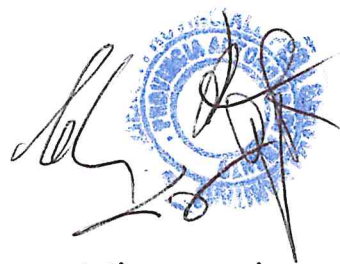


PROVA SCRITTA PRATICA 2



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"*).

Uomo di anni 53, scolarità diploma di scuola media, artigiano edile titolare di ditta individuale.

Pregressa amputazione 3° dito mano sx da infortunio sul lavoro, già indennizzata in ambito INAIL. Non altre patologie di rilievo pregresse.

Nessuna attività sportiva svolta con assiduità.

Il **03/11/2021** accedeva in PS di ospedale locale per dolore lombare insorto a causa di trauma da caduta accidentale la mattina del giorno precedente, trattato senza beneficio con analgesici. All'ingresso parametri vitali stabili con dolore valutato NRS 7/10. L'esame obiettivo mostrava "dolore in sede lombare inferiore e sacrale alla palpazione".

Fu sottoposto ad Rx lombosacrale che veniva così refertato: "... Atteggiamento scoliotico sinistro-convesso del rachide lombare di grado lieve. Metameri in asse sul piano sagittale, di regolare altezza ed interessati da iniziali appuntamenti osteofitosici margino-somatici anterolaterali. Nei radiogrammi eseguiti non evidenti fratture recenti. Spazi discali intersomatici conservati".

Dimesso lo stesso **03/11/2021** con diagnosi di "trauma lombare", con prognosi di 7 gg e prescrizione di riposo, paracetamolo, brufen, tornare in PS se fatti nuovi.

In **05/11/2021** tornava presso il Pronto Soccorso accompagnato dal 118, a causa della persistente sintomatologia dolorosa al rachide lombare. Dolore 8/10 scala NRS.

Il medico di PS refertava "... importante dolorabilità alla pressione a livello soprattutto del passaggio dorso-lombare. Non deficit arti inferiori..."; somministrato tramadolo e disposta



PROVA 2

nuova consulenza ortopedica che evidenziava "...dolore lombare persistente dopo caduta di alcuni giorni fa. Alla radiografia non fratture, scoliosi e iniziale artrosi diffusa... clinicamente non tumefazioni, dolore al passaggio lombosacrale al movimento, non deficit arti inferiori ... riduzione dolore dopo terapia con Contramal..."; era posta diagnosi di "lombalgia infiammatoria post trauma in scoliosi", con consiglio di terapia antiinfiammatoria e antidolorifica per alcuni giorni, deambulazione secondo dolore evitando attività pesanti, eventuale uso di busto lombare elastico di protezione.

Dimesso in giornata con 10 gg di prognosi.

In data **29/11/2021**, causa la persistenza di marcata lombalgia, eseguita TAC dorso-lombare con quesito clinico "sospetta frattura con rx nella norma, persistenza del dolore". L'esame evidenziava "frattura non recentissima ma non saldata, a decorso assiale della limitante somatica superiore del soma di L1 con cuneo anteriore e interessamento del muro posteriore". Inviato lo stesso giorno presso il PS dell'ospedale locale dove era disposta valutazione neurochirurgica " ... Riferita caduta accidentale circa un mese fa. Da allora lombalgia a decorso progressivamente ingravescente. Scarsa risposta alle terapie mediche sinora condotte. Utilizza un bustino lombare in stoffa con scarso beneficio. Dolore soprattutto nei passaggi posturali. La TC eseguita documenta un cedimento traumatico del soma superiore di L1 con interessamento del muro posteriore". Era quindi ricoverato presso il reparto di neurochirurgia dell'ospedale dove il giorno successivo (**30/11/2021**) era sottoposto ad intervento chirurgico di "fissazione lombare mediante posizionamento di placca e viti interpeduncolari nel tratto D12-L2".

Il **06/12/2021** era dimesso con diagnosi di "Frattura somatica post-traumatica instabile amielica di L1" e consiglio di congruo periodo di riposo non inferiore alle 5-6 settimane, evitando tassativamente sforzi fisici maggiori, le posture viziate e coatte protratte della colonna lombo-sacrale, nonché lunghi viaggi in auto, con ripresa graduale delle comuni attività quotidiane. Indicata prosecuzione del trattamento ortesico con il bustino ortopedico in uso durante la mobilizzazione per circa 80-90 giorni e successivo graduale divezzamento dallo stesso nelle due settimane successive. Visita neurochirurgica di controllo tra circa 3 mesi, in caso di algie terapia antidolorifica. Astensione dal lavoro specifico per 120 gg.

