CENTRO NAZIONALE
CLINICAL GOVERNANCE
ED ECCELLENZA DELLE CURE

RBPCA pubblicata il 26 marzo 2025

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

BUONE PRATICHE CLINICHE DI VALUTAZIONE MEDICO LEGALE DELLE MENOMAZIONI ALLA INTEGRITÀ PSICOFISICA COMPRESE TRA 10 E 100 PUNTI DI INVALIDITÀ PERMANENTE

PROMOTORE

Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni
Presidente prof. Franco Introna

COMPOSIZIONE DEL GRUPPO DI SVILUPPO

Comitato Tecnico-Scientifico
Lucio Di Mauro, Segretario SIMLA specialista in Medicina Legale, libero professionista, Catania
Gloria Luigia Castellani, specialista in Medicina Legale, libero professionista, Verona
Giovanni Pomponio, Dirigente Medico Ospedali Riuniti Ancona
Marco Bruno Luigi Rocchi, Prof. Ordinario in Statistica Medica Univ. Urbino

Panel Giuria
Pierfranco Aleandri, specialista in Medicina Legale, libero professionista, Roma
Carlo Bernabei, specialista in Medicina Legale, libero professionista, Milano
Aurelio Bonelli, specialista in Medicina Legale, già professore associato Università degli Studi di Firenze
Velia Bruno medico chirurgo, Direttore del Centro Nazionale della Clinical Governance Istituto Superiore di Sanità, Roma
Alberto M. Cisterna, Presidente di Sezione Tribunale Civile, Roma
Domenico De Leo, specialista in Medicina Legale, professore ordinario Università degli Studi di Verona
Alessandro Dell'Erba, Presidente Scuola di Medicina Università degli Studi di Bari
Martina Flamini, Giudice Ufficio del Massimario Corte di Cassazione, Roma
Maurizio Hazan, avvocato di studio legale, Milano
Pietro Garofoli, Avvocato dello Stato, Roma
Francesco Introna, Presidente SIMLA, specialista in Medicina Legale, professore ordinario Università degli Studi di Bari
Giovanni Leoni, medico chirurgo, Vice-Presidente FNOMCEO, Venezia
Cesare Maria Lico, specialista in Medicina Legale, libero professionista, Verona
Arnaldo Migliorini, specialista in Medicina Legale, libero professionista, Milano
Valentina Piredda, specialista in Medicina Legale, Dirigente Medico ASL Sassari
Amalia Piscopo, specialista in Medicina Legale, libero professionista, Reggio Calabria
Giovanna Ricci, laureato in Giurisprudenza, professore associato UNICAM
Simona Rinaldi, specialista in Medicina Legale, libero professionista, Catania
Loredana Scuro, specialista in Medicina Legale, libero professionista, Verona
Giacomo Travaglino, Presidente Corte di Cassazione Civile, Roma
Riccardo Zoja, specialista in Medicina Legale, professore ordinario Università Statale degli Studi di Milano

Esperti
Antonina Argo, Vice-Presidente SIMLA specialista in Medicina Legale e delle Assicurazioni, professore ordinario Università degli Studi di Palermo
Alessio Battistini, specialista in Medicina Legale e delle Assicurazioni professore associato Università Statale degli Studi di Milano
Giorgio Bolino, specialista in Medicina Legale e delle Assicurazioni professore associato Università La Sapienza Roma
Pietro Carlo Campobasso, specialista in Medicina Legale e delle Assicurazioni professore ordinario Università degli Studi della Campania "L. Vanvitelli"
Paolo Faccioli, specialista in Medicina Legale, libero professionista, Bologna
Piergiorgio Fedeli, specialista in Medicina Legale, professore ordinario UNICAM
Paola Frati, laureata in Giurisprudenza, professore ordinario Università La Sapienza, Roma
Raffaele Giorgetti, professore ordinario di Medicina Legale, Università Politecnica delle Marche
Umberto Genovese, specialista in Medicina Legale, professore ordinario Università Statale degli Studi Milano
Gabriele Mandarelli, specialista in Psichiatria, professore associato Università degli Studi Aldo Moro di Bari
Franco Marozzi, Vice-Presidente SIMLA specialista in Medicina Legale, libero professionista, Milano
Luigi Mastroroberto, specialista in Medicina Legale, libero professionista, Bologna
Massimo Niola, specialista in Medicina Legale, professore ordinario Università degli Studi Federico II Napoli
Luigi Papi, specialista in Medicina Legale, professore aggregato AOU Pisana
Lorenzo Polo, specialista in Medicina Legale, libero professionista, Pavia

Monica Salerno, specialista in Medicina Legale, professore associato Università degli Studi di Catania
Ascanio Sirignano, specialista in Medicina Legale, professore ordinario Università degli Studi di Camerino
Raffaella Stucchi, specialista in Medicina Legale, libero professionista, Milano
Elisabetta Zaglia, specialista in Medicina Legale, Dirigente INPS, Verona

Segreteria Scientifica
Fabio Fenato, specialista in Medicina Legale, libero professionista, Padova
Andrea De Nicolò, specialista in Medicina Legale, libero professionista, Torino
Massimiliano Esposito, professore associato presso l'Università degli Studi Kore di Enna
Giacomo Fassina, specialista in Medicina Legale, libero professionista, Padova
Filippo Gibelli, specialista in Medicina Legale dottorando in Scienze Giuridiche Università degli Studi di Camerino
Arianna Giorgetti, specialista in Medicina Legale, ricercatore Università degli Studi di Bologna
Mariagrazia Marisei, specialista in Medicina Legale, ricercatore Università degli Studi Federico II di Napoli
Sara Sablone, Revisore dei Conti SIMLA specialista in Medicina Legale, Dirigente Medico UOC AO Policlinico di Bari
Maria Camerlingo, documentalista biomedico, Bologna

Revisori esterni
Antonio Oliva, Prof. Ordinario di Medicina Legale, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Cristoforo Pomara, Prof. Ordinario di Medicina Legale, Università degli Studi di Catania

Segreteria Organizzativa
Clelia Blanco, laureata in Economia Aziendale presso Unicusano, Segreteria SIMLA
Valentina Garofalo, laureata in Relazioni Internazionali Università degli Studi di Catania, Segreteria SIMLA
Beatrice Righetti, diploma di liceo classico, Assistente del CTS

Elenco delle Raccomandazioni di BPCA

Statement 1.1

La definizione di danno biologico è da contestualizzare agli aspetti dinamico-relazionali comuni a tutti e anche a quelli specifici del soggetto.

Statement 1.2

L'espressione numerica in misura percentuale è raccomandata per quantificare la menomazione permanente all'integrità psico-fisica.

Statement 2.1

È confermato la procedura per analogia, equivalenza e proporzionalità per le menomazioni non elencate nella tabella di riferimento.

Statement 2.2

L'affermazione che la menomazione all'integrità psico-fisica debba essere espressa numericamente come misura percentuale si basa sulla necessità di un percorso riproducibile di evidenza clinica e semeiotica medico-legale.

Statement 2.3

Nei casi di quadri menomativi con lesioni multiple coesistenti o concorrenti, è necessario utilizzare un metodo valutativo specifico per valutare in modo globale la menomazione.

Statement 3.1

Si raccomanda l'estensione a tutte le fasce di età delle indicazioni del paragrafo 4.2 del documento di Roma Conference sulla valutazione medico-legale del danno biologico nella persona anziana.

Statement 5.1

La valutazione quantitativa della menomazione della funzione psichica è di esclusiva competenza del medico chirurgo specialista in medicina legale.

Statement 6.1

L'utilizzo di protesi in grado di svolgere funzioni vicarie rende comunque imprescindibile la valutazione della perdita anatomica (in qualsiasi distretto del corpo).

Statement 6.2

Gli elementi essenziali per formulare una valutazione accurata e completa, espressa numericamente come misura percentuale, nel caso di soggetti con protesi articolari (come ginocchio, gomito) includono l'entità della eventuale sintomatologia dolorosa residua, il range articolare concesso, la congruenza tra la cinematica della protesi e il fisiologico pattern di movimento dell'arto, nonché l'eventuale impatto negativo sul funzionamento globale dell'individuo, anche in rapporto allo stato anteriore.

Statement 6.3

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

Statement 7.1

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

Indice

1. Introduzione e razionale 7
Premesse 7
Caratteristiche fondamentali di una disciplina per essere oggetto di valutazione efficace 8
2. Obiettivi, ambiti di applicazione delle RBPCA e coinvolgimento degli stakeholder 8
Obiettivi 8
Destinatari 9
Elenco Stakeholder 9
3. Metodi 9
Attori 10
Sviluppo del progetto 11
Preparazione del lavoro 15
4. Sintesi delle evidenze e raccomandazioni di buona pratica clinico-assistenziale 39
Formulazione ed Approvazione degli Statement 39
Tabelle di attribuzione delle percentuali di danno 42
Bibliografia - Testi Maggiori 180
5. Revisione esterna 180
6. Applicabilità 181
7. Aggiornamento delle RPBCA 182
8. Indipendenza editoriale e altre dichiarazioni 183
9. Allegati 183
ALLEGATO 1- GLOSSARIO 184
ALLEGATO 2 - MATERIALE BIBLIOGRAFICO RACCOLTO ED ESAMINATO 196
ALLEGATO 3 - BIBLIOGRAFIA - TESTI MAGGIORI 320
BUONE PRATICHE CLINICHE DI VALUTAZIONE MEDICO LEGALE DELLE MENOMAZIONI ALLA INTEGRITÁ PSICOFISICA COMPRESE TRA 10 E 100 PUNTI DI INVALIDITÁ PERMANENTE 325
Risultati della prima votazione della Giuria Multidisciplinare - Statement 326
Formulazione definitiva degli Statement 328
Formulazione definitiva degli Statement 2.1, 3.1, 5.1 331
Minority Report 331
Risultati della seconda votazione della Giuria Multidisciplinare - Tabelle delle menomazioni alla integrità psicofisica comprese tra 10 e 100 punti di invalidità permanente 332
TABELLA DEFINITIVA DELLE MENOMAZIONI ALLA INTEGRITÁ PSICOFISICA COMPRESE TRA 10 E 100 PUNTI DI INVALIDITÁ PERMANENTE 373
NOTE ED OSSERVAZIONI DEGLI STAKEHOLDER 387
NOTE ED OSSERVAZIONI DEL COMITATO TECNICO SCIENTIFICO (6 dicembre 2024) 387

1. Introduzione e razionale

Premesse

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

Tuttavia, in Italia così come in altri Paesi, il metodo di percentualizzazione del danno alla persona è riconosciuto dal legislatore e consolidato dal diritto positivo. L'autore delle leggi, infatti, intervenuto con il decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, al fine di garantire il diritto delle vittime dei sinistri ad un integrale risarcimento del danno non patrimoniale effettivamente subito e di razionalizzare i costi gravanti sul sistema assicurativo e sui consumatori, ha previsto, mediante l'emanazione di un decreto del Presidente della Repubblica - previa deliberazione del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro dello Sviluppo Economico, di concerto con il Ministro della Salute, con il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali e con il Ministro della Giustizia - l'emanazione di due specifiche tabelle, uniche su tutto il territorio nazionale, delle menomazioni all'integrità psico-fisica comprese tra 1 e 9 e tra 10 e 100 punti.

Per le menomazioni dell'integrità psico-fisica comprese tra 1 e 9 punti di invalidità esiste una tabella approvata con D.M. del 03/07/2003; viceversa, non esiste l'analogo decreto ministeriale che dia forza di legge alla tabella di valutazione medico-legale delle menomazioni dell'integrità psico-fisica "macropermanenti" (menomazioni di non lieve entità), ossia comprese tra 10 e 100 punti.

