

PROVA SCRITTA PRATICA 1

Analizzi il/la candidato/a il caso in seguito descritto, evidenziando se sono stati commessi errori professionali nella sua gestione, descrivendoli e specificando se gli stessi possono rappresentare condotte professionali inadeguate risarcibili in ambito civilistico.

Dica inoltre se sussista un rapporto causale tra le condotte ritenute inadeguate ed un peggioramento temporaneo e/o permanente delle generali condizioni del soggetto rispetto a quelle preesistenti.

In caso positivo, utilizzando tutti gli elementi sotto riportati, descriva e quantifichi per intero tutte le voci di danno risarcibili in ambito civilistico, secondo la dottrina medico legale e la corrente giurisprudenza, utilizzando se ritenuto necessario anche il materiale fornito (pagine estratte da "SIMLA, linee guida per la valutazione medico-legale del danno alla persona in ambito civilistico, Giuffrè Editore, 2016").

Donna di anni 45, scolarità diploma professionale di OSS, al momento dei fatti lavorava come OSS a tempo pieno con contratto a tempo indeterminato presso RSA (Residenza Socio Assistenziale).

Non patologie di rilievo pregresse.

Attività sportiva svolta con assiduità, soprattutto passeggiate in montagna e sci.

In data **24.01.2016** mentre sciava sulle piste di Val d'Ultimo (BZ), cadeva accidentalmente senza responsabilità di terzi.

Subito dopo l'accaduto si recava al locale Pronto Soccorso ove, previ accertamenti clinici e radiografici, era posta diagnosi di "**frattura testa omerale ds**".

La radiografia spalla destra evidenziava "...frattura a più rime della testa e del collo omerali, anche con distacco del trochite. La testa omerale appare rispetto alla diafisi caudalizzata ed in posizione antero-laterale".

La successiva TAC confermava "frattura comminuta e parzialmente ingranata dell'omero prossimale a livello del collo chirurgico e della testa omerale. Rima di frattura composta interessa il trochite omerale ed il III anteriore della superficie articolare (con lieve disallineamento). Il trochite omerale risulta interessato dalla frattura con frammentazione del settore più dorsale che appare dislocato posteriormente rispetto alla testa".

Il **27.01.2016** sottoposta ad intervento di "riduzione cruenta di frattura dell'omero con fissazione interna con placca e viti metalliche".

Profilassi antibiotica eseguita 3 ore prima dell'intervento con Cefazolina 2g.



Il **29.01.2016** dimessa in buone condizioni con diagnosi di **“frattura 4 frammenti testa omero destro”**, prognosi di 60 giorni e consiglio di Paracetamolo se dolore, tutore omer bend per 15 giorni, mobilizzazione del gomito rilasciando la parte anteriore del tutore, medicazione e visita ortopedica dopo 7 giorni, procedere a medicazioni domiciliari delle ferite a giorni alterni.

Successive visite ortopediche il **08.02.2016** e **15.02.2016** (desutura completa e indicazione di iniziare FKT).

Il **16.03.2016** iniziava FKT sotto controllo specialistico presso lo stesso ospedale e presso privati.

Il **26.04.2016**, durante l'ultima seduta di FKT prevista, accusava dolore alla spalla destra che diventava nelle ore seguenti ingravescente ed intenso.

Il **27.04.2016** si recava in P.S. dell'Ospedale di riferimento dove gli esami ematochimici mostravano aumento della PCR e della VES.

Dimessa con diagnosi di sospetta infezione alla spalla e indicazione ad approfondimenti strumentali di 2° livello.

In data **04.05.2015** eseguiva scintigrafia con leucociti marcati che confermava il sospetto di infezione in sede di intervento.

Alla luce di tali accertamenti la paziente era nuovamente ricoverata il **14.05.2016** e sottoposta ad intervento di rimozione dei mezzi di sintesi, debridement chirurgico, lavaggio. Dagli esami microbiologici eseguiti sul materiale asportato si evidenziava lo sviluppo di uno *Staphylococcus epidermidis* meticillino-sensibile.

Dimessa il **16.05.2016** con indicazione a tutore immobilizzante per 3 settimane e terapia antibiotica con Claritromicina e Moxifloxacina

Rimosso il tutore di spalla il **08.06.2016**, si riscontrava una grave limitazione funzionale della spalla dx.