Il **05.03.2022** controllo Rx "...Colonna dorso-lombare in asse con rettilineizzazione della fisiologica lordosi. Conservato l'allineamento dei muri somatici posteriori. Trofismo osseo ridotto. Immodificati gli esiti di intervento di stabilizzazione della colonna lombosacrale nel tratto D12-L2 mediante posizionamento di barre metalliche e viti transpeduncolari. Invariata la riduzione in altezza del soma di L1, che assume morfologia a cuneo anteriore. Ridotto lo spazio discale ai passaggi L1-L2 ed L5-S1".

Lo stesso giorno visita fisiatrica "...paziente non ancora sottoposto a terapia FKT post-chirurgica. TERAPIA consiglio precoce terapia FKT della colonna dorso-lombare per rilasciamento decontrattivo antalgico della muscolatura lunga para-dorsolombare esercizi di mobilizzazione attiva del rachide dorsolombare, da eseguirsi in regime autonomo con periodica costanza secondo protocollo consegnato...".

Il **15.03.2022** controllo neurochirurgico "... ha rimosso il busto ad inizio del mese, non assume antidolorifici. Deambulazione autonoma e corretta, possibile su punte e talloni.



Cicatrice chirurgica in ordine. Visionata Rx di controllo, va bene. Già eseguita valutazione fisiatrica, ha iniziato FKT. Se non fatti nuovi si prescrive Rx L/S ad un anno dal trauma e rivalutazione NCH...”.

Il paziente conferma di aver portato il busto ortopedico fino ai primi giorni di marzo 2022, di averlo poi mobilitato gradualmente, di aver svolto le cure fisiche prescritte in parte presso il Distretto Sanitario di zona e in parte presso privato. Ha ripreso le normali attività quotidiane, gradualmente, da metà del mese di marzo 2022 e l'attività lavorativa a inizio maggio 2022.

I DATI DELLA VISITA MEDICO LEGALE

Lamenta lombalgia cronica con rigidità funzionale del rachide dorso-lombare, facile affaticamento e difficoltà a sollevare o spostare pesi, dolenzia dopo posture coatte protratte, nocumento estetico derivante dalla cicatrice dorso-lombare posteriore.

Non svolge più FKT; riferisce che nei vari periodi di cura ha svolto i controlli specialistici presso l'ospedale che l'ha avuto 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:

- 15.03.2022 – 30.03.2022 – euro 600 (10 sedute)
- 10.04.2022 – 15.04.2022 – euro 600 (10 sedute)
- 20.04.2022 – 05.05.2022 – euro 600 (10 sedute)
- 20.06.2022 – 10.07.2022 – euro 600 (10 sedute)

Allega inoltre fattura per busto ortopedico di stoffa e stecche, per euro 400.

Dal punto di vista lavorativo riferisce precoce affaticabilità dopo circa 4-5 ore di lavoro, non riesce a sollevare oggetti pesanti causa insorgenza di dolore, dolenzia dopo movimenti del rachide prolungati o dopo posture viziate con necessità di pause di riposo ripetute nell'arco della giornata.

Riferisce di aver dovuto assumere un collaboratore a tempo pieno cui delegare i lavori maggiormente pesanti; a tal fine esibisce un contratto di lavoro redatto secondo il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) per un ammontare lordo annuo di euro 35.000.

Si procede quindi **all'esame obiettivo** rilevando soggetto maschile, in buone condizioni generali, alto 178 cm, peso 85 kg, destrimane. Tono dell'umore eutimico.

Rachide dorso-lombare normoconformato, in asse, ispettivamente si apprezza esito cicatriziale chirurgico di cm 10 lungo la linea spinosa, ipercromico, diastasato, disestesico al tocco; appianamento della fisiologica lordosi con contrattura dolente a livello dei muscoli paravertebrali; spinalgia pressoria a livello D11-L2. L'esame della motilità attiva e passiva della colonna lombare evidenzia un deficit di 1/3 della flessione e delle rotazioni, mentre le lateralità sono limitate di 1/2. Tutti i movimenti descritti appaiono dolenti ai gradi estremi consentiti.