Allo stato, la dottrina medico legale, intervenuta per colmare il vuoto normativo con qualificati autori e, più recentemente, con la stessa opera scientifica pubblicata dalla SIMLA (2016), ha necessità di aggiornare gli attuali barèmes, in quanto non può non rilevarsi come essi siano ispirati a modelli valutativi per molti versi superati dall'inarrestabile evoluzione della società e come, pertanto, risultino non del tutto efficaci nell'inquadrare le numerose e complesse dimensioni di un essere umano sempre più *homo socialis.*

E ancora, a tal proposito, recentemente sono intervenuti gli Ermellini che hanno rilevato come i vari barèmes attualmente offerti dalla più autorevole dottrina di settore medico-legale facciano emergere talune difformità in merito alla misura percentuale assegnata per le medesime menomazioni, onde realizzare un concreto rischio di disparità di valutazione liquidativa.

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

Caratteristiche fondamentali di una disciplina per essere oggetto di valutazione efficace

Disciplina basata su evidenze: deve essere basata su dati empirici, ricerche scientifiche e risultati comprovati.

La medicina legale della valutazione del danno biologico permanente non è attività propriamente clinica e nelle more dell'assenza della "prova scientifica" il massimo valore è quella del consenso formale degli esperti in questo campo attraverso discussioni e confronti che portino a raccomandazioni pratiche e di guida.

Ampia letteratura: la disciplina deve avere un'ampia base di letteratura scientifica e pubblicazioni.

Multidisciplinarietà: la disciplina deve essere di interesse per diversi settori, permettendo la formazione di un panel multidisciplinare di esperti che possano fornire una visione completa e integrata delle evidenze disponibili.

Dinamicità: la disciplina deve essere in continua evoluzione, con nuove ricerche, dati e metodologie che emergono nel tempo.

2. Obiettivi, ambiti di applicazione delle RBPCA e coinvolgimento degli stakeholder

Obiettivi

- Raggiungere sintonia tra esperti su criteri, metodologie e raccomandazioni al fine di valutare in modo accurato, affidabile e riproducibile attraverso l'utilizzo di parametri misurabili e condivisi il danno biologico nelle macrolesioni contribuendo così alla pratica clinica, al dibattito scientifico ed anche alle politiche di salute.
- Perfezionare le conoscenze in tema di accertamento medico-legale delle lesioni dalle quali conseguono menomazioni dell'integrità psicofisica cosiddette macro permanenti.
- Definire i princìpi (*overarching principles*) alla base della metodologia di valutazione e quantificazione del danno biologico permanente compreso tra 10 e 100 punti di invalidità.

- Pervenire alla formalizzazione di intervalli percentuali quanto più possibilmente circoscritti che riflettano il reale valore in termini di compromissione della validità dell'individuo di ogni organo-funzione o segmento di apparato rilevante ai fini della valutazione del danno biologico permanente.

Destinatari

- Specialisti in Medicina Legale
- Operatori in ambito giuridico e assicurativo in tema di danno alla persona
- Cittadini

Elenco Stakeholder

Associazione Coordinamento Ospedalità Privata (ACOP), Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (ANIA), Coordinamento delle associazioni per la difesa dell'ambiente e la tutela dei diritti di utenti e consumatori (CODACONS), Associazione italiana ospedalità privata (A.I.O.P.), Associazione italiana familiari e vittime della strada (AIFVS), COMLAS, FEDERSANITÀ, Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS), Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro (INAIL), Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS), Unione Nazionale Avvocati Responsabilità Civile e Assicurativa (UNARCA), Pan European Organisation of Personal Injury Lawyers (PEOPIL) referente italiano, Tribunale per i diritti del malato (Roma), UnipolSai.

3. Metodi

L'individuazione delle buone pratiche cliniche è stata effettuata in armonia con il manuale prodotto e pubblicato dall'Istituto Superiore di Sanità ("Procedure di invio e valutazione di raccomandazioni per le buone pratiche clinico-assistenziali" v. 1.3 marzo 2025). Gli step seguiti nella produzione del documento sono riportati nel dettaglio nei paragrafi che seguono. In estrema sintesi, un largo numero di esperti sotto la guida di un comitato tecnico-scientifico ha provveduto a costruire un glossario, a individuare i quesiti clinici e di background rilevanti, a formulare gli statement finalizzati a rispondere a detti quesiti, a proporre e attribuire un peso numerico ad una lista di lesioni selezionate secondo criteri di severità, prevalenza e rappresentatività. Una task force composta da una librarian con esperienza documentata, un metodologo e una segreteria scientifica ha provveduto all'analisi della letteratura, producendo tabelle di sintesi che sono state utilizzate dagli esperti come riferimento. Tutti i passaggi che hanno richiesto lo sviluppo e la misura del consenso tra gli esperti sono stati gestiti in

accordo con le regole tipiche delle conferenze formali di consenso, in accordo con i principali documenti di riferimento (Manuale metodologico "Come organizzare una conferenza di consenso" ISS SNLG novembre 2009/ novembre 2013). Un pannello multidisciplinare e multiprofessionale composto da 21 esperti indipendenti ha infine provveduto alla correzione e validazione del lavoro condotto, attraverso una discussione strutturata condotta in un meeting in presenza su tutti gli statement e gli item contenuti nel documento finale seguita dalla contestuale verifica formale del grado di accordo tra i componenti del pannello. Infine, il lavoro è stato sottoposto a revisione esterna da parte di due esperti.

Attori

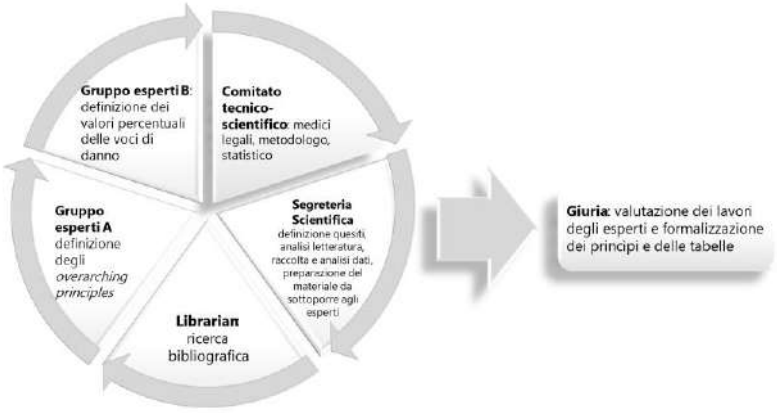
- Comitato tecnico-scientifico composto dal Dott. Lucio Di Mauro, Dott.ssa Gloria L. Castellani, Dott. Giovanni Pomponio e dal Prof. Marco Rocchi: avrà il compito di avviare l'iniziativa, di delimitarne il campo di applicazione, di prendere le decisioni strategiche riguardo alla metodologia ed alle modalità di ricerca e misurazione del grado di accordo. Il Dott. Pomponio e il Prof. Rocchi avranno anche il compito di analizzare i dati. Il comitato tecnico-scientifico, unitamente ad altri autori (che saranno in seguito individuati) avrà anche il compito di redigere i criteri applicativi e il report finale. Il Comitato tecnico scientifico ha nominato il Prof. Francesco Introna e la dott.ssa Simona Rinaldi, rispettivamente Presidente e Segretario della Giuria.
- Il Comitato tecnico-scientifico successivamente ha individuato il Dott. Luigi Mastroroberto per la stesura dei criteri applicativi.
- Librarian individuata nella dott.ssa Maria Camerlingo, che avrà il compito di effettuare la ricerca bibliografica e produrre una libreria virtuale (in formato Excel) contenente gli articoli scientifici reperiti.
- Segreteria scientifica composta dal Dott. Fabio Fenato, Dott. Andrea De Nicolò, Prof. Massimiliano Esposito, Dott. Giacomo Fassina, Dott. Filippo Gibelli, Dott.ssa Arianna Giorgetti, Dott.ssa Mariagrazia Marisei, Dott.ssa Sara Sablone avrà il compito di sostenere il comitato tecnico-scientifico nelle attività di ricerca e valutazione della Letteratura, di preparazione del materiale, nonché di raccolta ed analisi dei dati.
- Due pannelli di esperti di riconosciuta autorevolezza ed esperienza nel campo in esame:
    - Gruppo esperti del pannello "A": dovrà stabilire i princìpi (*overarching principles*) che sottendono alla valutazione e la quantificazione del danno biologico ed è composto dai seguenti membri: Prof.ssa Antonina Argo, Prof. Carlo Pietro Campobasso, Prof.ssa Paola Frati, Prof. Raffaele Giorgetti, Prof.

Umberto Genovese, Dott. Franco Marozzi, Prof. Massimo Niola, Prof. Ascanio Sirignano, Dott. Elisabetta Zaglia.

- Gruppo esperti del pannello "B": dovrà fornire la stima numerica delle menomazioni di ciascun organo-funzione o segmento di apparato rilevante ai fini della valutazione del danno biologico permanente nonché elaborare una tabella delle menomazioni alla integrità psicofisica compresa tra 10 e 100 punti di invalidità ed è composto dai seguenti membri: Prof. Alessio Battistini, Prof. Giorgio Bolino, Dott. Paolo Faccioli, Prof. Piergiorgio Fedeli, Prof. Gabriele Mandarelli, Dott. Luigi Mastroroberto, Dott. Luigi Papi, Dott. Lorenzo Polo, Prof.ssa Monica Salerno, Dott.ssa Raffaella Stucchi.

Il Panel degli Esperti esaminerà il Report della revisione esterna prima della finalizzazione del documento.

- Giuria multidisciplinare/multiprofessionale, composta dal Presidente Prof. Francesco Introna e 20 esperti della materia: discussi i risultati del lavoro dei due pannelli di esperti della materia giuridica e medico legale, avrà il ruolo di formalizzare le raccomandazioni relative agli obiettivi espressi ed alle domande formulate. I membri della Giuria sono il Dott. Pierfranco Aleandri, il Dott. Carlo Bernabei, il Prof. Aurelio Bonelli, la Dott.ssa Velia Bruno, il Cons. Alberto M. Cisterna, il Prof. Domenico De Leo, il Prof. Alessandro Dell'Erba, il Cons. Martina Flamini, l'Avv. Maurizio Hazan, l'Avvocato dello Stato Pietro Garofoli, il Dott. Giovanni Leoni, il Dott. Cesare Maria Lico, il Dott. Arnaldo Migliorini, la Dott.ssa Valentina Piredda, la Dott.ssa Amalia Piscopo, la Dott.ssa Simona Rinaldi, la Prof.ssa Giovanna Ricci, la Dott.ssa Loredana Scuro, il Presidente Dott. Giacomo Travaglino, il Prof. Riccardo Zoja.



Sviluppo del progetto

FASE 1: lavori preliminari

Obiettivo: identificazione degli esperti e composizione dei pannelli, selezione dei quesiti, definizione degli scenari e dei limiti del progetto, avvio della fase di ricerca bibliografica.

Chi	*Che cosa*
Comitato tecnico-scientifico Direttivo SIMLA	Ha scelto i componenti del pannello degli esperti e della giuria e verificato l'adesione al progetto
Segreteria organizzativa	Ha predisposto il contratto per lo statistico e per la librarian
Comitato tecnico-scientifico Segreteria scientifica	• Con la collaborazione degli esperti del pannello A e B ha stilato un glossario • Ha identificato gli statement preliminari su cui si desiderava sviluppare e misurare il grado di accordo e li ha trasformati in quesiti di background • Ha stilato l'elenco degli organi, segmenti di apparto, funzioni per le quali si desiderava sviluppare concordanza relativamente alle percentuali che quantifichino il danno e le raggruppa in categorie. • Può integrare le voci delle menomazioni mediante il procedimento per analogia
Librarian	Sulla base dei quesiti di background e dell'elenco degli organi, apparati e funzioni ha eseguito la ricerca bibliografica al fine di individuare documenti di consenso, linee guida, eventuali studi primari eseguiti sul tema

FASE 2: preparazione del materiale

Obiettivo: elaborare i risultati della ricerca bibliografica, preparare il materiale necessario per la valutazione critica dei risultati della ricerca e per le fasi successive.

