

PROVA SCRITTA PRATICA 3

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").

Studente maschio di anni 23, scolarità diploma di Istituto Agrario, al momento dei fatti iscritto al 1° anno del corso di Laurea in Viticoltura ed Enologia. Non patologie di rilievo pregresse.

Al momento dei fatti nel tempo libero praticava molti sport a livello amatoriale (calcio, sci, ciclismo, ecc.) e aiutava il padre nell'azienda agricola di famiglia, specializzata in viticoltura.

Il giorno **30/06/2021** mentre guidava una motocicletta usciva autonomamente di strada finendo nella scarpata a lato della strada, perdendo conoscenza.

Era trasportato in eliambulanza presso il P.S. dell'Ospedale locale, era sottoposto ad esami radiografici (cranio, colonna, torace, arto inferiore sx) che erano refertate "frattura pluriframmentaria scomposta al terzo medio della diafisi femorale, contusioni polmonari multiple; non altre fratture".

Posta diagnosi di "politrauma con frattura esposta pluriframmentaria femore sn, contusioni polmonari multiple, ferite caviglia sx e ginocchio dx" e ricovero presso il reparto di rianimazione dello stesso nosocomio. Era quindi sottoposto ad intervento chirurgico in urgenza per la frattura pluri-frammentaria gravemente scomposta del femore sinistro, procedendo a riduzione e allineamento dei monconi e applicazione di FEA. Contestualmente erano suturate le ferite a livello degli arti inferiori destro e sinistro.

In data **16.7.2021** era sottoposto ad un nuovo intervento chirurgico di rimozione del FEA ed infissione di chiodo endomidollare T2, con bloccaggio prossimale e distale.

In data **23.7.2021** era dimesso con diagnosi di "Frattura esposta femore sinistro " e prescrizione di non caricare per 3 settimane, successivo carico con girello con carico in progressione, esercizi con Kinetec, medicazioni e terapia farmacologica.



In data **14.8.2021** visita ortopedica con consiglio di carico in progressione e iniziare FKT.

Il **17.8.2021** controllo ortopedico per riscontro di dolore al carico caviglia-piede sx, iniziato da subito al momento dell'inizio del carico; prescritto di insistere al carico secondo tolleranza, terapia antidolorifica, cauta FKT e controllo dopo 30 gg.

Il **16.9.2021** al controllo ortopedico si evidenziava buona motilità di anca sx, mentre persisteva dolore e gonfiore alla caviglia sx; prescritto ulteriore ciclo di FKT alla caviglia sx e terapia antidolorifica; controllo a 30 gg.

Il **14.10.2021** controllo ortopedico, con evidenza di quadro algico-menomativo invariato alla caviglia sx; prescritta TAC caviglia sx.

Il **18.10.2021** eseguita TAC caviglia che evidenziava "Frattura dell'astragalo in due grossi frammenti, il posteriore dei quali risulta dislocato posteriormente tantoché si apprezza una perdita dei rapporti articolari della sotto-astragalica posteriore. Superiormente la grossolana rima di frattura interrompe la continuità della superficie articolare del domo astragalico".

Il **25.10.2021** ricoverato presso reparto di ortopedia del locale ospedale ove subiva intervento di "osteosintesi astragalo dx con due viti da spongiosa", con confezione di stivaletto gessato.

Dimesso il **27.10.2021** con prescrizione di deambulare con bastoni antibrachiali e divieto di carico sul piede sx per 90 giorni, rimozione gesso, controllo rx e clinico dopo 30 giorni.

Successivi controlli ortopedici il **26.11.2021** (rimosso gesso), **22.12.2021** e **20.01.2022**, data in cui era concesso il carico e prescritto di iniziare graduale FKT alla caviglia sx.

Eseguiva intensa FKT per 4 mesi.

Il **10.06.2022** riferisce conclusione della FKT e ripresa delle comuni attività quotidiane; in corso di ultima visita fisiatrica prescritto l'uso di plantari bilaterali.

