raggiunge il passaggio dorso-lombare. Dolore assente o saltuario, ben controllato con terapia medica. Movimento completo contro gravità e contro massima resistenza (F 5-normale). All'esame radiografico: protesi ben posizionata, assenza di calcificazioni	16-19%
Protesi d'anca – Classe IV con instabilità, impossibilità di ri-protesizzazione, grave limitazione dei movimenti, eterometria >5 cm. e anomala rotazione dell'arto	40-43%
Protesi d'anca – Classe I - Pressoché completo recupero dell'ampiezza dei movimenti, in assenza di dolore e di dismetria, con tono-trofismo muscolare conservato	15-17%
Protesi di ginocchio – Classe III - Dolore costante e non completamente sensibile ai farmaci, rilevante deficit articolare, deambulazione molto limitata e possibile soltanto con bastone, marcata ipotrofia muscolare, osteoporosi. In caso di mal posizionamento o di mobilità della protesi il valore massimo del range deve essere maggiorato fino al 35-40%, specie nel caso in cui non sia praticabile la ri-protesizzazione	16-36%

Protesi di ginocchio – Classe I -Pressoché completa assenza di dolore, lievi deficit articolari in flessione, lieve ipotrofia muscolare	10-19%
Protesi di caviglia – Classe III Protesi non efficace, dolore costante e soltanto parzialmente controllabile in farmaci, grave limitazione della sotto-astragalica con zoppia	22-25%

INDICE

Premessa; 1

Gli statement definitivi; 2

Criteri applicativi della tabella delle menomazioni alla integrità psicofisica comprese tra 10 e 100 punti di invalidità; 4

Note metodologiche sulla struttura delle tabelle definitive; 11

Tabella delle menomazioni alla integrità psicofisica comprese tra 10 e 100 punti di invalidità permanente; 12

MENOMAZIONI DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE (SNC); 12

MENOMAZIONI DEL SISTEMA NERVOSO PERIFERICO (SNP); 13

MENOMAZIONI DELLE FUNZIONI PSICHICHE; 14

MENOMAZIONI DEGLI ORGANI DI SENSO; 15

MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE MUSCOLO-SCHELETRICA; 15

MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE MUSCOLO-SCHELETRICA – CRANIO E MASSICCIO FACCIALE; 15

MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE MUSCOLO-SCHELETRICA – RACHIDE E BACINO; 16

MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE MUSCOLO-SCHELETRICA – ARTO SUPERIORE; 16

MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE MUSCOLO-SCHELETRICA – ARTO INFERIORE; 17

MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE MUSCOLO-SCHELETRICA – GABBIA TORACICA, PARETE ADDOMINALE, ERNIE; 18

MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE RESPIRATORIA; 18

MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE CARDIOVASCOLARE; 20

MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE STOMATOGNATICA; 21

MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE DIGERENTE; 21

MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE NEFRO-UROLOGICA; 22

MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE SESSUALE E RIPRODUTTIVA; 23

MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE EMOLINFO-IMMUNITARIA; 24

MENOMAZIONI DELLE FUNZIONI ENDOCRINO-METABOLICHE; 25

MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE ESTETICA; 25

MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE TEGUMENTARIA E DEL CONNETTIVO; 27

MENOMAZIONI E PROTESI; 27