Iniziava pertanto nuovi cicli di FKT assistita sia presso l'ospedale sia presso centro clinico privato.

Data la negatività della scintigrafia con leucociti marcati e degli indici di flogosi, il **28.11.2016** era ricoverata presso il Reparto di Ortopedia dell'Ospedale di riferimento per essere sottoposta in data **29.11.2016** ad intervento di “sostituzione totale della spalla con protesi”.

Dimessa il **01.12.2016** con prescrizione di tutore immobilizzante alla spalla dx per 20 giorni e successiva FKT.

Successivamente controlli ortopedici e ciclo di FKT per ulteriori 4 mesi.

Indici di flogosi stabilmente nella norma.

Il controllo con scintigrafia del **20.03.2017** confermava l'assenza di recidive infettive.

Riprendeva il lavoro il **01.04.2017**.

Il medico competente aziendale la riteneva idonea a volgere i compiti dell'OSS con limitazioni: sollevamento di pesi concesso con l'arto superiore dx fino a 5 Kg, non mobilizzare ospiti non autosufficienti, controindicati compiti che prevedano l'utilizzo continuativo dell'arto superiore sx.

Per tali motivi il datore di lavoro le affidava compiti esclusivi di animazione degli ospiti.



I DATI DELLA VISITA MEDICO LEGALE

Accusa dolore alla spalla destra, che tratta con Contramal e Brufen, saltuariamente. L'articolarietà è riferita ancora piuttosto impegnata, ma riferisce negli anni miglioramento sul piano algico. Non riesce più a sciare per insorgenza di dolore alla spalla dx dovendo utilizzare i bastoncini.

Riferisce di non svolgere più FKT; riferisce che nei vari periodi di cura ha svolto i controlli specialistici presso l'ospedale che l'ha avuta in cura, mentre la FKT è stata svolta sia presso l'ospedale che presso privati, in quanto solo in tale sede ha trovato una continuità di trattamento; presenta fatture di spesa per FKT svolta in centro clinico privato nei periodi:

- 26.03.2016 – 10.04.2016 – euro 600 (10 sedute)
- 20.04.2016 – 26.04.2016 – euro 300 (5 sedute)
- 10.06.2016 – 20.06.2016 – euro 600 (10 sedute)
- 10.07.2016 – 20.07.2016 – euro 600 (10 sedute)
- 10.09.2016 – 20.09.2016 – euro 600 (10 sedute)
- 10.10.2016 – 20.10.2016 – euro 600 (10 sedute)
- 10.01.2017 – 20.01.2017 – euro 600 (10 sedute)
- 10.02.2017 – 20.02.2017 – euro 600 (10 sedute)
- 10.03.2017 – 20.03.2017 – euro 600 (10 sedute)

Dal punto di vista lavorativo conferma di lavorare sempre presso la stessa RSA, ma di essere stata adibita all'animazione degli ospiti anziani, con lo stesso stipendio in precedenza percepito (1.500,00 euro / mese); non percepisce però più le indennità notturne necessarie per la cura e assistenza degli ospiti non autosufficienti, che prima le permettevano di guadagnare ulteriori 300,00 euro / mese rispetto allo stipendio base. Riferisce facile affaticabilità e dolenzia all'arto superiore dx durante le attività ricreative lavorative, dovendo comunque utilizzare in modo quasi continuativo l'arto superiore dominante.

Si procede quindi **all'esame obiettivo** rilevando soggetto femminile, in buone condizioni generali, alta 170 cm, peso 65 kg, destrimane. Tono dell'umore eutimico.

Spalla destra: esito cicatriziale di 22 cm in fossa deltoidea pettorale infossato e violaceo, adeso ai piani. Dolente la palpazione della spalla. L'esame della funzionalità articolare dimostra elevazione concessa per 60 gradi, abduzione 60 gradi, retropulsione quasi abolita, intrarotazione completa, extrarotazione limitata di 2/3. Ipotrofia del cingolo con spianamento della muscolatura, soprattutto in regione posteriore.