Chi	*Che cosa*
Segreteria organizzativa	Ha raccolto il materiale bibliografico[1]
Segreteria scientifica	• Ha valutato la pertinenza e selezionato i lavori di interesse • Ha recuperato i full-text
Segreteria scientifica Metodologo	Ha proceduto alla sintesi degli articoli selezionati e prodotto le tabelle di confronto
Metodologo Segreteria scientifica	Hanno preparato le schede di votazione dei princìpi generali (per il gruppo di esperti "A") e le schede necessarie per il ranking (vedi fase 3a) e per la proposta degli intervalli (fase 3b) (per il gruppo di esperti "B")

FASE 3: definizione degli statement e attribuzione delle percentuali per la quantificazione delle menomazioni

Obiettivo: definizione del primo draft contenente gli statement preliminari (overarching principles) e gli intervalli percentuali per la quantificazione del danno sui quali si cercherà di sviluppare e misurare il grado di accordo.

Chi	*Che cosa*
Segreteria scientifica sotto la supervisione del comitato tecnico-scientifico Gruppo di esperti "A"	La segreteria scientifica (sotto la supervisione del comitato tecnico-scientifico) ha preparato una serie di quesiti preliminari che sono stati inviati al pannello degli esperti. Ciascun esperto del pannello A, in maniera indipendente, ha provveduto: a) a giudicare il grado di rilevanza del quesito/affermazione proposta (classificandola in: *"di importanza critica"*, *"importante ma non critica"*, *"incerta"*, *"poco importante"*, *"per nulla importante"*); b) a proporre, limitatamente alle affermazioni giudicate importanti, eventuali modifiche (ad esempio del wording, o integrazioni); c) ad esprimere, limitatamente alle affermazioni giudicate importanti, il proprio grado di accordo con l'affermazione proposta utilizzando un punteggio semiquantitativo. I voti sono stati analizzati stati elaborati in accordo con una scala di valutazione del consenso da 1 a 9.

[1] Alla librarian sarà chiesto di produrre l'elenco dei lavori trovati in un file Excel contenente riferimento e abstract

	Sulla base dei quesiti approvati la librarian ha provveduto ad effettuare una analisi standardizzata letteratura, che ha prodotto una lista di molte centinaia di lavori, i quali sono stati sottoposti da parte della segreteria scientifica ad uno screening per pertinenza. I lavori considerati pertinenti sono stati riassunti in forma di tabelle (evidence report) e inviati agli esperti unitamente ad una proposta preliminare di statement prodotta dal comitato tecnico-scientifico. Gli esperti hanno avuto così modo di esprimere un primo round di votazione, nel quale è stato possibile raccogliere le proposte di modifica e di individuare le aree di principale disaccordo. Fase 3a: Gli statement sono stati quindi corretti ed integrati in accordo con le osservazioni degli esperti e avviati a nuovo round di votazione. A seguito della votazione il grado di accordo è stato classificato in: 'forte accordo', 'accordo debole', incerto o 'disaccordo'. Solo gli statement caratterizzati da accordo forte o debole saranno sottoposti alla votazione della giuria di multidisciplinare, alla quale comunque saranno presentati anche gli statement 'scartati'.
Gruppo di esperti "B"	Il comitato tecnico scientifico ha individuato una lista di 194 lesioni suddivise in quindici contenitori (raggruppamenti) omogenei per funzione o apparato. Queste menomazioni sono state individuate secondo i seguenti criteri: 1. Prevalenza: è stata data la precedenza alle menomazioni più frequenti 2. Severità: sono state inserite le menomazioni con maggiore impatto sulla salute 3. Rappresentatività: sono state privilegiate le menomazioni più rappresentative dei danni di pertinenza di quel contenitore 4. Disomogeneità: sono state privilegiate le menomazioni per le quali vi è una maggiore probabilità di disaccordo nell'attribuzione di un peso Al termine dei lavori degli Esperti e dell'analisi dei risultati statistici, il comitato tecnico ha provveduto ad integrare la lista delle menomazioni con ulteriori 54 item aggiunti e pesati utilizzando il procedimento per analogia. Le menomazioni individuate sono state per prima cosa ordinate per gravità all'interno di ciascun raggruppamento. Il processo ha richiesto una prima votazione da parte del pannello di esperti. Questo lavoro ha avuto l'obiettivo di produrre un 'ranking' di severità delle menomazioni il più rappresentativo possibile del parere medio degli esperti al fine di facilitare il successivo lavoro di determinazione dei pesi. I risultati della votazione sono stati elaborati in modo tale da costruire il ranking maggiormente rappresentativo del parere generale e allo stesso tempo valutare il grado di concordanza. Fase 3b: Agli esperti è stato richiesto di inserire un range di valori corrispondenti al 'peso' minimo e massimo attribuito alla lesione. In questa fase, tuttavia, alcune difformità dell'attribuzione dei range, legate al diverso parere espresso dagli esperti, hanno parzialmente ostacolato l'analisi formale dei risultati. Il comitato tecnico-scientifico, in accordo con lo statistico, ha quindi deciso di utilizzare la distribuzione interquartile 25-75 per individuare il range più rappresentativo del parere degli esperti e di operare una analisi grafica della concordanza tra gli esperti che sarà riportata per ogni singolo item.

FASE 4: seduta plenaria della Giuria multidisciplinare

Obiettivo: misurare il grado di accordo sul lavoro svolto da parte di una giuria multidisciplinare e indipendente.

Preparazione: elaborazione di relazioni che illustrino alla giuria lo scenario da cui si è partirti, gli obiettivi del progetto, la metodologia seguita, i dati del confronto con la letteratura ed i risultati del lavoro del panel degli esperti.

Il lavoro della Giuria
La Giuria è chiamata a:

1. Esprimere un parere sul progetto (finalità, metodologia, risultati).
2. Discutere in maniera informale i singoli statement e tutti gli item contenuti nei contenitori. Le ragioni di eventuale disaccordo con le decisioni prese dagli esperti dei due pannelli e con i range attribuiti alle diverse menomazioni dovranno esser espresse esplicitamente, in modo che possano essere riportate nel documento finale.

3. Approvare il procedimento per analogia utilizzato per integrare gli item anch'essi da sottoporre al processo formale di accordo.
4. La discussione sarà stimolata dal Presidente di giuria; la segreteria scientifica annoterà su foglio a parte ogni considerazione sorta dal confronto dei giurati partecipanti, al fine di stilare compiutamente il documento finale.
5. Ciascun giurato dovrà infine partecipare a tre round di votazioni:
    a) Votazione del grado di accordo con gli statement approvati dagli esperti del pannello A;
    b) Votazione del grado di accordo con: i punteggi di quantificazione degli item sottoposti alla valutazione degli esperti del pannello B;
    c) Votazione del grado di accordo rispetto il procedimento per analogia proposto per integrare la lista degli item valutati degli esperti del pannello B;
    d) se sarà raggiunto un elevato grado di accordo sul procedimento per analogia si passerà alla presentazione e votazione rispetto agli item integrativi proposti dal comitato-tecnico scientifico.
6. Il voto di ciascun giurato sarà acquisito in forma anonima.
7. Gli statement che non raggiungeranno sufficiente accordo saranno giudicati incerti e costituiranno le aree di maggiore priorità per la ricerca e la discussione futura.
8. Gli item sui quali la giuria non raggiungerà accordo (incerti) o sui quali i giurati esprimeranno disaccordo saranno gestiti inserendo al posto del range interquartile i valori minimo e massimo che gli esperti del pannello hanno proposto.
9. I lavori della Giuria si svolgeranno in presenza degli esperti e del comitato tecnico scientifico la seduta di lavoro è aperta al pubblico e gli uditori non potranno intervenire.
10. Alla seduta plenaria partecipano anche gli stakeholder, i quali potranno assistere a tutte le fasi dei lavori, senza però aver diritto di parola né di voto. A tutti gli stakeholder sarà consegnato entro 15 giorni dalla conclusione della seduta plenaria un report contenente i risultati della votazione e l'elenco degli statement e delle tabelle contenenti gli item approvati e da qual momento avranno 20 giorni per esprimere, se ritenuto necessario, appunti, critiche, proposte. Le opinioni degli stakeholder verranno integrate nel report finale.

FASE 5: elaborazione del documento definitivo

Nel documento finale saranno presentati:

a. Introduzione: obiettivi, decisioni preliminari, metodi, analisi della letteratura;
b. Risultati: saranno illustrati gli statement e gli intervalli percentuali, se necessario con note e commenti, i risultati delle votazioni dei pannelli di esperti e della giuria multidisciplinare;
c. Aree grigie: eventuali aree di disaccordo o aree nelle quali è stato particolarmente difficile raggiungere un accordo saranno evidenziate e discusse;
d. Minority report: saranno presentati eventuali visioni di minoranza che appaiono rilevanti;
e. Eventuali pareri, critiche e richieste provenienti dagli stakeholder;
f. Discussione: sarà prodotto un commento sui risultati ottenuti, sul possibile impatto sulla realtà clinica ed organizzativa, sulle priorità per la ricerca futura, su eventuali ulteriori iniziative da intraprendere in questo campo e sono evidenziati i limiti del progetto.

Preparazione del lavoro

Il comitato tecnico-scientifico, con il supporto prezioso della Segreteria Scientifica, ha svolto le seguenti attività preparatorie:

Compilazione di un glossario

È stato prodotto un documento contenente la raccolta dei vocaboli e delle espressioni da utilizzare per la formulazione delle voci di menomazione da inserire nei relativi contenitori. L'elaborazione dello stesso è stata compiuta previo utilizzo dello strumento "MeSH thesaurus 2023", un vocabolario controllato e gerarchicamente organizzato prodotto dalla National Library of Medicine (PubMed), prescelto - dopo confronto tra vari strumenti di lavoro - per il rigore metodologico che ne sottende la strutturazione, per il costante aggiornamento e per l'universale accessibilità.

In caso di mancato reperimento del vocabolo o dell'espressione d'interesse nello strumento suddetto, si è proceduto alla consultazione dei principali vocabolari italiani (Treccani) ovvero di altre autorevoli fonti, ad esempio il DMS-5, specificandone la natura.

Il documento è stato quindi sottoposto alla correzione, integrazione e valutazione degli esperti di entrambi i pannelli (A e B) e così ratificato all'esito degli opportuni approfondimenti.

Il glossario è riportato in **ALLEGATO 1**.

Formulazione dei quesiti/statement

Il CTS ha provveduto a formulare 12 quesiti relativi ai principi generali, come guida per la ricerca bibliografica e la produzione degli statement stessi. Gli statement sono stati sottoposti agli esperti del pannello A in un primo round di votazione, attraverso il quale sono stati raccolti pareri, obiezioni, critiche e proposte di integrazione/correzione. Quindi sono stati nuovamente inviati agli esperti e votati per rilevanza. Gli statement definitivi sono presentati in **TABELLA 1**.