Il **30.05.2023** era ricoverato presso l'ospedale locale e sottoposto ad intervento di "rimozione mezzi di sintesi". Dimesso il **31.05.2023** con prescrizione di stare riposo per 15 gg, rimozione punti di sutura il **15.06.2023** in ambulatorio, terapia farmacologica al bisogno.

Riferisce a **fine giugno 2023** ripresa delle comuni attività quotidiane.

Il **03.06.2024** RMN caviglia sx di controllo "...Confrontato con il precedente fa rilevare comparsa di aree di lieve sofferenza osteocondrale a carico del domo astragalico nel versante supero-mediale anteriormente.... I profili delle porzioni ossee esplorate a carico dell'articolazione astragalo calcaneare posteriore sono irregolari con aree di sofferenza osteocondrale; netta riduzione dello spazio articolare.... Per il resto non sostanziali modificazioni...". Lo stesso giorno controllo ortopedico con consiglio di terapia farmacologica e rivalutazione ortopedica con RMN a distanza di un anno.

DATI DELLA VISITA MEDICO LEGALE

Riferisce ottima ripresa funzionale di anca e ginocchio sx, mentre lamenta dolore cronico alla caviglia sx con bassa tolleranza al carico protratto, stazione eretta possibile al massimo per un paio d'ore poi dolore e necessità di sedersi, deambulazione possibile per tratti medio-brevi e su terreni piani; facile affaticabilità. Funzionalmente riferisce marcata rigidità della tibio-tarsica e sotto-astragalica sx; utilizza plantari ortopedici bilaterali. Dal punto di vista ludico-sportivo riferisce di aver interrotto tutti gli sport in precedenza svolti.

Dal punto di vista universitario non si è ancora laureato, ma mancano solo due esami e la tesi.



Quando va ad aiutare il padre nell'azienda agricola di famiglia riferisce di aver difficoltà nel deambulare in campagna e su terreni sconnessi e a mantenere a lungo tempo la stazione eretta, per cui l'attività prevalente è quella della guida di mezzi agricoli (tutto il resto lo deve fare il padre); riferisce ancora di accompagnare il padre a fiere espositive e incontri con i clienti.

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:

- 20.08.2021 – 10.09.2021 – euro 600 (10 sedute)
- 20.09.2021 – 10.10.2021 – euro 600 (10 sedute)
- 30.01.2022 – 20.02.2022 – euro 600 (10 sedute)
- 01.03.2022 – 20.03.2022 – euro 600 (10 sedute)
- 10.04.2022 – 20.04.2022 – euro 600 (10 sedute)
- 10.05.2022 – 25.05.2022 – euro 600 (10 sedute)
- 20.06.2023 – 10.07.2023 – euro 600 (10 sedute)

Esibisce ancora due fatture per acquisto di plantari ortopedici, che deve cambiare ogni 1 – 1, 5 anni

- 20.06.2022 acquisto due plantari ortopedici: euro 900,00
- 10.04.2024 acquisto due plantari ortopedici: euro 900,00

Si procede quindi **all'esame obiettivo** rilevando soggetto maschile, in buone condizioni generali, alto 180 cm, peso 75 kg, destrimane. Tono dell'umore eutimico.

Porta plantari ortopedici bilaterali. Ispettivamente arto inferiore sinistro con sfumata ipotrofia alla coscia e alla sura (-0,5 cm), evidente ingrossamento della caviglia + 3,0 cm alla bimalleolare, con pastosità della cute. Esito cicatriziale chirurgico alla faccia laterale della coscia, ipercromico, di cm 4; sulla coscia presenti esiti cicatriziali chirurgici bottoniformi da applicazione di FEA e in sede distale da MDS. Movimenti di anca e ginocchio ampi e non dolenti; non segni di lassità legamentosa al ginocchio sx.

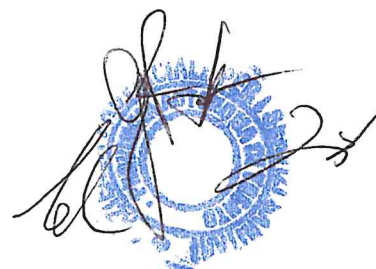
Alla caviglia sx esito cicatriziale sul dorso del piede di cm 11, normocromico, leggermente cheloideo, disestesico al tocco. Dolore alla palpazione del collo del piede e del mesopiede.