Lasegue negativo, ROT presenti e validi. Non deficit di forza agli arti inferiori.



— sindrome della cauda equina da estrusione/protrusione erniaria, con disfunzioni vescicali, associate o meno a dolore perineale ad insorgenza acuta/subacuta;
— sciatalgia atipica, con distribuzione non dermatomica.

All'esame obiettivo si rilevano alterazioni motorie e sensitive segmentarie e torpiti dei ROT. La diagnosi prevede l'effettuazione di TC o RM.

La valutazione della stenosi a livello cervicale viene effettuata mediante lo score della *Japanese Orthopaedic Association Classification* (JOAC) che si basa sulla somma del valore (graduato appunto a seconda della gravità) attribuito ai criteri sotto descritti, in base ad un punteggio compreso tra 0 e 17, così suddiviso: dolore (0-1); limitazione funzionale (0-3); deformità anatomica (0-3); intervento chirurgico (non effettuato, 0; effettuato: 1); radiocolopatia strumentalmente accertata (0-3); mielopatia strumentalmente accertata interessante gli arti superiori (0-3); mielopatia strumentalmente accertata interessante gli arti inferiori (0-3).

Il trattamento è conservativo (steroidi e FANS per via epidurale), eccetto che per le stenosi con *claudicatio*. In caso di mancata risposta alla terapia medica viene posta indicazione al trattamento chirurgico, che consiste nella decompressione mediante laminectomia, o foraminotomia in caso di interessamento dei recessi laterali. Qualora sia necessaria una decompressione che coinvolga ampia parte di una faccetta articolare (ablazione maggiore del 50%), alla decompressione si associa un'artrodesi, al fine di evitare l'instabilità post-operatoria. Studi a distanza hanno dimostrato che, con il trascorrere del tempo, in molti soggetti si verificano recidive anche dopo un iniziale successo chirurgico, in ragione dell'evoluzione del processo degenerativo.

VALUTAZIONE MEDICO-LEGALE

La valutazione delle menomazioni a carico del rachide tiene conto dell'entità del quadro clinico-strumentale, nonché del livello interessato, riservando valutazioni più elevate per il distretto cervicale e per quello lombare, in quanto dotati di maggiore rilevanza funzionale.

Altro elemento di giudizio è rappresentato dalla tipologia e dall'efficacia dell'eventuale trattamento chirurgico. Per quanto riguarda l'artrodesi, questa può essere effettuata da un minimo di 2 sino a 8-10 o più livelli, come si verifica nelle correzioni delle gravi scoliosi dorso-lombari. In questo caso, a prescindere dal distretto anatomico interessato, altri parametri valutativi sono rappresentati dalla presenza di deformità assiali o sagittali e da eventuale interessamento radicolare accertato strumentalmente.

Le valutazioni più elevate devono essere riservate alle artrodesi interessanti le cerniere di passaggio fra i distretti rachidei (occipito-cervicale, cervico-dorsale, dorso-lombare e lombo-sacrale) in quanto il loro blocco limita maggiormente l'articolabilità del capo e del tronco. Per il rachide dorsale la presenza di cifosi e di sofferenza nervosa giustifica un aumento delle percentuali tabellari.

RACHIDE CERVICALE

Gli esiti di distorsione di Grado I WAD (soggettività dolorosa in assenza di apprezzabile limitazione funzionale) non sono percentualizzabili, pur essendo possibile il riconoscimento di un periodo di danno biologico temporaneo nella fase di acuzie sintomatologica.

Esiti di distorsione di Grado II WAD: limitazione di almeno due escursioni articolari da 1/4 a 1/3 e due o più *trigger points* positivi (muscoli lunghi e/o trapezio e/o SCM).

Esiti di distorsione di Grado III-IV WAD: limitazione di più di due escursioni articolari di oltre 1/2 e disturbi trofico-sensitivi radicali strumentalmente accertati.

Esiti di frattura dell'atlante o del corpo dell'epistrofeo, senza necessità di stabilizzazione chirurgica, a seconda della sintomatologia dolorosa e della limitazione funzionale associata.