TABELLA 1

STATEMENT 1.1 La definizione di danno biologico è da contestualizzare agli aspetti dinamico-relazionali comuni a tutti e anche a quelli specifici del soggetto.
STATEMENT 1.2 L'espressione numerica in misura percentuale è raccomandata per quantificare la menomazione permanente all'integrità psico-fisica.
STATEMENT 2.1 È confermato il procedimento per analogia ed equivalenza per le menomazioni non elencate nella tabella di riferimento.
STATEMENT 2.2 L'affermazione che la menomazione all'integrità psico-fisica debba essere espressa numericamente come misura percentuale si basa sulla necessità di un percorso riproducibile di evidenza clinica e semeiotica medico-legale.
STATEMENT 2.3 Nei casi di quadri menomativi con lesioni multiple coesistenti o concorrenti, è necessario utilizzare un metodo valutativo specifico per valutare in modo globale le menomazioni.
STATEMENT 3.1 Si raccomanda l'estensione a tutte le fasce di età delle indicazioni del paragrafo 4.2 del documento di Consensus Conference sulla valutazione medico-legale del danno biologico nella persona anziana.
STATEMENT 4.1 Si raccomanda l'introduzione di un sistema score integrato, basato sui parametri indicati dal DM 3.7.2003, per valutare la fascia di appartenenza del pregiudizio estetico complessivo. Inoltre, si consiglia di considerare i dati di letteratura come parte integrante di tale Sistema.
STATEMENT 5.1 La valutazione della menomazione della funzione psichica è di esclusiva competenza del medico chirurgo specialista in medicina legale.
STATEMENT 6.1 L'utilizzo di protesi in grado di svolgere funzioni vicarie rende comunque imprescindibile la valutazione della perdita anatomica (in qualsiasi distretto del corpo).
STATEMENT 6.2 Gli elementi essenziali per ottenere una valutazione accurata e completa, espressa numericamente come misura percentuale, nel caso di soggetti con protesi articolari (come ginocchio, gomito) e protesi vascolari cosa includono? ***così modificato nel secondo round di votazione a cura degli Esperti del pannello A :*** **STATEMENT 6.2** Gli elementi essenziali per formulare una valutazione accurata e completa, espressa numericamente come misura percentuale, nel caso di soggetti con protesi articolari (come ginocchio, gomito) includono l'entità della eventuale sintomatologia dolorosa residua, il range articolare concesso, la congruenza tra la cinematica della protesi e il fisiologico pattern di movimento dell'arto, nonché l'eventuale impatto negativo sul funzionamento globale dell'individuo, anche in rapporto allo stato anteriore.

STATEMENT 6.3 Gli elementi essenziali per ottenere una valutazione accurata e completa, espressa numericamente come misura percentuale, nel caso di soggetti con perdite anatomiche protesizzabili (come amputazioni, avulsioni, enucleazioni) cosa includono. ***così modificato nel secondo round di votazione a cura degli Esperti del pannello A:*** **STATEMENT 6.3** Gli elementi essenziali per ottenere una valutazione accurata e completa, espressa numericamente come misura percentuale, nel caso di soggetti con perdite anatomiche protesizzabili (come le amputazioni) includono la determinazione della lunghezza residua dell'arto amputato dopo la perdita anatomica (misurata con precisione antropometrica), l'analisi del trofismo muscolare residuo e delle relative capacità motorie nella zona periamputata, nonché lo studio della protesizzabilità dell'arto leso.
STATEMENT 7.1 Avuto riguardo alla diagnosi clinica funzionale di un processo morboso delle arcate dentali da parte dell'esercente la professione sanitaria in odontoiatra, tenuto conto che una modificazione menomante a carico dell'apparato dentale può originare impatti pregiudizievoli su altri organi e apparati (respiratorio, fonatorio, psichico, posturale, ecc.), la valutazione del danno biologico permanente complessivo eventualmente esitato è competenza dello specialista in medicina legale.

Ricerca, selezione e riassunto delle evidenze

Sulla base dei quesiti approvati è stata condotta una ricerca della letteratura da una librarian indipendente (Dr.ssa Maria Camerlingo, Ospedale Sant'Orsola, Bologna). Il risultato della ricerca è stato elaborato dai membri della segreteria scientifica, che hanno lavorato in gruppi di tre sperimentatori in maniera indipendente ed in cieco, al fine di individuare gli articoli pertinenti, che sono stati quindi sottoposti ad un lavoro di lettura critica ed estrazione dei risultati e delle affermazioni utili al progetto. Le tabelle contenenti il riassunto strutturato dei lavori selezionati per pertinenza sono riportati nell'**ALLEGATO 2**. Nel capitolo seguente (3.4) insieme ad i singoli statement sono illustrate strategie e risultati della ricerca e votazione degli esperti del pannello A.

Materiale bibliografico raccolto ed esaminato

L'attività di ricerca bibliografica svolta dalla librarian è culminata nella produzione di un elenco di lavori, successivamente vagliati dalla segreteria scientifica ai fini della valutazione della relativa pertinenza, e del recupero dei full-text di quelli selezionati poiché di specifico interesse. La segreteria scientifica ed il metodologo hanno quindi sintetizzato gli articoli selezionati e prodotto le tabelle di confronto, con successiva preparazione delle schede di votazione dei principi generali - statement (per il gruppo di esperti del pannello "A"), nonché delle schede necessarie per il ranking (vedi fase 3a) e per la proposta degli intervalli (fase 3b) (per il gruppo di esperti del pannello "B"), compiute alla luce del materiale bibliografico selezionato. Il comitato tecnico-scientifico, inoltre, ha ritenuto utile fornire agli esperti un compendio dei testi fondamentali utili per la definizione dei principi e l'attribuzione ragionata del peso delle menomazioni. Questo elenco è riportato nell'**ALLEGATO 3**.

Nella **TABELLA 2** è riportato l'elenco degli statement comprensivo della strategia di ricerca della letteratura, dei risultati della ricerca e dell'esito delle votazioni da parte del pannello di esperti A.

TABELLA 2

<table>
<tr><td colspan="2">Statement n. 1.1</td></tr>
<tr><td>Formulazione originaria</td><td>La definizione di danno biologico è da contestualizzare agli aspetti dinamico-relazionali comuni a tutti e anche a quelli specifici del soggetto</td></tr>
<tr><td>Formulazione modificata nel secondo round di votazione esperti del pannello A</td><td>Invariata</td></tr>
<tr><td>Query (stringa di ricerca) e numero di risultati ottenuti in ciascun database</td><td>
PUBMED
<table>
<tr><th>#</th><th>SEARCH</th><th>RESULTS</th></tr>
<tr><td>1</td><td>"research-related injur*" OR "personal loss"[Title/Abstract] OR "personal injury"[Title/Abstract:~3] OR "personal damage"[Title/Abstract:~3] OR "personal injuries"[Title/Abstract:~3] OR "personal damages"[Title/Abstract:~3] OR "psychic injur*" OR "psychic damage*"OR "psyco injury"[Title/Abstract:~2] OR "psyco injuries"[Title/Abstract:~2] OR "psyco damage"[Title/Abstract:~2] OR "psyco damages"[Title/Abstract:~2]</td><td>1443</td></tr>
<tr><td>2</td><td>"medicolegal"[Title/Abstract] OR "medico legal"[Title/Abstract] OR "legal"[Title/Abstract] OR "jurisprudence"[Title/Abstract] OR "forensic medicine/methods"[MeSH Terms] OR lawTitle/Abstract] OR "Forensic Psychiatry"[Mesh:NoExp]</td><td>226176</td></tr>
<tr><td>3</td><td>1 AND 2</td><td>289</td></tr>
</table>
EMBASE
<table>
<tr><th>#</th><th>SEARCH</th><th>RESULTS</th></tr>
<tr><td>1</td><td>'forensic science'/exp OR 'forensic medicine'/de OR 'medicolegal aspect'/de</td><td>110364</td></tr>
<tr><td>2</td><td>'medico legal':ti,ab,kw OR medicolegal:ti,ab,kw OR legal:ti,ab,kw OR law:ti,ab,kw</td><td>243140</td></tr>
<tr><td>3</td><td>(('research related' NEAR/2 injur*):ti,ab,kw) OR ((psych* NEAR/2 damage*):ti,ab,kw) OR ((psych* NEAR/2 injur*):ab,ti)</td><td>2179</td></tr>
<tr><td>4</td><td>((personal NEXT/3 injur*):ti,ab,kw) OR ((personal NEXT/3 damage*):ti,ab,kw) OR ((personal NEXT/3 loss):ti,ab,kw)</td><td>1418</td></tr>
<tr><td>5</td><td>1 OR 2</td><td>330435</td></tr>
<tr><td>6</td><td>3 OR 4</td><td>4122</td></tr>
<tr><td>7</td><td>5 AND 6</td><td>607</td></tr>
<tr><td>8</td><td>7 AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim)</td><td>226</td></tr>
</table>
SCOPUS
<table>
<tr><th>#</th><th>SEARCH</th><th>RESULTS</th></tr>
<tr><td>1</td><td>TITLE-ABS-KEY ('medico OR legal' OR medicolegal OR legal OR forensic OR jurisprudence OR law)</td><td>1.903.218</td></tr>
<tr><td>2</td><td>(TITLE-ABS-KEY ("research related injur*" OR "personal injur*" OR "personal damage*" OR "personal loss" OR "psychic injur*" OR "psychic damage* ") OR (TITLE-ABS-KEY (psycho W/2 damage*) OR (TITLE-ABS-KEY (psycho W/2 injur*)</td><td>3092</td></tr>
<tr><td>3</td><td>1 AND 2</td><td>1145</td></tr>
<tr><td>4</td><td>TITLE-ABS-KEY (redress OR compensation)</td><td>346885</td></tr>
<tr><td>5</td><td>3 AND 4</td><td>347</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Numero iniziale di risultati</td><td>862 (articoli duplicati compresi)</td></tr>
<tr><td>Numero di articoli residuati</td><td>11</td></tr>
<tr><td>Numero di articoli selezionati per pertinenza dalla Segreteria Scientifica</td><td>9 (2 articoli esclusi)</td></tr>
</table>

Note degli esperti del pannello A	• In nessun testo di questo gruppo di referenze (si veda, invece, B102), si menziona la personalizzazione degli aspetti dinamico-relazionali, seppur nell'A1 si raccomandi una particolare attenzione nel condurre l'intervista anamnestica. • Discutere di una componente cosiddetta "statica" del danno biologico che ancora persiste e che peraltro era presenta nella definizione di danno biologico fornita dalla SIMLA nel 2001 che, a mio avviso, non perfettamente collima con quella proposta dalla Legge vigente. • Porre in evidenza e differenziare il danno biologico rispetto al danno alla salute.
Voti assegnati dai singoli esperti del pannello A (punteggio minimo: 1; punteggio massimo: 9)	

	Rilevanza	*Accordo*
Esperto	9	9
Esperto	9	8
Esperto	9	6
Esperto	8	9
Esperto	9	9
Esperto	9	3
Esperto	9	9
Esperto	9	9
Esperto	9	9

Parametri statistici derivati

	Rilevanza	*Accordo*
Mediana	9	9
IQ25	9	7,5
IQ75	9	9
% SA*		100%

*Percentuale dei voti indicanti forte accordo (8 o 9)

Risultati finali	**HIGHLY RELEVANT** **STRONG AGREEMENT**

Statement n. 1.2

Formulazione originaria	**L'espressione numerica in misura percentuale è raccomandata per quantificare la menomazione permanente all'integrità psico-fisica**
Formulazione modificata nel secondo round di votazione esperti del pannello A	Invariata
Query (stringa di ricerca) e numero di risultati ottenuti in ciascun database	

PUBMED

#	SEARCH	RESULTS
1	"research-related injur*" OR "personal loss"[Title/Abstract] OR "personal injury"[Title/Abstract:~3] OR "personal damage"[Title/Abstract:~3] OR "personal injuries"[Title/Abstract:~3] OR "personal damages"[Title/Abstract:~3] OR "psychic injur*" OR "psychic damage*"OR "psyco injury"[Title/Abstract:~2] OR "psyco injuries"[Title/Abstract:~2] OR "psyco damage"[Title/Abstract:~2] OR "psyco damages"[Title/Abstract:~2]	1443
2	"medicolegal"[Title/Abstract] OR "medico legal"[Title/Abstract] OR "legal"[Title/Abstract] OR "jurisprudence"[Title/Abstract] OR "forensic medicine/methods"[MeSH Terms] OR lawTitle/Abstract] OR "Forensic Psychiatry"[Mesh:NoExp]	226176
3	1 AND 2	**289**