Appiattimento della volta plantare. L'esame della motilità mostra una tibio-tarsica con deficit di 2/3 della flessione-estensione con sub-anchilosi dei movimenti del mesopiede. Leggermente ipomobili le dita. Tutti i movimenti eseguiti sotto stress risultano dolenti.

Difficoltosa marcia su punte e talloni, quest'ultima vivamente dolente a sx.

Accovacciamento limitato di 1/2 a sx

La deambulazione avviene con lieve zoppia di fuga a sx, con piede leggermente atteggiato in varismo ed extraruotato.




Le articolazioni metatarso-falangee raggiungono i 45° in flessione e i 70-90° in estensione. Le interfalangee hanno un movimento in flessione di circa 70-90°.

VALUTAZIONE MEDICO-LEGALE

L'attribuzione di una minor percentuale alla perdita bilaterale degli arti inferiori rispetto a quella assegnata agli arti superiori e, correlativamente, alle altre menomazioni comportate dalle perdite anatomiche a vari livelli, trova la sua ragione d'essere, oltre che nella maggiore valenza della funzione prensile, anche nel fatto che la protesizzazione degli arti inferiori, spesso efficace, garantisce un recupero funzionale migliore rispetto a quello che può essere ottenuto per gli arti superiori, sia pure tenuto conto dell'efficacia delle protesi di ultima generazione.

Per maggiori particolari sulle protesi si veda il capitolo IX della Parte Generale.

Il limite superiore del *range* deve essere attribuito allorché la conformazione del moncone o l'alterazione dell'amputazione non consentano il posizionamento di una protesi funzionalmente utile.

Per quanto riguarda condizioni peculiari del moncone di amputazione si rimanda al capitolo 5.

Perdita anatomica di entrambi gli arti inferiori a qualsiasi livello di coscia, in rapporto alla possibilità di applicazione di protesi efficaci	65-80%
Nonostante la possibilità di utilizzo di protesi sempre più efficaci, questa menomazione rende necessario il ricorso ad appoggio sia nei cambi posturali che nella deambulazione.	
Perdita anatomica di un arto inferiore a qualsiasi livello di coscia, in rapporto alla possibilità di applicazione di protesi efficaci	45-60%
Perdita anatomica di entrambe le gambe a qualsiasi livello, in rapporto alla possibilità di applicazione di protesi efficaci	30-60%
Perdita anatomica di una gamba a qualsiasi livello, in rapporto alla possibilità di applicazione di protesi efficaci	35-50%

6.8.a. Anca e coscia

L'articolazione dell'anca (o coxo-femorale), ancorché tra le più sollecitate nell'ambito della quotidianità, è un'articolazione relativamente semplice in termini anatomici e di funzionamento. Essa articola il femore con l'acetabolo, il cui cerchio (o labbro dell'acetabolo), inserito sul ciglio acetabolare, amplia e circonda la superficie della cavità in modo da renderla idonea a contenere efficacemente la testa del femore. Il sistema di stabilizzazione dell'articolazione è rappresentato dalla capsula fibrosa e da numerosi legamenti (rotondo del femore, ileo-femorale, ischio-femorale, pubo-femorale, acetabolare trasverso).

Le fratture dell'estremità prossimale mediale di femore senza spostamento (grado 1 e 2 della classificazione di Garden) vengono ordinariamente trattate con osteosintesi, intervento di norma non gravato da serie complicazioni, come la pseudartrosi e la necrosi asettica secondaria della testa; possono tuttavia residuare dismetrie e limitazioni articolari.

Per il trattamento delle fratture mediali con spostamento della testa femorale (grado 3 e 4 di Garden) trova invece indicazione la sostituzione protesica.

Sulle fratture laterali l'osteosintesi ha risultati soddisfacenti nella maggior parte dei casi, in relazione alla favorevole vascularizzazione del settore; le rare complicanze sono essenzialmente dovute a *cut-out* della vite cefalica, che può trovare una soluzione protesica in seconda istanza.