Forza misurabile alla spalla dx 4/5, non deficit vascolo-nervosi.



con ulteriori episodi di lussazione, è indicato il trattamento chirurgico, generalmente effettuato in artroscopia, mediante utilizzo di "ancore" dalle quali fuoriescono fili in tessuto non riassorbibile ad alta resistenza che vengono passati e legati attorno alla capsula articolare ed al labbro glenoideo, onde ricreare la normale tensione capsulare (capsuloplastica). La procedura tradizionale, indicata in presenza di lesioni ossee associate, prevede l'incisione chirurgica sulla faccia anteriore della spalla e l'utilizzo di varie tecniche di plastica capsulare.

La chirurgia protesica della spalla ha avuto notevoli sviluppi negli ultimi anni, con consensuale ampliamento delle indicazioni agli interventi di sostituzione o della sola componente omale (emi-artroplastica), o di entrambe le componenti, omale e glenoidea (protesi totale), interventi dei quali possono avvalersi fratture dell'omero prossimale, omo-artrosi primitive, osteonecrosi asettiche, artropatie reumatoidi, artrosi o pseudo-paralitiche, anche con rottura massiva irreparabile della cuffia dei rotatori.

Sono attualmente disponibili diversi modelli di protesi, raggruppabili in 5 tipologie: protesi da frattura; protesi anatomiche — modulari; protesi di rivestimento o di superficie; protesi senza stelo; protesi inverse.

VALUTAZIONE MEDICO-LEGALE

La valutazione deve basarsi sulla tipologia e sulla gravità della lesione, sul grado di tono-troismo muscolare e sull'entità della limitazione funzionale.

In caso di trattamento chirurgico, la valutazione degli esiti deve tener conto del tipo di trattamento eseguito e dell'entità del deficit articolare residuo, riservando percentuali minori agli interventi mini-invasivi di plastica acromiale, associati o meno a bursotomia ed a *debridement* della cuffia (indicati per patologia da conflitto in assenza di franche lesioni tendinee), poiché in tali casi l'anatomia articolare gleno-omale non viene interessata e la capsula non viene incisa.

I parametri di riferimento per la valutazione degli esiti del trattamento protesico sono i seguenti: caratteristiche della protesi (cementata, non cementata, inversa), dolore, grado di stabilità protesica, mobilità articolare attiva e forza, valutata in base alla scala MRC (per la cui consultazione si rimanda al capitolo 2). Altri elementi da considerare sono rappresentati dall'eventuale sacrificio del tendine del capo lungo del bicipite brachiale, dall'escursione dei movimenti passivi e dalle caratteristiche del loro arresto (elastico o rigido), dallo stato della cuffia dei rotatori, dalla mio-ipotonotrofia e dalle ipoestesi regionali. Basilare supporto alla valutazione è l'*imaging*, che fornisce dati molto utili per la definizione della situazione anatomica e delle possibili evoluzioni del quadro sulla base della presenza, o meno, di calcificazioni periartricolari, di scollamenti periprotetici, di eventuali incongruenze articolari.

Per la valutazione degli esiti delle protesi di spalla si deve inoltre tener conto del fatto che la protesi inversa, imponendo un'ampia demolizione delle strutture osso-articolari, merita percentuali piuttosto elevate, anche in considerazione del fatto che, ove si prospettasse la necessità di un reimpianto, l'intervento sarebbe più difficoltoso e con minor possibilità di esito positivo, stante la demolizione anatomica precedentemente attuata.

Anchilosi della scapolo-omale in posizione favorevole (arto addotto al fianco ed elevato fra 20° e 40°) con associata perdita del movimento della scapolo-toracica
Vi è l'impossibilità della presa di oggetti in posizione elevata, con preclusione o drastica compromissione di molti atti della vita quotidiana.

Anchilosi della scapolo-omale in posizione favorevole (arto addotto ed elevato fra 20° e 40°), senza limitazione della scapolo-toracica
La possibilità di mobilizzare la scapolo-toracica consente una maggiore mobilità dell'arto nello spazio rispetto a quadro precedente.

Limitazione del movimento di abduzione-elevazione della scapolo-omale con escursione articolare possibile sino a 45°

Limitazione del movimento di abduzione-elevazione della scapolo-omale con escursione articolare possibile sino a 90°

30% (d.)
28% (n.d.)