EMBASE

#	SEARCH	RESULTS
1	'forensic science'/exp OR 'forensic medicine'/de OR 'medicolegal aspect'/de	110364
2	'medico legal':ti,ab,kw OR medicolegal:ti,ab,kw OR legal:ti,ab,kw OR law:ti,ab,kw	243140

	<table><tr><td>3</td><td>(('research related' NEAR/2 injur*):ti,ab,kw) OR ((psych* NEAR/2 damage*):ti,ab,kw) OR ((psych* NEAR/2 injur*):ab,ti)</td><td>2179</td></tr><tr><td>4</td><td>((personal NEXT/3 injur*):ti,ab,kw) OR ((personal NEXT/3 damage*):ti,ab,kw) OR ((personal NEXT/3 loss):ti,ab,kw)</td><td>1418</td></tr><tr><td>5</td><td>1 OR 2</td><td>330435</td></tr><tr><td>6</td><td>3 OR 4</td><td>4122</td></tr><tr><td>7</td><td>5 AND 6</td><td>607</td></tr><tr><td>8</td><td>7 AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim)</td><td>226</td></tr></table> **SCOPUS** <table><tr><th>#</th><th>SEARCH</th><th>RESULTS</th></tr><tr><td>1</td><td>TITLE-ABS-KEY ('medico OR legal' OR medicolegal OR legal OR forensic OR jurisprudence OR law)</td><td>1.903.218</td></tr><tr><td>2</td><td>(TITLE-ABS-KEY ("research related injur*" OR "personal injur*" OR "personal damage*" OR "personal loss" OR "psychic injur*" OR "psychic damage* ") OR (TITLE-ABS-KEY (psycho W/2 damage*) OR (TITLE-ABS-KEY (psycho W/2 injur*)</td><td>3092</td></tr><tr><td>3</td><td>1 AND 2</td><td>1145</td></tr><tr><td>4</td><td>TITLE-ABS-KEY (redress OR compensation)</td><td>346885</td></tr><tr><td>5</td><td>3 AND 4</td><td>347</td></tr></table>
Numero iniziale di risultati	862 (articoli duplicati compresi)
Numero di articoli residuati	11
Numero di articoli selezionati per pertinenza dalla Segreteria Scientifica	9 (2 articoli esclusi)
Note degli esperti del pannello A	• La raccomandazione della misura percentuale non esaurisce la questione della “misura”; ed in alcuni contesti potrebbe essere utilizzabile anche una scala qualitativa di tipo penta-od esamerico (da lievissimo a perdita), con gradi crescenti. • Oltre all’espressione numerica percentualistica anche una parte descrittiva circa l’incidenza della menomazione sulla validità del leso. • Ci sono delle tipologie di danno non racchiudibili in un quantum numerico e che necessitano di una declinazione/qualificazione verbale per poter essere definiti e percepiti nella loro portata.
Voti assegnati dai singoli esperti del pannello A (punteggio minimo: 1; punteggio massimo: 9)	<table><tr><th></th><th>Rilevanza</th><th>Accordo</th></tr><tr><td>Esperto</td><td>9</td><td>8</td></tr><tr><td>Esperto</td><td>9</td><td>9</td></tr><tr><td>Esperto</td><td>9</td><td>9</td></tr><tr><td>Esperto</td><td>9</td><td>9</td></tr><tr><td>Esperto</td><td>9</td><td>9</td></tr><tr><td>Esperto</td><td>7</td><td>7</td></tr><tr><td>Esperto</td><td>9</td><td>9</td></tr><tr><td>Esperto</td><td>9</td><td>7</td></tr><tr><td>Esperto</td><td>9</td><td>9</td></tr></table> ***Parametri statistici derivati*** <table><tr><th></th><th>Rilevanza</th><th>Accordo</th></tr><tr><td>Mediana</td><td>9</td><td>9</td></tr><tr><td>IQ25</td><td>9</td><td>7,75</td></tr><tr><td>IQ75</td><td>9</td><td>9</td></tr><tr><td>% SA*</td><td></td><td>77,7%</td></tr></table>*Percentuale dei voti indicanti forte accordo (8 o 9)
Risultati finali	**HIGHLY RELEVANT** **STRONG AGREEMENT**

Statement n. 2.1

<table>
<tr><td>Formulazione originaria</td><td>È confermato il procedimento per analogia ed equivalenza per le menomazioni non elencate nella tabella di riferimento</td></tr>
<tr><td>Formulazione modificata nel secondo round di votazione esperti del pannello A</td><td>Invariata</td></tr>
<tr><td>Query (stringa di ricerca) e numero di risultati ottenuti in ciascun database</td><td>
PUBMED
<table>
<tr><th>#</th><th>SEARCH</th><th>RESULTS</th></tr>
<tr><td>1</td><td>(method*[Title/Abstract] OR methodolog*[Title/Abstract]) AND "Disability Evaluation"[Mesh:NoExp] AND ("medicolegal"[Title/Abstract] OR "medico legal"[Title/Abstract])</td><td>44</td></tr>
<tr><td>2</td><td>(assessment*[Title/Abstract] OR "ascertainment"[Title/Abstract] OR evaluation*[Title/Abstract]) AND ("medicolegal issues"[Title/Abstract:~3] OR "medico legal issues"[Title/Abstract:~3] OR "medicolegal issue"[Title/Abstract:~3] OR "medico legal issue"[Title/Abstract:~3])</td><td>129</td></tr>
<tr><td>3</td><td>"medicolegal methods"[Title/Abstract:~2] OR "medico legal methods"[Title/Abstract:~2] OR "medicolegal method"[Title/Abstract:~2] OR "medico legal method"[Title/Abstract:~2]</td><td>132</td></tr>
<tr><td>4</td><td>“medicolegal methodology"[Title/Abstract:~3] OR "medico legal methodology"[Title/Abstract:~3] OR "medicolegal methodologies"[Title/Abstract:~3] OR "medico legal methodologies"[Title/Abstract:~3]</td><td>15</td></tr>
<tr><td>5</td><td>"medicolegal assessments"[Title/Abstract:~3] OR "medico legal assessments"[Title/Abstract:~3] OR "medicolegal assessment"[Title/Abstract:~3] OR "medico legal assessment"[Title/Abstract:~3]</td><td>246</td></tr>
<tr><td>6</td><td>("medicolegal practice"[Title/Abstract:~3] OR "medico legal practice"[Title/Abstract:~3]) AND (assessment*[Title/Abstract] OR "ascertainment"[Title/Abstract] OR evaluation*[Title/Abstract])</td><td>51</td></tr>
<tr><td>7</td><td>1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6</td><td>533</td></tr>
</table>
EMBASE
<table>
<tr><th>#</th><th>SEARCH</th><th>RESULTS</th></tr>
<tr><td>1</td><td>assessment*:ab,ti OR ascertainment*:ab,ti OR evaluation*:ab,ti</td><td>3718097</td></tr>
<tr><td>2</td><td>((medicolegal NEAR/2 issue*):ab,ti) OR (('medico legal' NEAR/2 issue*):ab,ti)</td><td>467</td></tr>
<tr><td>3</td><td>1 AND 2</td><td>73</td></tr>
<tr><td>4</td><td>((medicolegal NEAR/2 assessment*):ab) OR (('medico legal' NEAR/2 assessment*):ab,ti)</td><td>250</td></tr>
<tr><td>5</td><td>((medicolegal NEAR/2 method*):ab) OR (('medico legal' NEAR/2 method*):ab,ti)</td><td>199</td></tr>
<tr><td>6</td><td>3 OR 4 OR 5</td><td>514</td></tr>
<tr><td>7</td><td>#6 AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim)</td><td>231</td></tr>
</table>
SCOPUS
<table>
<tr><th>#</th><th>SEARCH</th><th>RESULTS</th></tr>
<tr><td>1</td><td>(TITLE-ABS-KEY ("medicolegal method*") OR TITLE-ABS-KEY ("medico legal method*")</td><td>23</td></tr>
<tr><td>2</td><td>(TITLE-ABS-KEY ("medicolegal w/4 ascertainment*") OR TITLE-ABS-KEY ("medico legal" W/4 ascertainment*)</td><td>11</td></tr>
<tr><td>3</td><td>(TITLE-ABS-KEY (medicolegal W/2 assessment*) OR TITLE-ABS-KEY ("medico legal" W/2 assessment*)</td><td>381</td></tr>
<tr><td>4</td><td>TITLE-ABS-KEY (assessment* OR ascertainment* OR evaluation*) AND (TITLE-ABS-KEY ("medicolegal issue*")</td><td>249</td></tr>
<tr><td>5</td><td>1 OR 2 OR 3 OR 4</td><td>528</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Numero iniziale di risultati</td><td>1.292 (articoli duplicati compresi)</td></tr>
<tr><td>Numero di articoli residuati</td><td>110</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>Numero di articoli selezionati per pertinenza dalla Segreteria Scientifica</td><td>70 (40 articoli esclusi)</td></tr>
<tr><td>Note degli esperti del pannello A</td><td>• Strumento fondamentale poiché rende la metodologia medico legale strumento essenziale nella valutazione del danno.
• Aggiungerei proporzionalità.
• Potrebbe essere adottato anche il metodo dell’analogia tra ambiti valutativi (ad esempio RC ed invalidità civile) per le criteriologie di inquadramento dei diversi livelli di gravità e quindi per l’identificazione delle percentuali di danno: vedasi CDR per le demenze, EDSS per le Sclerosi, PS ECOG per le affezioni neoplastiche.</td></tr>
<tr><td>Voti assegnati dai singoli esperti del pannello A (punteggio minimo: 1; punteggio massimo: 9)</td><td>
<table>
<tr><th></th><th>Rilevanza</th><th>Accordo</th></tr>
<tr><td>Esperto</td><td>9</td><td>9</td></tr>
<tr><td>Esperto</td><td>9</td><td>9</td></tr>
<tr><td>Esperto</td><td>9</td><td>8</td></tr>
<tr><td>Esperto</td><td>9</td><td>9</td></tr>
<tr><td>Esperto</td><td>9</td><td>9</td></tr>
<tr><td>Esperto</td><td>9</td><td>9</td></tr>
<tr><td>Esperto</td><td>9</td><td>9</td></tr>
<tr><td>Esperto</td><td>8</td><td>9</td></tr>
<tr><td>Esperto</td><td>9</td><td>9</td></tr>
</table>
Parametri statistici derivati
<table>
<tr><th></th><th>Rilevanza</th><th>Accordo</th></tr>
<tr><td>Mediana</td><td>9</td><td>9</td></tr>
<tr><td>IQ25</td><td>9</td><td>9</td></tr>
<tr><td>IQ75</td><td>9</td><td>9</td></tr>
<tr><td>% SA*</td><td></td><td>100%</td></tr>
</table>
*Percentuale dei voti indicanti forte accordo (8 o 9)
</td></tr>
<tr><td>Risultati finali</td><td>HIGHLY RELEVANT
STRONG AGREEMENT</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td colspan="2">Statement n. 2.2</td></tr>
<tr><td>Formulazione originaria</td><td>L’affermazione che la menomazione all’integrità psico-fisica debba essere espressa numericamente come misura percentuale si basa sulla necessità di un percorso riproducibile di evidenza clinica e semeiotica medico-legale</td></tr>
<tr><td>Formulazione modificata nel secondo round di votazione esperti del pannello A</td><td>Invariata</td></tr>
<tr><td>Query (stringa di ricerca) e numero di risultati ottenuti in ciascun database</td><td>PUBMED
<table>
<tr><th>#</th><th>SEARCH</th><th>RESULTS</th></tr>
<tr><td>1</td><td>(method*[Title/Abstract] OR methodolog*[Title/Abstract]) AND "Disability Evaluation"[Mesh:NoExp] AND ("medicolegal"[Title/Abstract] OR "medico legal"[Title/Abstract])</td><td>44</td></tr>
<tr><td>2</td><td>(assessment*[Title/Abstract] OR "ascertainment"[Title/Abstract] OR evaluation*[Title/Abstract]) AND ("medicolegal issues"[Title/Abstract:~3] OR "medico legal issues"[Title/Abstract:~3] OR "medicolegal issue"[Title/Abstract:~3] OR "medico legal issue"[Title/Abstract:~3])</td><td>129</td></tr>
<tr><td>3</td><td>"medicolegal methods"[Title/Abstract:~2] OR "medico legal methods"[Title/Abstract:~2] OR "medicolegal method"[Title/Abstract:~2] OR "medico legal method"[Title/Abstract:~2]</td><td>132</td></tr>
<tr><td>4</td><td>“medicolegal methodology"[Title/Abstract:~3] OR "medico legal methodology"[Title/Abstract:~3] OR "medicolegal methodologies"[Title/Abstract:~3] OR "medico legal methodologies"[Title/Abstract:~3]</td><td>15</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