Le protesi d'anca hanno ormai raggiunto ottime aspettative di risultato in termini di recupero funzionale e di durata. È possibile la sostituzione della testa e di parte della diasi femorale (endoprotesi) ovvero del solo cotile, per lo più con protesi di rivestimento.

mento, in questi casi spesso la menomazione non è difforme rispetto a quella cagionata dall'artroprotesi completa, in quanto la perfezione tecnica di queste ultime consente di applicare segmenti protesici perfettamente armonizzati con la situazione anatomica di base per diametri ed asse.

La diagnostica per immagini è un elemento indispensabile per valutarne la riuscita sul piano anatomico.

VALUTAZIONE MEDICO-LEGALE

Anchilosi dell'anca in posizione sfavorevole (flessione < 25° o > 40°) Nell'ambito di tali <i>range</i> l'anchilosi è considerata in posizione sfavorevole, in quanto l'anca in estensione pressoché completa (tra 0° e 25°) impone un movimento di rotazione-elevazione dell'embacino nella deambulazione; in flessione > 40° non è invece possibile caricare congruamente sull'arto inferiore.	35-40%
Nelle femmine in età fertile le percentuali devono essere maggiorate per l'impossibilità di partorire per via naturale, condizione per la quale si rimanda al Capitolo 12.	
Anchilosi dell'anca in posizione favorevole (flessione fra 25° e 40°)	30%
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 oltre 90°, associata a deficit degli altri movimenti	5-15%
Limitazione del movimento di flessione dell'anca con escursione articolare possibile fino a 90°, senza deficit degli altri movimenti	10%
Fatti di frattura diafisaria del femore, con dolore e limitazione funzionale di grado lieve	4%
Fatti di frattura diafisaria del femore, trattata chirurgicamente, con persistenza dei mezzi di sintesi	5-7%
Fatti di frattura diafisaria del femore	15-20%
La valutazione deve essere graduata in base all'entità del substrato anatomico-patologico ed alla possibilità di avvalersi di tutore ortopedico per deambulare in maniera sufficientemente utile.	
Protesi d'anca Per la valutazione degli esiti di artroprotesi si deve tener conto soprattutto dell'età in cui viene applicato il dispositivo, oltre che del recupero funzionale ottenuto, della prevedibile durata del materiale, delle eventuali dismetrie e del possibile dolore sotto carico. La protesizzazione è gravata da maggiori tassi di insuccesso e da una minore durata della protesi, giustificando quindi un aumento della percentualizzazione.	15-18%
Protesi d'anca — Classe I Pressoché completo recupero dell'ampiezza dei movimenti, in assenza di dolore e di dismetria, con tono-trofismo muscolare conservato.	
Protesi d'anca — Classe II Dolore sensibile ai farmaci, moderati deficit articolari con limitazione dell'autonomia deambulatoria, lieve ipotrofia muscolare, eterometria < 3 cm, osteoporosi ed artrosi controllate.	19-25%
Protesi d'anca — Classe III Dolore costante e relativamente sensibile ai farmaci, artrosi alquanto ridotta; limitazione marcata dell'autonomia, eterometria di 3-5 cm, ipotrofia muscolare marcata, osteoporosi, artrosi controllate.	26-30%
Protesi d'anca — Classe IV Cinque coxalgia, malposizionamento/instabilità della protesi con impossibilità di protesizzazione, artrosi altamente limitate, eterometria > 5 cm, anomala rotazione dell'arto, grave alterazione scheletrica.	31-45%

PROVA 3

testa dell'astragalo. Un plantare può ridurre gli effetti invalidanti ma allorché il piede tenda ad iperpronare si impone il trattamento chirurgico stante la tendinopatia cronica del tibiale posteriore.