25% (d.)
23% (n.d.)

20% (d.)
18% (n.d.)

12% (d.)
10% (n.d.)

Perdita del solo movimento di rotazione della scapolo-omale

Escursione articolare della scapolo-omale limitata globalmente di circa la metà (elevazione ed abduzione possibili sino a 90°, rotazioni possibili per metà, senza limitazione della scapolo-toracica)	8% (d.) 7% (n.d.)
Tale condizione consente un discreto utilizzo dell'arto nella quotidianità, essendo l'articolazione patata con un'elevazione intorno ai 90° e con un'abduzione intorno ai 45°.	
Escursione articolare della scapolo-omale limitata globalmente di circa un terzo (elevazione possibile per 110°, abduzione per 90° e rotazioni per due terzi)	9% (d.) 8% (n.d.)
I disagi nella quotidianità sono connessi con i movimenti compensatori cui sono sottoposte le articolazioni vicine, che, con funzione vicaria, consentono il compimento di gran parte degli atti della vita quotidiana.	
Instabilità di spalla di grado lieve, accertata clinicamente e strumentalmente	5-9% (d.) 4-8% (n.d.)
Instabilità di spalla di grado moderato-grave, accertata clinicamente e strumentalmente	10-15% (d.) 9-13% (n.d.)
Esiti di lussazione scapolo-omale, con moderata disfunzionalità analgica	1-4% (d.) 1-3% (n.d.)
Esiti di lesione isolata del tendine sovraspinoso, non trattata chirurgicamente	2-3% (d.) 1-4% (n.d.)
La percentuale minima del <i>range</i> è assegnabile alle lesioni parcellari ben circoscritte.	
Esiti di lesione isolata del tendine sottoscapolare, non trattata chirurgicamente	1-3% (d.) 1-2% (n.d.)
La lesione comporta essenzialmente un deficit nella intrarotazione, di minor incidenza invalidante rispetto al quadro precedente.	
Esiti di lesione di due o più tendini, tra i quali il sovraspinoso, non trattata chirurgicamente	4-8% (d.) 3-7% (n.d.)
La percentuale massima deve essere attribuita alle lesioni complesse.	
In caso di contestuale presenza di limitazione articolare la percentuale deve essere integrata con quella ad essa relativa, sino al valore previsto per l'anchilosi in caso di abduzione della articolazione.	
Esiti di bursotomia semplice	2%
Esiti di acromioplastica avanzata; sezione del legamento coraco-omale	3-4% (d.) 2-3% (n.d.)
Esiti di lesioni tendinee della cuffia dei rotatori trattate chirurgicamente	7-10% (d.) 6-9% (n.d.)
Le percentuali sono prospettate in caso di lieve deficit articolare e fanno riferimento agli esiti di acromioplastica e bursotomia.	
Qualora l'intervento chirurgico abbia comportato la tenotomia del capo lungo del bicipite, variante chirurgica volta a stabilizzare il tendine spesso degenerato e fonte di dolore, in assenza di importanti deficit flessori dell'avambraccio, la valutazione può giungere al valore massimo del <i>range</i> . Nel caso di esiti di interventi di trasposizione muscolare per lesioni massive della cuffia dei rotatori, non riparabili con ricostruzione standard e sutura trans-ossa, la valutazione deve essere almeno del 10% da integrarsi con la percentualizzazione del deficit articolare residuo.	
Esiti di lesione di uno dei tendini del muscolo bicipite brachiale non trattata chirurgicamente	7-12% (d.) 6-10% (n.d.)
Le percentuali maggiori vanno riservate ai casi di lesione totale del tendine distale.	
Esiti di lesione del tendine distale del muscolo bicipite brachiale trattata chirurgicamente	5-10% (d.) 4-9% (n.d.)

Questo tipo di lesione altera gravemente la flessione del gomito, per cui si impone solitamente il trattamento chirurgico.