5	"medicolegal assessments"[Title/Abstract:~3] OR "medico legal assessments"[Title/Abstract:~3] OR "medicolegal assessment"[Title/Abstract:~3] OR "medico legal assessment"[Title/Abstract:~3]	246
6	("medicolegal practice"[Title/Abstract:~3] OR "medico legal practice"[Title/Abstract:~3]) AND (assessment*[Title/Abstract] OR "ascertainment"[Title/Abstract] OR evaluation*[Title/Abstract])	51
7	1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6	**533**

EMBASE

#	SEARCH	RESULTS
1	assessment*:ab,ti OR ascertainment*:ab,ti OR evaluation*:ab,ti	3718097
2	((medicolegal NEAR/2 issue*):ab,ti) OR (('medico legal' NEAR/2 issue*):ab,ti)	467
3	1 AND 2	73
4	((medicolegal NEAR/2 assessment*):ab) OR (('medico legal' NEAR/2 assessment*):ab,ti)	250
5	((medicolegal NEAR/2 method*):ab) OR (('medico legal' NEAR/2 method*):ab,ti)	199
6	3 OR 4 OR 5	514
7	#6 AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim)	**231**

SCOPUS

#	SEARCH	RESULTS
1	(TITLE-ABS-KEY ("medicolegal method*") OR TITLE-ABS-KEY ("medico legal method*")	23
2	(TITLE-ABS-KEY ("medicolegal w/4 ascertainment*") OR TITLE-ABS-KEY ("medico legal" W/4 ascertainment*)	11
3	(TITLE-ABS-KEY (medicolegal W/2 assessment*) OR TITLE-ABS-KEY ("medico legal" W/2 assessment*)	381
4	TITLE-ABS-KEY (assessment* OR ascertainment* OR evaluation*) AND (TITLE-ABS-KEY ("medicolegal issue*")	249
5	1 OR 2 OR 3 OR 4	**528**

Numero iniziale di risultati	1.292 (articoli duplicati compresi)
Numero di articoli residuati	110
Numero di articoli selezionati per pertinenza dalla Segreteria Scientifica	70 (40 articoli esclusi)
Note degli esperti del pannello A	• L'esplicitazione delle evidenze scientifiche e della metodologia (ivi compresa la riproducibilità) costituisce un passaggio ineludibile della disciplina medico legale (ML) ed anche del percorso valutativo, passaggio cui la comunità scientifica ML non vuole e non può sottrarsi. • La medicina legale deve dare strumenti che siano omogenei nel territorio nazionale e che vedano la semeiotica tradizionale e i nuovi strumenti tecnologici a disposizione del sanitario quali mezzi per una valutazione riproducibile e oggettivabile. • Pur se si concorda che il ricorso ad una espressione numerica per valutare il danno alla persona permetta una riproducibilità della metodologia adottata, si è dell'avviso che essa debba essere integrata da considerazioni descrittive circa l'incidenza dei postumi sulla specifica validità del soggetto leso.
Voti assegnati dai singoli esperti del pannello A (punteggio minimo: 1; punteggio massimo: 9)	

	Rilevanza	*Accordo*
Esperto	9	9
Esperto	9	9
Esperto	9	8
Esperto	9	9
Esperto	9	9
Esperto	9	7
Esperto	9	9
Esperto	9	9
Esperto	5	5

	Parametri statistici derivati *Rilevanza* / *Accordo* **Mediana** 9 / 9 **IQ25** 9 / 8,75 **IQ75** 9 / 9 **% SA*** 77,7% *Percentuale dei voti indicanti forte accordo (8 o 9)
Risultati finali	**HIGHLY RELEVANT** **STRONG AGREEMENT**

Statement n. 2.3

Formulazione originaria	**Nei casi di quadri menomativi con lesioni multiple coesistenti o concorrenti, è necessario utilizzare un metodo valutativo specifico per valutare in modo globale la menomazione**
Formulazione modificata nel secondo round di votazione esperti del pannello A	Invariata
Query (stringa di ricerca) e numero di risultati ottenuti in ciascun database	**PUBMED**

#	SEARCH	RESULTS
1	(method*[Title/Abstract] OR methodolog*[Title/Abstract]) AND "Disability Evaluation"[Mesh:NoExp] AND ("medicolegal"[Title/Abstract] OR "medico legal"[Title/Abstract])	44
2	(assessment*[Title/Abstract] OR "ascertainment"[Title/Abstract] OR evaluation*[Title/Abstract]) AND ("medicolegal issues"[Title/Abstract:~3] OR "medico legal issues"[Title/Abstract:~3] OR "medicolegal issue"[Title/Abstract:~3] OR "medico legal issue"[Title/Abstract:~3])	129
3	"medicolegal methods"[Title/Abstract:~2] OR "medico legal methods"[Title/Abstract:~2] OR "medicolegal method"[Title/Abstract:~2] OR "medico legal method"[Title/Abstract:~2]	132
4	“medicolegal methodology"[Title/Abstract:~3] OR "medico legal methodology"[Title/Abstract:~3] OR "medicolegal methodologies"[Title/Abstract:~3] OR "medico legal methodologies"[Title/Abstract:~3]	15
5	"medicolegal assessments"[Title/Abstract:~3] OR "medico legal assessments"[Title/Abstract:~3] OR "medicolegal assessment"[Title/Abstract:~3] OR "medico legal assessment"[Title/Abstract:~3]	246
6	("medicolegal practice"[Title/Abstract:~3] OR "medico legal practice"[Title/Abstract:~3]) AND (assessment*[Title/Abstract] OR "ascertainment"[Title/Abstract] OR evaluation*[Title/Abstract])	51
7	1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6	**533**

EMBASE

#	SEARCH	RESULTS
1	assessment*:ab,ti OR ascertainment*:ab,ti OR evaluation*:ab,ti	3718097
2	((medicolegal NEAR/2 issue*):ab,ti) OR (('medico legal' NEAR/2 issue*):ab,ti)	467
3	1 AND 2	73
4	((medicolegal NEAR/2 assessment*):ab) OR (('medico legal' NEAR/2 assessment*):ab,ti)	250
5	((medicolegal NEAR/2 method*):ab) OR (('medico legal' NEAR/2 method*):ab,ti)	199
6	3 OR 4 OR 5	514
7	#6 AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim)	**231**

SCOPUS

#	SEARCH	RESULTS

<table>
<tr><td></td><td>
<table>
<tr><td>1</td><td>(TITLE-ABS-KEY ("medicolegal method*") OR TITLE-ABS-KEY ("medico legal method*")</td><td>23</td></tr>
<tr><td>2</td><td>(TITLE-ABS-KEY ("medicolegal w/4 ascertainment*") OR TITLE-ABS-KEY ("medico legal" W/4 ascertainment*)</td><td>11</td></tr>
<tr><td>3</td><td>(TITLE-ABS-KEY (medicolegal W/2 assessment*) OR TITLE-ABS-KEY ("medico legal" W/2 assessment*)</td><td>381</td></tr>
<tr><td>4</td><td>TITLE-ABS-KEY (assessment* OR ascertainment* OR evaluation*) AND (TITLE-ABS-KEY ("medicolegal issue*")</td><td>249</td></tr>
<tr><td>5</td><td>1 OR 2 OR 3 OR 4</td><td>528</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Numero iniziale di risultati</td><td>1.292 (articoli duplicati compresi)</td></tr>
<tr><td>Numero di articoli residuati</td><td>110</td></tr>
<tr><td>Numero di articoli selezionati per pertinenza dalla Segreteria Scientifica</td><td>70 (40 articoli esclusi)</td></tr>
<tr><td>Note degli esperti del pannello A</td><td>

La specificità si correla alla necessità di valutare: la funzione d’organo (tipicamente dell’arto), piuttosto che la funzione correlata ad apparati, ovvero a sistemi sensoriali; il complesso “globale” della menomazione, e l’approccio che si utilizza, possono essere diversificati ed esplicitati/standardizzati in riferimento alla determinata funzione analizzata. Pertanto, valutazione globale da specificarsi nei suoi meccanismi, e che può cristallizzarsi in profili differenti nei vari organi e sistemi considerati.
Sostituirei nello Statement la parte “specifico per valutare in modo globale le menomazioni” con “che consideri l’incidenza funzionale delle menomazioni in modo globale”.
SI “NUOVO CENTO”
Un metodo specifico (ad es. Formula) forse sarebbe più funzionale per il sistema ma non corrisponderebbe mai ad una corretta valutazione specifica per un determinato individuo stante la davvero infinità possibilità di manifestazioni.
Un siffatto metodo accertativo darebbe maggiore certezza di oggettività valutativa in presenza di lesioni multiple.

</td></tr>
<tr><td>Voti assegnati dai singoli esperti del pannello A (punteggio minimo: 1; punteggio massimo: 9)</td><td>
<table>
<tr><th></th><th>Rilevanza</th><th>Accordo</th></tr>
<tr><td>Esperto</td><td>9</td><td>9</td></tr>
<tr><td>Esperto</td><td>9</td><td>8</td></tr>
<tr><td>Esperto</td><td>6</td><td>5</td></tr>
<tr><td>Esperto</td><td>9</td><td>7</td></tr>
<tr><td>Esperto</td><td>9</td><td>5</td></tr>
<tr><td>Esperto</td><td>9</td><td>9</td></tr>
<tr><td>Esperto</td><td>9</td><td>9</td></tr>
<tr><td>Esperto</td><td>9</td><td>9</td></tr>
<tr><td>Esperto</td><td>9</td><td>9</td></tr>
</table>
Parametri statistici derivati
<table>
<tr><th></th><th>Rilevanza</th><th>Accordo</th></tr>
<tr><td>Mediana</td><td>9</td><td>8,5</td></tr>
<tr><td>IQ25</td><td>9</td><td>6,5</td></tr>
<tr><td>IQ75</td><td>9</td><td>9</td></tr>
<tr><td>% SA*</td><td></td><td>66,6%</td></tr>
</table>
*Percentuale dei voti indicanti forte accordo (8 o 9)
</td></tr>
<tr><td>Risultati finali</td><td>HIGHLY RELEVANT
STRONG AGREEMENT</td></tr>
</table>

Statement n. 3.1	
Formulazione originaria	**Si raccomanda l’estensione a tutte le fasce di età delle indicazioni del paragrafo 4.2 del documento di Consensus Conference sulla valutazione medico-legale del danno biologico nella persona anziana**