Per una corretta identificazione delle menomazioni della caviglia e del piede sia sul piano clinico che medico-legale, è necessario effettuare i seguenti accertamenti:

1) valutazione anatomica delle lesioni documentate dalla diagnostica per immagini (Rx standard in carico, ecografia, TC con eventuale ricostruzione in 3D, RM con eventuale contrasto);

2) valutazione morfologica, basata sull'esame ispettivo, volta ad individuare deformità della caviglia/retropiede (varismo, valgismo, equinismo, talismo), del meso-piede (pronazione, supinazione), dell'avampiede (abduzione, adduzione), o del piede in toto (piede piatto, piede cavo), tenendo conto che le predette alterazioni possono coesistere (ad es: piede equino-varo-supinato);

3) valutazione delle ripercussioni delle alterazioni anatomiche sull'articolarietà della caviglia, della sottoastragala, dell'astragalo-scafoidea, della calcaneo-cuboidea, della scafo-cuneiforme, della cuneo-metatarsica, della cuboide-metatarsica, delle metatarso-falangee e delle interfalangee;

4) valutazione della funzionalità legamentosa mediante analisi del compartimento mediale, laterale e della sindesmosi distale, da effettuarsi mediante diagnostica strutturale, eventualmente ricorrendo ad indagini radiografiche con prove sotto stress in cassetto o in varo-valgo (test di Castaing), ricerca della positività dei cassetti o di lassità in varo-valgo del retropiede.

È il caso di precisare — in rapporto all'elevata frequenza di lesioni interessanti tale distretto — che raramente trovano indicazione le ricostruzioni legamentose di caviglia;

Il trattamento è quasi sempre conservativo (immobilizzazione, taping, bendaggio funzionale) per il grado 1° e 2°, mentre nel grado 3° può esservi — come detto raramente — un'indicazione chirurgica.

5) valutazione dell'integrità della muscolatura intrinseca ed estrinseca del piede, tenendo conto che le lesioni sovra-segmentarie possono ripercuotersi distalmente, alterando la funzionalità della caviglia e del piede. Nello specifico, deve essere valutata la componente tendinea estrinseca dei compartimenti esterno (tendini peronei), interno (tendini flessori, tibiale posteriore, flessore lungo dell'alluce, flessore lungo delle dita), anteriore (tendine tibiale anteriore, estensore proprio dell'alluce, estensore comune delle dita) e posteriore (tendine d'Achille, plantare gracile). Più complessa risulta l'analisi dell'integrità della muscolatura intrinseca del piede, le cui alterazioni più frequenti interessano i flessori e gli estensori delle dita, con conseguenti condizioni di piede piatto, piede cavo, iper-pronazione, supinazione, impennamento digitale, dita *en griffe*, le quali con il tempo possono condurre a strutturazione delle deformità;

6) valutazione delle ripercussioni funzionali causate dalla menomazione sulla fase statica (ortostatismo) e su quella dinamico-propulsiva del piede;

7) valutazione neurologica: sensitiva e motoria;

8) valutazione della possibilità di migliorare la fase statica e quella dinamica mediante utilizzo di protesi, ortesi e calzature.

Allo stato attuale le protesi di caviglia, a differenza di quelle di anca e di ginocchio, in ragione della notevole maggiore difficoltà di impianto e della minore durata nel tempo, trovano impiego limitato strettamente correlato all'età, alla presenza di defor-

mità scheletriche o di importanti lassità sia del compartimento esterno sia di quello interno, alla presenza di osteoporosi, diabete o perdita di sostanza ossea.

Le protesi di caviglia consentono limitati movimenti articolari, ma evitano il sovraccarico funzionale delle articolazioni distali.

In ambito medico-legale si deve considerare che tali protesi hanno una durata alquanto limitata, caratteristica che impone di tener conto, nel giudizio, del futuro reimpianto, oppure di una conversione in artrodesi su una situazione di pregressa resezione ossea dei capi articolari del pilone tibiale e dell'astragalo che potrà comportare la necessità di un innesto osseo.

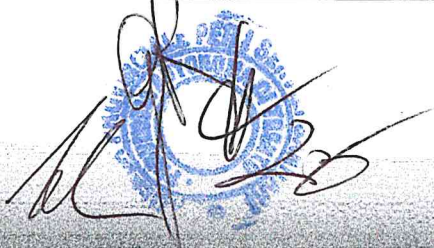
È pertanto importante tener conto anche dell'età del soggetto e della difficoltà delle predette scelte chirurgiche.