Esiti di lesione di uno dei tendini prossimali del muscolo bicipite brachiale trattata chirurgicamente La rottura del tendine del capo lungo determina, oltre ad una minore stabilità della spalla, ipostenia nel movimento d'elevazione del braccio e di flessione del gomito e deformazione del ventre muscolare, con conseguente inestetismo.	4-7% (d.) 3-6% (n.d.)
	4-6% (d.) 3-5% (n.d.)
Esiti di frattura diafisaria dell'omero, con lievissima limitazione funzionale, calli osseo esuberante, moderato accorciamento e deviazione dell'asse	4-6% (d.) 3-5% (n.d.)
Esiti di frattura diafisaria dell'omero trattata chirurgicamente, con persistenza dei mezzi di sintesi e moderata limitazione funzionale	6-8% (d.) 5-7% (n.d.)
Esiti di frattura diafisaria dell'omero evoluta in pseudotartrosi	12-15% (d.) 10-13% (n.d.)
La valutazione va graduata in base alla gravità del quadro clinico, del substrato anatomo-patologico e dell'efficacia del tutore ortopedico ove utilizzabile.	
Protesi di spalla — 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 salutare, ben controllato con terapia medica. Movimento completo contro gravità e contro massima resistenza (T5-normale). All'esame radiografico: protesi ben posizionata, assenza di calcificazioni.	15-20% (d.) 13-18% (n.d.)
Protesi di spalla — Classe II Elevazione possibile sino a 100°, abduzione sino a 90°, rotazione esterna ad arto addotto sino a 30°, movimento combinato di rotazione interna e adduzione con mano che raggiunge il passaggio lombosacrale. Dolore frequente, con discreta risposta farmacologica. Movimento completo contro gravità e contro lieve resistenza (T4-buona). All'esame radiografico: presenza di moderate calcificazioni dei tessuti molli ed eventuale incongruità articolare.	21-25% (d.) 19-23% (n.d.)
Protesi di spalla — Classe III Elevazione compresa fra 30° e 100°, abduzione fra 30° e 90°, rotazione esterna ad arto addotto compresa fra 5° e 30°, rotazione interna solo accennata. Dolore pressoché costante con scarsa risposta al trattamento farmacologico. Movimento completo contro gravità (T3-moderata). All'esame radiografico: protesi mal posizionata, scollamenti peritrofici, calcificazioni dei tessuti molli.	26-30% (d.) 24-28% (n.d.)

6.7.b. Gomito e avambraccio

L'articolazione del gomito presiede ai movimenti di flessione-estensione e di pronosupinazione dell'avambraccio, quest'ultima consentita dalla possibilità del radio di ruotare attorno all'ulna, con compartecipazione ai gradi estremi di questo movimento da parte dell'articolazione radio-ulnare distale.

Il movimento di flessione-estensione ha un angolo di circa 140°, a partire dai 180° della estensione massima sino ai 40° della massima flessione; risulta funzionalmente del tutto trascurabile la possibilità di iperestensione, che solitamente non supera i 5°. Nella pronosupinazione l'escursione possibile, a partire dalla condizione intermedia (0°), è di circa 90° per entrambi i movimenti.

Nella maggior parte dei casi le fratture del capello radiale sono composte o riguardano una piccola parte della superficie articolare per cui è indicato il trattamento incruento. Il trattamento chirurgico, mediante applicazione di mezzi di sintesi quali microviti e microplacche, è riservato alle situazioni in cui è coinvolta più di un terzo della superficie articolare o nei casi di particolare scomposizione della frattura. Ove la frattura non sia riducibile, a causa dell'elevata scomposizione e comminazione è

indicata la sostituzione protesica del capello, intervento che, negli ultimi anni, ha avuto sempre più frequente impiego al fine di evitare la valgizzazione del gomito, ottenere una buona stabilità articolare ed un soddisfacente recupero funzionale.

Le anchilosi del gomito in posizione sfavorevole sono estremamente rare, essendo limitate ai casi in cui vi sia impossibilità ad intervenire chirurgicamente per bloccare l'articolazione in una posizione sfavorevole, ovvero per applicare una protesi.

Anche la pseudotartrosi delle ossa dell'avambraccio è evenienza ormai rara, potendo essere trattata con osteosintesi, salvo i casi in cui condizioni cliniche sistemiche e/o locali controindichino l'intervento chirurgico.