<table>
<tr><td>Formulazione modificata nel secondo round di votazione esperti del pannello A</td><td>Invariata</td></tr>
<tr><td>Query (stringa di ricerca) e numero di risultati ottenuti in ciascun database</td><td>
PUBMED
<table>
<tr><th>#</th><th>SEARCH</th><th>RESULTS</th></tr>
<tr><td>1</td><td>Preexisting[Title/Abstract] OR "Pre existing"[Title/Abstract]</td><td>74990</td></tr>
<tr><td>2</td><td>disabilit*[Title/Abstract] OR impairment*[Title/Abstract] OR injur*[title/abstract] OR disease*[Title/Abstract] OR condition*[Title/Abstract] OR status[Title/Abstract] OR illness[Title/Abstract]</td><td>9134123</td></tr>
<tr><td>3</td><td>1 AND 2</td><td>39123</td></tr>
<tr><td>4</td><td>"Preexisting Condition Coverage"[Mesh]</td><td>193</td></tr>
<tr><td>5</td><td>3 OR 4</td><td></td></tr>
<tr><td>6</td><td>"medicolegal"[Title/Abstract] OR "medico legal"[Title/Abstract] OR "legal"[Title/Abstract] OR "jurisprudence"[Title/Abstract] OR "law"[Title/Abstract] OR "Forensic medicine"[Mesh:NoExp]</td><td>243283</td></tr>
<tr><td>7</td><td>5 AND 6</td><td>313</td></tr>
</table>
EMBASE
<table>
<tr><th>#</th><th>SEARCH</th><th>RESULTS</th></tr>
<tr><td>1</td><td>'medico legal':ti,ab,kw OR medicolegal:ti,ab,kw OR legal:ti,ab,kw OR law:ti,ab,kw OR 'forensic science'/exp OR 'forensic medicine'/de OR 'medicolegal aspect'/de</td><td>330665</td></tr>
<tr><td>2</td><td>(((preexisting OR 'pre existing') NEAR/2 disabilit*):ti,ab,kw) OR (((preexisting OR 'pre existing') NEAR/2 impairment*):ti,ab,kw) OR (((preexisting OR 'pre existing') NEAR/2 injur*):ti,ab,kw) OR (((preexisting OR 'pre existing') NEAR/2 disease*):ti,ab,kw) OR (((preexisting OR 'pre existing') NEAR/2 condition*):ti,ab,kw) OR (((preexisting OR 'pre existing') NEAR/2 illness*):ti,ab,kw) OR (((preexisting OR 'pre existing') NEAR/2 status):ti,ab,kw)</td><td>17411</td></tr>
<tr><td>3</td><td>1 AND 2</td><td>228</td></tr>
<tr><td>4</td><td>#3 AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim)</td><td>85</td></tr>
</table>
SCOPUS
<table>
<tr><th>#</th><th>SEARCH</th><th>RESULTS</th></tr>
<tr><td>1</td><td>(((TITLE-ABS-KEY ('preexisting' W/2 disabilit*) OR TITLE-ABS-KEY ('preexisting' W/2 impairment*) OR TITLE-ABS-KEY ('preexisting' W/2 injur*) OR TITLE-ABS-KEY ('prexisting' W/2 disease*) OR TITLE-ABS-KEY ('preexisting' W/2 condition*) OR TITLE-ABS-KEY ('preexisting' W/2 status) OR TITLE-ABS-KEY ('preexisting' W/2 illness*))) OR ((TITLE-ABS-KEY (pre-existing W/2 disabilit*) OR TITLE-ABS-KEY (pre-existing W/2 impairment*) OR TITLE-ABS-KEY (pre-existing W/2 injur*) OR TITLE-ABS-KEY (pre-existing W/2 disease*) OR TITLE-ABS-KEY (pre-existing W/2 condition*) OR TITLE-ABS-KEY (pre-existing W/2 status) OR TITLE-ABS-KEY (pre-existing W/2 illness*))))</td><td>13073</td></tr>
<tr><td>2</td><td>(TITLE-ABS- KEY ('medico OR legal' OR medicolegal OR legal OR forensic*)</td><td>1930250</td></tr>
<tr><td>3</td><td>1 AND 2</td><td>282</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Numero iniziale di risultati</td><td>680 (articoli duplicati compresi)</td></tr>
<tr><td>Numero di articoli residuati</td><td>10</td></tr>
<tr><td>Numero di articoli selezionati per pertinenza dalla Segreteria Scientifica</td><td>3 (7 articoli esclusi)</td></tr>
<tr><td>Note degli esperti del pannello A</td><td>

La consensus ha esplorato - con metodo validato- tutte le sfaccettature e le implicazioni della valutazione medico-legale del danno biologico nella persona anziana; l’aggiornamento dovrà utilizzare il medesimo schema concettuale.
Nello Statement indicherei esplicitamente quanto indicato nel paragrafo 2.4 della Consensus Conference come riportato nella Tabella riassuntiva del Quesito n. 3 cioè: “i criteri di valutazione devono rappresentare l’effettivo grado di riduzione dello stato psico-fisico anteriore e non devono essere vincolati a indicazioni di barèmes costruiti su riferimenti quantitativi di singole menomazioni su una teorica integrità”.
Il tema delle preesistenze patologiche ha un indubbio valore medico-legale.

</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td></td><td>• Tale metodologia valutativa consentirebbe di giungere ad una valutazione personalizzata.</td></tr>
<tr><td>Voti assegnati dai singoli esperti del pannello A (punteggio minimo: 1; punteggio massimo: 9)</td><td>
<table>
<tr><th></th><th>Rilevanza</th><th>Accordo</th></tr>
<tr><td>Esperto</td><td>9</td><td>9</td></tr>
<tr><td>Esperto</td><td>9</td><td>8</td></tr>
<tr><td>Esperto</td><td>8</td><td>8</td></tr>
<tr><td>Esperto</td><td>9</td><td>8</td></tr>
<tr><td>Esperto</td><td>9</td><td>9</td></tr>
<tr><td>Esperto</td><td>9</td><td>9</td></tr>
<tr><td>Esperto</td><td>1</td><td>1</td></tr>
<tr><td>Esperto</td><td>9</td><td>9</td></tr>
<tr><td>Esperto</td><td>9</td><td>9</td></tr>
</table>
Parametri statistici derivati
<table>
<tr><th></th><th>Rilevanza</th><th>Accordo</th></tr>
<tr><td>Mediana</td><td>9</td><td>8,5</td></tr>
<tr><td>IQ25</td><td>8,75</td><td>8</td></tr>
<tr><td>IQ75</td><td>9</td><td>9</td></tr>
<tr><td>% SA*</td><td></td><td>88,8%</td></tr>
</table>
*Percentuale dei voti indicanti forte accordo (8 o 9)
</td></tr>
<tr><td>Risultati finali</td><td>HIGHLY RELEVANT
STRONG AGREEMENT</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td colspan="2">Statement n. 4.1</td></tr>
<tr><td>Formulazione originaria</td><td>Si raccomanda l’introduzione di un sistema score integrato, basato sui parametri indicati dal DM 3.7.2003, per valutare la fascia di appartenenza del pregiudizio estetico complessivo. Inoltre, si consiglia di considerare i dati di letteratura come parte integrante di tale Sistema</td></tr>
<tr><td>Formulazione modificata nel secondo round di votazione esperti del pannello A</td><td>Invariata</td></tr>
<tr><td>Query (stringa di ricerca) e numero di risultati ottenuti in ciascun database</td><td>
PUBMED
<table>
<tr><th>#</th><th>SEARCH</th><th>RESULTS</th></tr>
<tr><td>1</td><td>"Disability Evaluation"[Mesh:NoExp] OR "Compensation and Redress/legislation and jurisprudence"[Mesh] OR "medicolegal"[Title/Abstract] OR "medico legal"[Title/Abstract] OR "legal"[Title/Abstract] OR "jurisprudence"[Title/Abstract] OR "forensic medicine/methods"[MeSH:NoExp] OR forensic[Title/Abstract]) 216,</td><td>216517</td></tr>
<tr><td>2</td><td>“esthetic damage"[Title/Abstract:~3] OR "esthetic injury"[Title/Abstract:~3] OR "esthetic impairment"[Title/Abstract:~3] OR "esthetic disability"[Title/Abstract:~3] OR "aesthetic damage"[Title/Abstract:~3] OR "aesthetic injury"[Title/Abstract:~3] OR "aesthetic impairment"[Title/Abstract:~3] OR "aesthetic disability"[Title/Abstract:~3] OR "esthetic damages"[Title/Abstract:~3] OR "esthetic injuries"[Title/Abstract:~3] OR "esthetic impairments"[Title/Abstract:~3] OR "esthetic disabilities"[Title/Abstract:~3] OR "aesthetic damages"[Title/Abstract:~3] OR "aesthetic injuries"[Title/Abstract:~3] OR "aesthetic impairments"[Title/Abstract:~3] OR "aesthetic disabilities"[Title/Abstract:~3]</td><td>700</td></tr>
<tr><td>3</td><td>“Outward Appearance"[Title/Abstract:~3] OR "Outward Appearances"[Title/Abstract:~3] OR "physical Appearance"[Title/Abstract:~3] OR "physical Appearances"[Title/Abstract:~3]</td><td>3697</td></tr>
<tr><td>4</td><td>"Physical Appearance, Body"[Mesh:NoExp]</td><td>302</td></tr>
<tr><td>5</td><td>2 OR 3 OR 4</td><td>4610</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

6	1 AND 5	**103**

EMBASE

#	SEARCH	RESULTS
1	'medico legal':ti,ab,kw OR medicolegal:ti,ab,kw OR legal:ti,ab,kw OR 'forensic medicine'/de OR 'medicolegal aspect'/de	191254
2	'compensation'/exp	19838
3	forensic:ab,ti	67112
4	1 OR 2 OR 3	257830
5	'disability assessment'/de	496
6	4 OR 5	258313
7	esthetic OR aesthetic) NEAR/2 injur*):ab,ti) OR (((esthetic OR aesthetic) NEAR/2 damage*):ab,ti) OR (((esthetic OR aesthetic) NEAR/2 disabilit*):ab,ti) OR (((esthetic OR aesthetic) NEAR/2 impairment*):ab,ti)	528
8	'physical appearance'/de	2652
9	((outward NEAR/3 appearance*):ab,ti)	4919
10	7 OR 8 OR 9	7139
11	6 AND 10	**143**

SCOPUS

#	SEARCH	RESULTS
1	1(TITLE-ABS-KEY (esthetic W/2 damage* OR aesthetic W/2 damage*) OR TITLE-ABS-KEY (esthetic W/2 injur* OR aesthetic W/2 injur) OR TITLE-ABS-KEY (esthetic W/2 disabilit* OR aesthetic W/2 disabilit*) OR TITLE-ABS-KEY (esthetic W/2 impairment* OR aesthetic W/2 impairment*))	6054
2	TITLE-ABS-KEY (medico OR legal OR medicolegal OR legal OR forensic*)	806026
3	1 AND 2	**141**

Numero iniziale di risultati	387 (articoli duplicati compresi)
Numero di articoli residuati	5
Numero di articoli selezionati per pertinenza dalla Segreteria Scientifica	5
Note degli esperti del pannello A	• Il DM ministeriale, per quanto punto di riferimento, appare già desueto, rispetto alla evoluzione scientifica ed alla comune, crescente sensibilità in ordine alla efficienza/validità estetica individuale. Credo, inoltre, che la ricerca bibliografica su questo tema possa giovarsi di altre fonti presenti in riviste non indicizzate (Zacchia, Quaderni camerti, Minerva ML). La scala sarebbe più utile rapportarla a 3 classi: 1-3% (lievissimo), 4-6 (lieve); 7-9 (moderato/discreto). • La sintesi espressa sulle Linee Guida SIMLA del 2016 relativamente al danno estetico appare maggiormente applicabile e attuale rispetto al DM 2003 e ai riferimenti bibliografici presenti. • Nessuno dei riferimenti bibliografici chiarifica da quali parametri dovrebbe esser composto questo presunto "score integrato". Si ritiene che la distinzione in VI classi di gravità crescente del pregiudizio estetico nelle Linee Guida SIMLA 2016 sia già esplicativa. L'utilità di dati di Letteratura è condivisa, ma si sottolinea che tra i riferimenti bibliografici stessi è sottolineato che "… è difficile ottenere dati ufficiali sulle procedure mediche eseguite in contesti privati". • Comprendo l'importanza stante i parametri fissati per Legge. Bisogna vedere però se tali parametri sono corretti. Io non sono d'accordo su tutti. Ricordiamoci quanto riportato nel Decreto all'ultimo capoverso "Saranno disposte eventuali revisioni della tabella in caso di nuove e documentate acquisizioni scientifiche". Mi paiono insufficienti le indicazioni di letteratura. • Tale metodologia accertativa consentirebbe di ridurre la soggettività valutativa dell'operatore che è particolarmente presente nell'apprezzamento del pregiudizio estetico.
Voti assegnati dai singoli esperti del pannello A (punteggio minimo: 1; punteggio massimo: 9)	