Nell'ipotesi di un fallimento protesico, l'opzione terapeutica elettiva è infatti rappresentata dall'artrodesi di caviglia con trapianto osseo.

VALUTAZIONE MEDICO-LEGALE		
Perdita anatomica di entrambi i piedi a livello della tibio-tarsica, in rapporto alla possibilità di applicazione di protesi efficace		45-60%
Perdita anatomica del piede a livello malleolare (tipo Syme), in rapporto alla possibilità di applicazione di protesi efficace		35-45%
Tale menomazione è paragonabile alla perdita del terzo inferiore della gamba; in alcune circostanze può essere addirittura più favorevole di quella sopra indicata per la difficoltà ad un'efficace protesizzazione.		
Perdita anatomica del retropiede alla Chopart o alla Innominata		35-40%
Tale menomazione configura una residua funzione paragonabile ad un moncone calcaneare.		
Perdita anatomica del mesopiede alla Lisfranc		25-30%
La valutazione deve essere effettuata tenendo conto della difficoltà della protesizzazione inso-avampodica e della necessità dell'utilizzo di calzature ortopediche su misura.		
Perdita anatomica dell'avampiede a livello delle basi metatarsali		20-25%
Perdita anatomica dell'avampiede a livello delle teste metatarsali		18-20%
Perdita anatomica dell'avampiede a livello metatarso-falangeo		16-18%
Perdita anatomica dell'alluce e del primo metatarso		14%
La valutazione tiene conto della perdita dell'elemento anatomico fondamentale per la fase propulsiva del passo e della parte mediale di appoggio del piede.		
Perdita anatomica dell'alluce, con disarticolazione a livello della metatarso-falangea		10%
Perdita anatomica delle dita esterne del piede, a seconda del numero		1-8%
La valutazione massima va riservata ai casi di perdita di tutte le dita con integrità anatomico-funzionale dell'alluce, mentre quella minima attiene alla perdita di un solo dito, per la quale il deficit funzionale è molto lieve, ma occorre nondimeno considerare il possibile "disordine digitale" e l'insorgenza di metatarsalgia.		
Anchilosi della tibio-tarsica in posizione favorevole, con blocco della sottoastragala		18%
La contemporanea presenza dell'anchilosi della tibio-tarsica e di quella della sottoastragala, ancorché in posizione favorevole, altera notevolmente la funzione deambulatoria.		
Anchilosi della tibio-tarsica in posizione favorevole		12%
La posizione favorevole è quella a 90°, senza apprezzabili alterazioni dell'atteggiamento del retro-piede. L'anchilosi, pur consentendo un buon mantenimento della posizione eretta, non consente la fisiologica effettuazione del passo, per la mancanza della fase di spinta.		
Anchilosi della sottoastragala in posizione favorevole		6%
L'anchilosi in posizione favorevole è quella con lieve valgismo di retropiede. La perdita del		