VALUTAZIONE MEDICO-LEGALE

Le valutazioni prospettate per le anchilosi di gomito in massima estensione o flessione trovano motivazione pressoché esclusivamente quali parametri di riferimento valutativo, in quanto, salvo eccezionali casi di inoperabilità, si tende quanto meno a fissare chirurgicamente l'articolazione in posizione favorevole.	
Anchilosi del gomito in massima flessione con pronosupinazione libera	28% (d.) 26% (n.d.)
Anchilosi del gomito in massima estensione con pronosupinazione libera	24% (d.) 22% (n.d.)
Anchilosi del gomito in posizione favorevole (80-100° di flessione) con pronosupinazione libera	18% (d.) 16% (n.d.)
Anchilosi della pronosupinazione in posizione sfavorevole (massima supinazione)	14% (d.) 12% (n.d.)
Comporta una notevole compromissione della funzione prensile, per la difficoltà di posizionare correttamente la mano nello spazio.	
Anchilosi della pronosupinazione in posizione favorevole (20° di pronazione)	10% (d.) 9% (n.d.)
Compromette l'esecuzione di numerosi movimenti che richiedono le rotazioni dell'avambraccio.	
Limitazione del movimento di flessione-estensione con escursione possibile per 40° con pronosupinazione libera	12-16% (d.) 10-14% (n.d.)
Il valore massimo è attribuibile alle condizioni in cui il movimento è consentito in range non favorevole (160°-120°).	
Limitazione del movimento di flessione-estensione con escursione possibile per 90° (da 180° a 90°) con pronosupinazione libera	8% (d.) 7% (n.d.)
190° di escursione flessoria consentono una sufficiente funzionalità dell'arto.	
Limitazione del movimento di flessione-estensione con escursione possibile per 120° in range favorevole (170°-50°) con pronosupinazione libera	4% (d.) 3% (n.d.)
Esiti di frattura diafisaria del radio o dell'ulna, a seconda del dismorfismo del collo oleo; in assenza o con lieve limitazione funzionale delle contigue articolazioni	2-4% (d.) 1-3% (n.d.)
Esiti di frattura diafisaria bicefia dell'avambraccio, a seconda del dismorfismo del collo oleo, in assenza o con lieve limitazione funzionale delle contigue articolazioni	5-7% (d.) 4-6% (n.d.)
Esiti di frattura diafisaria del radio e/o dell'ulna, trattata chirurgicamente, con persistenza dei mezzi di sintesi e lieve limitazione funzionale delle contigue articolazioni	6-8% (d.) 5-7% (n.d.)
Esiti in pseudotartrosi di frattura del radio o dell'ulna, a seconda del dismorfismo osseo residuo e dell'efficacia del tutore ortopedico, ove utilizzabile	7-12% (d.) 6-10% (n.d.)
Esiti in pseudotartrosi di frattura diafisaria bicefia dell'avambraccio, a seconda del dismorfismo osseo residuo e dell'efficacia del tutore ortopedico, ove utilizzabile	12-15% (d.) 10-13% (n.d.)
Esiti di capitelectomia	7% (d.) 6% (n.d.)
Protesi di capello radiale	4-7% (d.)

→

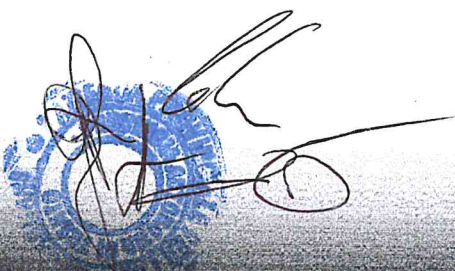
La buona tecnica valutativa impone dunque di valutare caso per caso e distinguere la menomazione viscerale dal danno estetico da cicatrice residuo all'accesso chirurgico.

Per la valutazione del danno alla funzione estetica sono state individuate 6 classi di crescente gravità, in base alle caratteristiche intrinseche del difetto. La quantificazione deve essere modulata in base alle caratteristiche intrinseche del difetto, rapportata all'estensione della cicatrice rispetto al disretto interessato ed al pregio estetico del difetto, rilevatazza o infossamento, discromia e discidia (o effetti retrattili) ed estreche (seno più o meno evidente).