Esiti di frattura del dente dell'epistrofeo
La valutazione deve essere effettuata sulla base della tipologia di frattura, della sintomatologia

logia dolorosa e della limitazione della escursione articolare associata, nonché del trattamento chirurgico spesso necessario. Nel caso in cui la lesione non sia trattabile chirurgicamente, rendendo necessario l'utilizzo di un tutore esterno a permanenza, è attribuibile il valore massimo del range indicato.	12-25%
Esiti di frattura di una o più apofisi	2-6%
Esiti di frattura sub-assiale — Classe I: frattura somatica senza schiacciamento e con moderata limitazione dell'escursione articolare.	3-6%
Esiti di frattura sub-assiale — Classe II: frattura di uno o più corpi vertebrali, associata a deformazione somatica, con rilevante limitazione dell'escursione articolare, con o senza deficit trofico-sensitivi strumentalmente accertati, senza indicazione chirurgica.	7-15%
Esiti di frattura sub-assiale — Classe III: frattura di più corpi vertebrali, associata a deformazione somatica, con grave limitazione dell'escursione articolare, a seconda dei deficit trofico-sensitivi strumentalmente accertati, senza indicazione chirurgica.	16-20%
Artrodesi occipito-cervicale	20%
Artrodesi di 2-4 corpi vertebrali sub-assiali	15-20%
Artrodesi di 5 corpi vertebrali sub-assiali	21-25%
Artrodesi della colonna cervicale in toto	25%
Patologia discale — Classe I: protrusione discale o cisti di erniectomia ad un solo livello, in presenza di lieve deficit funzionale.	2-5%
Patologia discale — Classe II: ernia discale o cisti di erniectomia ad uno o più livelli con moderato quadro clinico disfunzionale, sintomatologia algica recidivante al distretto interessato e radiocolopatia strumentalmente accertata.	6-12%
Patologia discale — Classe III: ernia discale o cisti di erniectomia ad uno o più livelli, con grave quadro clinico disfunzionale (sfumata mielopatia o radiocolopatia strumentalmente accertata) e sintomatologia algica recidivante o continua al distretto interessato, non sufficientemente responsiva alla terapia.	13-25%
Stenosi vertebrale Score 1-4 JOAC	2-8%
Stenosi vertebrale Score 5-8 JOAC	9-15%
Stenosi vertebrale Score 9-13 JOAC	16-20%
Stenosi vertebrale Score 14-17 JOAC	21-30%
RACHIDE DORSALE	
Esiti di frattura di una o più apofisi	1-5%
Esiti di frattura vertebrale — Classe I: frattura somatica, con lieve compressione e/o cuneizzazione, comunque < 25% e con moderata sintomatologia dolorosa, senza indicazione chirurgica.	2-5%
Esiti di frattura vertebrale — Classe II: frattura di uno o più corpi vertebrali, con compressione e/o cuneizzazione compresa tra il 50% ed il 25%, con o senza retropulsione dell'osso, con o senza frattura peduncolare e/o dell'elemento posteriore, con rilevante sintomatologia dolorosa, senza indicazione chirurgica.	6-10%
Esiti di frattura vertebrale — 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.	11-18%
Esiti di frattura del corpo di D11 o D12 con residua compressione e/o cuneizzazione	8-14%
Artrodesi cervico-dorsale	15%
Artrodesi di 3-8 corpi vertebrali	8-15 %
Artrodesi di 9-12 corpi vertebrali	16-25%