PROVA 3

movimento della sottoastraglica riduce l'adattabilità del piede al suolo a causa della limitazione della pronosupinazione.	
Limitazione del movimento di flesso-estensione della tibio-tarsica con escursione articolare possibile per metà	5-7%
Il range valutativo è motivato dalla maggiore incidenza della limitazione articolare allorché sia interessato prevalentemente il movimento di dorsi-flessione.	
Limitazione del movimento di flesso-estensione della tibio-tarsica con escursione articolare possibile per 1/3	3-5%
Limitazione del movimento della sottoastraglica con escursione articolare possibile per metà	3%
L'escursione articolare sino alla metà del range fisiologico limita la possibilità di posizionare correttamente il piede nella deambulazione su terreni sconnessi; limitazioni inferiori sono meglio tollerate.	
Anchilosi delle articolazioni tibio-tarsica, sottoastraglica e medio-tarsica in posizione favorevole	22-24%
Trattasi della c.d. "anchilosi triplice", nella quale risulta favorevole l'atteggiamento del retropiede in valgo di 5°, con mesopiede in posizione neutra in riferimento alla pronosupinazione.	
Anchilosi della sottoastraglica e della medio-tarsica in posizione favorevole	14-16%
Trattasi della c.d. "anchilosi duplice" per la quale la posizione favorevole è in valgismo di 5° con rotazione, adduzione e abduzione neutre.	
Anchilosi della medio-tarsica	10%
L'anchilosi astragalo-scafoidea causa una compromissione pressoché totale del movimento della sottoastraglica e della calcaneo-cuboidea.	
Limitazione del movimento della astragalo-scafoidea con escursione articolare possibile per metà	6%
La limitazione assume rilevanza in relazione alla sua influenza anche sull'articolazione sottoastraglica e calcaneo-cuboidea.	
Esiti di lesione del tendine d'Achille, non trattata chirurgicamente, con cedimento del retropiede e tendenza al talismo	7-9%
La mancata riparazione chirurgica determina per lo più instabilità in dorsi-flessione del piede, con necessità di appoggio calcaneare e conseguente deficit della funzione deambulatoria.	
Esiti di lesione del tendine d'Achille trattata chirurgicamente	2-5%
I principali esiti possono essere: tendinopatia conseguente alla riparazione con fibrosi e ridotta estensibilità tendinea, sino a condizioni di vera e propria retrazione, con equinismo e/o limitazione della dorsiflessione della tibio-tarsica. In queste evenienze la percentuale di zazione prospettata costituisce il punteggio base, che deve essere aumentato in relazione alla limitazione dell'ampiezza dei movimenti del piede.	
Lassità capsulo-legamentosa della caviglia:	
1° grado — Lieve	3%
2° grado — Moderato	4-6%
3° grado — Grave	7-10%
Protesi di caviglia — Classe I	15%
Protesi ben posizionata, salutare dolore sensibile ai farmaci, con moderata limitazione dell'escursione articolare di caviglia.	
Protesi di caviglia — Classe II	16-20%
Dolore frequente, ma sensibile ai farmaci, rilevante limitazione della sottoastraglica con zoppia.	
Protesi di caviglia — Classe III	21-25%
Protesi non efficace, dolore costante e soltanto parzialmente controllabile con farmaci, grave limitazione dell'escursione articolare di caviglia con zoppia.	



PROVA 3

Esiti di frattura dell'astragalo con dolore e limitazione funzionale di grado moderato	6-8%
Esiti di frattura del calcagno con dolore e limitazione funzionale di grado moderato	8-10%
Esiti di frattura dello scafoide, o del cuboide, o del I, o del II, o del III cuneiforme, con dolore e limitazione funzionale di grado moderato	2-4%
Anchilosi della tarso-metatarsale (Lisfranc) in posizione favorevole	8%
L'anchilosi in posizione favorevole consente il mantenimento di un assetto sostanzialmente corretto del meso-avampiede in abduzione/abduzione.	
Anchilosi della prima metatarso-falangea in posizione favorevole	5%
Per posizione favorevole si intende un atteggiamento in lieve dorsi-flessione, con normoallineamento metatarso-falangeo in varo-valgo e rotazione neutra.	
Anchilosi dell'interfalangea dell'alluce in posizione favorevole	3%
Anchilosi delle altre metatarso-falangee in posizione favorevole, senza protrusione plantare delle teste metatarsali o impennamento digitale	1-5%
La valutazione va rapportata al numero di raggi coinvolti.	
Limitazione del movimento della flessione dorsale della prima metatarso-falangea con escursione articolare possibile per metà	2%
Nella dinamica deambulatoria risulta compromessa la fase propulsiva del passo.	
Esiti di frattura del I o del V metatarso con dolore e limitazione funzionale di grado moderato	2-4%
La valutazione va rapportata alla sede della frattura (base, diafisi, testa), all'eventuale interessamento articolare, alla morfologia del callo osseo e ad eventuali distorsioni diafisari comportanti alterazioni del carico.	
Esiti di frattura del II o del III o del IV metatarso, con dolore e limitazione funzionale di grado moderato	1-2%
La valutazione va rapportata alla sede della frattura (base, diafisi, testa), all'eventuale interessamento articolare, alla morfologia del callo osseo e ad eventuali distorsioni diafisari comportanti alterazioni del carico. In caso di fratture di più metatarsi la valutazione deve essere espressa sulla base della complessiva funzionalità del piede.	
Esiti di frattura delle falangi delle dita del piede	1%
Trattasi di fratture che spesso guariscono senza esiti disfunzionali apprezzabili e con esiti molto lievi, che devono essere valutati in relazione all'eventuale coinvolgimento articolare e alla deformità residua.	