...forma o marcata deformazione della piramide nasale, perita parziale di un...	16-25%
--	---------------

Caso III. Pregiudizio estetico da moderato a rilevante

...anche di viverberi 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:

Cicatrici: plurilineari o irregolari, di estensione dell'ordine di 6-15 cm, discromiche e/o distrofiche, al volto ed alla regione anteriore del collo ed alle mani; oppure di minore estensione ma notevolmente ipertrofiche e/o cheloides a tali distretti, ovvero di notevole estensione (oltre 15 cm) al tronco o agli arti, specie se insistenti su arce per lo più lasciate normalmente scoperte dall'abbigliamento diffusamente utilizzato da soggetti equiparabili al danneggiato per genere ed età.

Deformità e altre anomalie: marcate asimmetrie facciali.

Perdite anatomiche: perdita totale di un padiglione auricolare; perdita di gran parte del naso.

Classe IV. Pregiudizio estetico molto rilevante

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.

Possono essere comprese in questa classe anche grossolane alterazioni anatomiche coinvolgenti molto estesamente il tronco e gli arti.

Rientrano in questa classe:

Cicatrici: irregolari, ipertrofiche e/o cheloides interessanti circa la metà del volto e della regione anteriore del collo; esiti di scotomamento totale o sub-totale; alterazioni francamente deturpanti e coinvolgenti massivamente il tronco e gli arti.

Perdite anatomiche: perdita completa di entrambi i padiglioni auricolari; perdita completa del naso; perdita totale o sub-totale delle labbra.

Classe V. Pregiudizio estetico grave

Oltre a determinare un elastico e completo sovvertimento della fisionomia dell'intero volto e 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.

Rientrano in questa classe:

Cicatrici: notevolmente ipertrofiche e/o cheloides, nonché fortemente discromiche e re-
traenti, estese all'intero volto ed alla regione anteriore del collo, nonché al cuoio capelluto, con totale sovvertimento 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.).

Perdite anatomiche: consistenza di più di una delle alterazioni annoverate nella Classe IV.

Classe VI. Pregiudizio estetico gravissimo con ripercussioni su funzioni diverse da quella estetica

L'intero ambito somatico risulta drasticamente e ubiquitariamente sovvertito da grossolani ed estesissimi reliquati cicatriziali e da perdite di tessuti molli, o di appendici corporee, rendendo le fattezze praticamente "mostruose" e tali da suscitare sgomento e ripugnanza nell'osservatore, nonché da innescare reazioni di evitamento dei contatti del soggetto con terzi e, reciprocamente, dei terzi con il soggetto, fino a determinare quella tipica condizione di "ritiro sociale", quasi sempre congiunta ad importanti disturbi psico-patologici, spesso osservabili in queste fattispecie.

Le ripercussioni su funzioni diverse da quella estetica devono essere valutate aggiuntiva-

Bibliografia

BASSETTO F. et al., *Scar management. Practical guidelines*, Maca Cloetens ed., Bruxelles, 2011.

BAKERS N. et al., *Burn scar assessment: a systematic review of different scar scales*, J Surg Res, 14(1): 115-123, 2010.

BAKERS N. et al., *Sulla permanenza degli esiti cicatriziali delle ferite al viso. Presupposti fisiopatologici e clinici e problematica medico-legale*, Riv It Med Leg, 9: 117-139, 1987.

BAKERS N. et al., *La peculiarità del documento estetico ai fini del risarcimento del danno biologico*, Riv It Med Leg, p. 978-79, 2004.

BAKERS N. et al., *Lineamenti di trattistica medico-legale*, Archivio penale, 1947.

BAKERS N. et al., *Il danno estetico di rilevanza estetica*, www.altalex.it.

BAKERS N. et al., *Le menomazioni dell'efficienza estetica e l'art. 583 c.p.*, Riv It Med Leg, 2: 603-623, 1999.

BAKERS N. et al., *La cicatrice chirurgica. Verità cliniche e problemi medico legali*, Minerva Medica ed., Torino, 2006.

BAKERS N. et al., *Il danno da cicatrici cutanee. Classificazione e valutazione medico legale*, Minerva Medica ed., Torino, 1997.

BAKERS N. et al., *Cicatrice e danno estetico. Valutazione del danno biologico*, Minerva Medica ed., Torino, 1999.

BAKERS N. et al., *Il danno estetico: valutazione medico-legale*, Giuffrè ed., Milano, 2012.