PROVA 2

RACHIDE LOMBARE

Esiti di distorsione, con limitazione di almeno due escursioni articolari fino a $\frac{1}{4}$ e sfumati disturbi radicolarli strumentalmente accertati	1-3%
Esiti di frattura di uno o più apofisi	2-6%
Esiti di frattura vertebrale — Classe I: frattura somatica, con compressione < 25%, con moderata sintomatologia dolorosa, in assenza di disturbi radicolarli, senza indicazione chirurgica.	3-8%
Esiti di frattura vertebrale — Classe II: frattura di uno o più corpi vertebrali, con compressione compresa tra il 50 e il 25%, con o senza retropulsione dell'osso, con o senza frattura peduncolare e/o dell'elemento posteriore e con rilevante sintomatologia dolorosa, senza indicazione chirurgica.	9-15%
Esiti di frattura vertebrale — Classe III: esiti di frattura di più corpi vertebrali, con compressione > 50%, con grave sintomatologia dolorosa, a seconda dei deficit trofocensitivi strumentalmente accertati, senza indicazione chirurgica.	16-25%
Artrodesi dorso-lombare	15%
Artrodesi di 2-4 corpi vertebrali	12-20%
Artrodesi della colonna lombare in toto	25%
Artrodesi lombo-sacrale	15%
Patologia discale — Classe I: protrusione discale o esiti di emiectomia ad un livello con lieve deficit funzionale.	2-5%
Patologia discale — Classe II: ernia discale o esiti di emiectomia a uno o più livelli, con moderato quadro clinico disfunzionale, radiolopatita strumentalmente accertata e sintomatologia algica recidivante al distretto interessato.	6-12%
Patologia discale — Classe III: ernia discale o esiti di emiectomia a uno o più livelli, con grave quadro clinico disfunzionale, mielopatita sfumata o radiolopatita strumentalmente accertata e sintomatologia algica recidivante o continua al distretto interessato, scarsamente responsiva alla terapia.	13-20%
RACHIDE SACRALE	
Esiti di frattura di uno o più corpi vertebrali, con evidente dismorfismo osseo, non trattata chirurgicamente	3-5%
Esiti di frattura di uno o più corpi vertebrali, trattata chirurgicamente, o con lievi disturbi neurologici distrettuali	6-10%
COCIGIE	
Esiti di frattura con evidente dismorfismo osseo, o esiti di asportazione chirurgica, con persistente sintomatologia dolorosa	4-6%

6.4. Gabbia toracica

La gabbia toracica, costituita da strutture osteo-cartilaginee e muscolari, svolge compiti diversi nelle fasi statica e dinamica della respirazione ed ha anche una funzione meramente contenitiva per quanto attiene gli organi intratoracici.

Le fratture della clavicola diafisarie e senza scomposizione dei frammenti guariscono generalmente in maniera ottimale; in alcuni casi, invece, l'entità della lesione ossea è tale da causare compressione delle vicine strutture nervose o vascolari ed alterazione dei processi osteoriparativi, che possono determinare ripercussioni negative sulla mobilità della spalla, con possibili riflessi negativi sulla funzionalità dell'arto e sull'efficienza este-

Il callo deforme può essere corretto mediante intervento chirurgico, peraltro raramente indicato (salvo sussistenza compressione sulle strutture adiacenti), in considerazione della scarsa limitazione funzionale associata. L'eventuale pseudoartrosi può comportare residua mobilità preternaturale (che limita la forza più che l'articolazione della spalla), nonché evolvere in artrosi acromion-claveare.

Le fratture della scapola, piuttosto rare, si realizzano in seguito a traumi diretti e possono verificarsi a livello del corpo, delle estremità o della cavità glenoidea; quest'ultima tipologia è la più grave e necessita di trattamenti fisioterapici al fine di evitare residue limitazioni del movimento della spalla. In molti casi queste fratture guariscono comunque con soddisfacente recupero funzionale dopo un'immobilizzazione di circa 3 settimane.

Le fratture dello sterno possono consolidarsi con modalità ottimali, poco influenti sul piano funzionale, mentre in alcuni casi si può formare un callo deforme e dolente che può recare pregiudizio anche sul piano estetico. A seguito di sternotomia lo sterno può assumere forma carenata, con possibili riflessi negativi sulla espansibilità toracica e marcato pregiudizio estetico. Il dolore è contenuto e ricorre più frequentemente nelle fratture dell'appendice xifoidea.

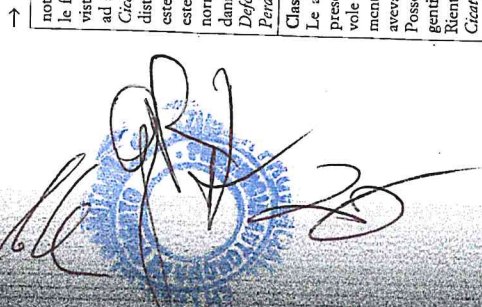
Le fratture costali, allorché singole e non scomposte, il più delle volte guariscono senza apprezzabili reliquati disfunzionali, ma solo con modiche algie incostanti. In caso di interessamento costale multiplo, oltre alla sintomatologia dolorosa, possono coesistere difficoltà respiratorie, correlate all'ipoespansibilità toracica su base antalgica.