6.9. Lesioni muscolari

Le lesioni muscolari derivanti da traumi diretti o indiretti, possono essere rappresentate da:

- ferite del ventre muscolare;
- traumi contusivi diretti con ecchimosi ed ematomi, fino alla necrosi tissutale;
- traumi muscolari indiretti, quali distrazioni muscolari di 2° e 3° grado fino a microlacerazioni e rotture estese del ventre muscolare.

La sussistenza di un danno di natura permanente è evincibile dalle modificazioni strutturali del tessuto muscolare, apprezzabili sia sul piano clinico-obiettivo che su quello diagnostico-strumentale, mediante il quale si possono evidenziare cicatrici fibrotiche, calcificazioni, ematomi organizzati, talvolta con formazioni cistiche.

L'accertamento diagnostico prevede l'esame ecografico e radiografico standard e la TC per la visualizzazione delle calcificazioni; la RM è solitamente riservata ai casi più

La buona tecnica valutativa impone dunque di valutare caso per caso e distinguere, in base alle circostanze, tra il danno estetico da cicatrice residuo all'accesso chirurgico.

Per la valutazione del danno alla funzione estetica sono state individuate 6 classi di crescente gravità, che vanno dalla "lieve" alla "grave". La valutazione del danno estetico, all'interno delle quali la quantificazione deve essere modulata in base alle caratteristiche intrinseche del difetto, è basata su tre fattori: l'entità del danno, la sua localizzazione ed il pregio estetico del difetto. I difetti estetici sono suddivisi in tre categorie: difetti estetici primari (danno estetico predefinito, rilevante o infossamento, discromia e distrofia ed effetti retrattivi) ed estetici (sono pre-

Per la valutazione del danno alla funzione estetica sono state individuate 6 classi di crescente gravità, che vanno dalla "lieve" alla "grave". La valutazione del danno estetico, all'interno delle quali la quantificazione deve essere modulata in base alle caratteristiche intrinseche del difetto, è basata su tre fattori: l'entità del danno, la sua localizzazione ed il pregio estetico del difetto. I difetti estetici sono suddivisi in tre categorie: difetti estetici primari (danno estetico predefinito, rilevante o infossamento, discromia e distrofia ed effetti retrattivi) ed estetici (sono pre-

16-25%	Class III. Pregiudizio estetico da moderato a rilevante
--------	---

notevole impatto negativo sull'omocostasi 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 minore 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.

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 rilevante modificazione della fisionomia del soggetto, che risulta non solo allo stesso plausibile, ma anche 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 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:

Cicatrici: notevolmente ipertrofiche e/o cheloides, nonché fortemente discromiche e re-tuanti, 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: coesistenza 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 aggiuntivamente.

Bibliografia

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

BASSETTO F. et al., *Burn scar assessment: a systematic review of different scar scales*, J Surg Res, 141(1), 115-123, 2010.

BASSETTO F. 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.

BASSETTO F. et al., *La peculiarità del nocumento estetico ai fini del risarcimento del danno biologico*, Riv It Med Leg, p. 978-79, 2004.

BASSETTO F. et al., *Lineamenti di trattistica medico-legale*, Archivio penale, 1947.

BASSETTO F. et al., *Il danno estetico di rilevanza estetica*, www.altalex.it.

BASSETTO F. et al., *Danno biologico di rilevanza estetica e l'art. 583 c.p.*, Riv It Med Leg, 2: 603-623, 1995.

BASSETTO F. et al., *Le menomazioni dell'efficienza estetica*, Minerva Medica ed., 1995.

BASSETTO F. et al., *La cicatrice chirurgica. Verità cliniche e problemi medico legali*, Minerva Medica ed., 2006.

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

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

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

PROVA 3