VALUTAZIONE MEDICO-LEGALE

Le indicazioni percentuali sono generalmente riferite agli esiti caratterizzati da attendibile sintomatologia dolorosa e sfumata limitazione funzionale; laddove quest'ultima assuma maggior rilievo è necessario aumentare la valutazione.	
Eventuali lesioni vascolari e/o nervose associate a fratture della clavicola devono essere valutate a parte, facendo riferimento a quanto indicato nei relativi capitoli; per la pseudoartrosi si deve tener conto della residua mobilità preternaturale e della possibile evoluzione ulteriormente peggiorativa.	
La valutazione degli esiti di una singola frattura costale è giustificata dall'evidenza radiologica di dismorfismo del profilo scheletrico.	
Esiti di frattura della clavicola, consolidata con buon allineamento dei monconi e con moderata disfunzionalità antalgica	2-3%
Esiti di frattura della clavicola, consolidata con callo dismorfo e/o sovrapposizione dei monconi, con moderata limitazione articolare, eventualmente osteosintetizzata	4-5%
Esiti di frattura della clavicola evoluta in pseudoartrosi	
La valutazione prospettata va riservata ai casi con moderata limitazione articolare della spalla e sintomatologia algica. Ove il deficit articolare sia di notevole entità, come non raramente accade per la pseudoartrosi dell'estremo laterale, si deve superare il valore indicato tenendo conto anche delle indicazioni previste per le limitazioni funzionali di spalla.	6% (d.) 5% (n.d.)
Esiti di sublussazione/lussazione acromion-claveare	
La lussazione dei capi articolari, con positività del segno del "tasto del pianoforte", interrompe la continuità del cingolo scapolare determinando per lo più persistenti algie. In caso di lussazione completa ci si deve orientare verso il limite massimo del range.	1-5% (d.) 1-4% (n.d.)
Esiti di frattura composta extra-articolare della scapola, con moderata disfunzionalità antalgica dell'emicingolo	2%
Esiti di lussazione sterno-claveare con moderata disfunzionalità antalgica	1-3%

→

PROVA 2



notevole impatto negativo sull'omeostasi del soggetto, inficiandone alquanto negativamente le fattezze, in maniera tale da attirare "attenzione negativa" 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: <i>Cicatrici:</i> 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 minor 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 aree per lo più lasciate normalmente scoperte dall'abbigliamento diffusamente utilizzato da soggetti equiparabili al danneggiato per genere ed età. <i>Deformità e altre anomalie:</i> marcate asimmetrie facciali. <i>Perdite anatomiche:</i> perdita totale di un padiglione auricolare; perdita di gran parte del naso.	26,55%
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 più sibilmente 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: <i>Cicatrici:</i> 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 frammentarie e coinvolgenti massivamente il tronco e gli arti. <i>Perdite anatomiche:</i> perdita completa di entrambi i padiglioni auricolari; perdita completa del naso; perdita totale o sub-totale delle labbra.	36,50%
Classe V. Pregiudizio estetico grave Oltre a determinare un drastico 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: <i>Cicatrici:</i> notevolmente ipertrofiche e/o cheloides, nonché fortemente discromiche e retratti, 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.). <i>Perdite anatomiche:</i> coesistenza di più di una delle alterazioni annoverate nella Classe IV.	51,45%
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 rilievi 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 del contatto 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 aggiuntivamente.	

Bibliografia

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

- JARVIS N. et al., *Burn scar assessment: a systematic review of different scar scales*, J Surg Res, 146(1): 115-123, 2010.
- JOSEPH P. 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.
- , *La peculiarità del documento estetico ai fini del risarcimento del danno biologico*, Riv It Med Leg, p. 978-79, 2004.
- , *Lineamenti di trattatistica medico-legale*, Archivio penale, 1947.
- , *Il danno estetico. Lineamenti di rilevanza estetica*, www.alalex.it.
- , *G. Danno biologico di rilevanza estetica e l'art. 583 c.p.*, Riv It Med Leg, 2: 603-623, 1995.
- , *Le menomazioni dell'efficienza estetica*, Minerva Medica ed., 1997.
- , *La cicatrice chirurgica. Verità cliniche e problemi medico legali*, Minerva Medica ed., Torino, 2006.
- , *Il danno da cicatrici cutanee. Classificazione e valutazione medico legale*, Minerva Medica ed., Torino, 1997.
- , *Cicatrice e danno estetico. Valutazione del danno biologico*, Minerva Medica ed., Torino, 1999.
- , *Il danno estetico: valutazione medico-legale*, Giuffrè ed., Milano, 2012.