	Rilevanza	*Accordo*
Esperto	9	7
Esperto	9	9
Esperto	8	5
Esperto	8	7

Esperto	9	2
Esperto	9	9
Esperto	4	1
Esperto	9	9
Esperto	8	7

Parametri statistici derivati

	Rilevanza	***Accordo***
Mediana	9	7
IQ25	8	4,25
IQ75	8	9
% SA*		33,3%

*Percentuale dei voti indicanti forte accordo (8 o 9)

Risultati finali	**HIGHLY RELEVANT** **UNCERTAIN AGREEMENT**

Statement n. 5.1

Formulazione originaria	**La valutazione della menomazione della funzione psichica è di esclusiva competenza del medico chirurgo specialista in medicina legale**
Formulazione modificata nel secondo round di votazione degli esperti del pannello A	Invariata
Query (stringa di ricerca) e numero di risultati ottenuti in ciascun database	**PUBMED**

#	SEARCH	RESULTS
1	("Psychic impairment"[Title/Abstract:~3] OR "Psychic impairments"[Title/Abstract:~3] OR "psycho impairment"[Title/Abstract:~3] OR "psycho impairments"[Title/Abstract:~3] OR "psychological impairment"[Title/Abstract:~3] OR "psychological impairments"[Title/Abstract:~3])	2067
2	("Psychic disability"[Title/Abstract:~3] OR "Psychic disabilities"[Title/Abstract:~3] "psycho disability"[Title/Abstract:~3] OR "psycho disabilities"[Title/Abstract:~3] OR "psychological disability"[Title/Abstract:~3] OR "psychological disabilities"[Title/Abstract:~3])	1685
3	("Psychic injury"[Title/Abstract:~3] OR "psycho injury"[Title/Abstract:~3] OR "Psychic injuries"[Title/Abstract:~3] OR "psycho injuries"[Title/Abstract:~3] OR "psychological injury"[Title/Abstract:~3] OR "psychological injuries"[Title/Abstract:~3])	1492
4	Psychic damage"[Title/Abstract:~3] OR "psycho damage"[Title/Abstract:~3] OR "Psychic damages"[Title/Abstract:~3] OR "psycho damages"[Title/Abstract:~3] OR "psychological damage"[Title/Abstract:~3] OR "psychological damageS"[Title/Abstract:~3]	566
5	1 OR 2 OR 3 OR 4	5689
6	"Disability Evaluation"[Mesh:NoExp] OR "Compensation and Redress/legislation and jurisprudence"[Mesh] OR "medicolegal"[Title/Abstract] OR "Law"[Title/Abstract] OR "medico legal"[Title/Abstract] OR "legal"[Title/Abstract] OR "jurisprudence"[Title/Abstract] OR "forensic medicine"[MeSH:NoExp] OR forensic*[Title/Abstract] OR "Forensic Psychiatry"[Mesh:NoExp]	320132
7	"Professional Competence"[MeSH:NoExp] OR "competence*"[Title/Abstract] OR Expert*[Title/Abstract] OR "Professional*"[Title/Abstract] OR responsibilit*[title/abstract]	766165
8	5 AND 6 AND 7	**83**

EMBASE

#	SEARCH	RESULTS
1	((psych* NEAR/3 impairment*):ti,ab,kw) OR ((psych* NEAR/3 disabilit*):ti,ab,kw) OR ((psych* NEAR/3 injur*):ti,ab,kw)	18441
2	'psychotrauma'/de	10953
3	1 OR 2	29187
4	'medico legal':ti,ab,kw OR medicolegal:ti,ab,kw OR legal:ti,ab,kw OR law:ti,ab,kw OR 'forensic science'/exp OR 'forensic medicine'/de OR 'medicolegal aspect'/de OR forensic*:ti,ab,kw	364279
5	'disability assessment'/de OR 'compensation'/de	20410
6	4 OR 5	383190
7	'professional competence'/de	3agg2
8	competence*:ti,ab,kw OR expert*:ti,ab,kw OR professional*:ti,ab,kw OR responsibilit*:ti,ab,kw	980745
10	7 OR 8	1002618
11	3 AND 6 AND 10	261
12	11 AND AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim)	**126**

SCOPUS

#	SEARCH	RESULTS
1	(TITLE-ABS-KEY (psych* W/2 impairment*) OR TITLE-ABS-KEY (psych* W/2 disabilit*) OR TITLE-ABS-KEY (psych* W/2 injur*)	18366
2	(TITLE-ABS-KEY ("medico legal" OR medicolegal OR forensic*)	785102
3	(TITLE-ABS-KEY (competence* OR expert* OR professional* OR responsibilit*)	106005
4	1 AND 2 AND 3	**227**

Numero iniziale di risultati	436 (articoli duplicati compresi)
Numero di articoli residuati	22
Numero di articoli selezionati per pertinenza dalla Segreteria Scientifica	20 (2 articoli esclusi)
Note degli esperti del pannello A	• La bibliografia selezionata attiene più agli aspetti di ordine eziopatogenetico e di individuazione della nosografia, nonché di riconoscimento del nesso causale (stato anteriore, fattori patologici concomitanti) rispetto alla previsione della esclusività di competenza (la letteratura indica: "Expert" in generale). In tal senso, i contributi E15 ed E16, E19 possono costituire un valido supporto. • Ho qualche remora sulla necessità di ribadire la competenza medico legale nella valutazione delle menomazioni psichiche. Dovremmo forse ribadire la competenza medico legale anche nella valutazione delle menomazioni di interesse oculistico, ortopedico, neurologico, odontoiatrico, etc.? Personalmente riterrei più opportuno affermare in maniera categorica e decisa, ma semplice, che "la valutazione di tutte le menomazioni fisiche e psichiche è di esclusiva competenza dello specialista medico legale". In alternativa, per eliminare quel senso di autoreferenzialità che traspare dallo Statement, si potrebbe meglio motivare il razionale (come riportato nello Statement 7.1 sul danno odontoiatrico) ovvero indicare che "avuto riguardo della diagnosi clinica funzionale della patologia psichiatrica da parte di uno specialista in psichiatria, tenuto conto dell'impatto pregiudizievole sull'integrità psico-fisica globale, la valutazione del danno biologico permanente complessivo, eventualmente esitato, è competenza dello specialista in medicina legale". • La valutazione del danno psichico è complessa e merita un accertamento multidisciplinare. Le figure chiamate ad intervenire sono il medico legale nella valutazione della causalità, lo psichiatra e/o il neuropsichiatra infantile sulla valutazione diagnostica e lo psicologo nella valutazione delle limitazioni delle attività sociali, familiari e lavorative. Rimane, comunque centrale e rilevante il ruolo del medico legale e non eliminabile ma in collaborazione con le altre figure. • Soltanto se ha partecipato al processo oggettivo e diagnostico del soggetto che può anche essere eseguito da specialista in psichiatria (ora il DM 109 ha aperto agli psicologi). Se non parla (visita) il paziente non può valutarlo in ambito di danno biologico.

	• Sebbene la valutazione del grado di menomazione della funzione psichica spetti al medico legale, essa non può prescindere da conoscenze specialistiche che non sempre rientrano nel suo bagaglio formativo. Tale affermazione nasconde il pericolo di fraintendimenti in relazione alle specifiche competenze del medico legale che spesso necessita del supporto clinico per un corretto inquadramento del caso. • L'inquadramento a mio parere è multidisciplinare, derivando dall'interazione ed integrazione di diverse professionalità - medico legale, psichiatra e psicologo (in questo senso assolutamente concorde con il testo della bibliografia E6) -, con indubbio ruolo di "sintesi" e valutazione ad esclusiva competenza del medico legale.
Voti assegnati dai singoli esperti del pannello A (punteggio minimo: 1; punteggio massimo: 9)	<table><tr><th></th><th>Rilevanza</th><th>Accordo</th></tr><tr><td>Esperto</td><td>8</td><td>9</td></tr><tr><td>Esperto</td><td>8</td><td>7</td></tr><tr><td>Esperto</td><td>6</td><td>1</td></tr><tr><td>Esperto</td><td>9</td><td>7</td></tr><tr><td>Esperto</td><td>9</td><td>5</td></tr><tr><td>Esperto</td><td>1</td><td>7</td></tr><tr><td>Esperto</td><td>9</td><td>9</td></tr><tr><td>Esperto</td><td>9</td><td>6</td></tr><tr><td>Esperto</td><td>9</td><td>9</td></tr></table> ***Parametri statistici derivati*** <table><tr><th></th><th>Rilevanza</th><th>Accordo</th></tr><tr><td>Mediana</td><td>8,5</td><td>7</td></tr><tr><td>IQ25</td><td>7,5</td><td>5,75</td></tr><tr><td>IQ75</td><td>9</td><td>7,5</td></tr><tr><td>% SA*</td><td></td><td>33,3%</td></tr></table>*Percentuale dei voti indicanti forte accordo (8 o 9)
Risultati finali	**HIGHLY RELEVANT** **WEEK AGREEMENT**

Statement n. 6.1	
Formulazione originaria	**L'utilizzo di protesi in grado di svolgere funzioni vicarie rende comunque imprescindibile la valutazione della perdita anatomica (in qualsiasi distretto del corpo)**
Formulazione modificata nel secondo round di votazione esperti del pannello A	Invariata
Query (stringa di ricerca) e numero di risultati ottenuti in ciascun database	**PUBMED** <table><tr><th>#</th><th>SEARCH</th><th>RESULTS</th></tr><tr><td>1</td><td>"Disability Evaluation"[Majr:NoExp] OR "medicolegal"[Title/Abstract] OR "medico legal"[Title/Abstract] OR "forensic medicine"[MeSH:NoExp] OR forensic*[Title/Abstract]</td><td>96229</td></tr><tr><td>2</td><td>Artificial Limbs"[Mesh] OR "Leg Prosthes*"[title/abstract] OR "arm prosthes*"[title/abstract] OR "Limb Prosthes*"[title/abstract] OR "Artificial Leg*"[title/abstract] OR "Artificial Limb*"[title/abstract] OR "Artificial arm*"[title/abstract] OR "Artificial Prosthes*"[title/abstract]</td><td>8964</td></tr><tr><td>3</td><td>Blood Vessel Prosthesis"[Mesh] OR "Vascular Graft*"[title/abstract] OR "Vascular Prosthes*"[title/abstract] OR "Blood Vessel Prosthes*"[title/abstract]</td><td>35615</td></tr><tr><td>4</td><td>"Dental Prosthesis"[MeSH Terms:noexp] OR "tooth, artificial"[MeSH Terms]</td><td>6257</td></tr><tr><td>5</td><td>"Eye, Artificial"[Mesh] OR "Ocular Prosthes*"[title/abstract] OR "artificial eye*"[title/abstract]</td><td>2351</td></tr><tr><td>6</td><td>"Amputation, Surgical"[Mesh] OR "amputation*"[Title/Abstract]</td><td>54419</td></tr><tr><td>7</td><td>2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6</td><td>103211</td></tr><tr><td>8</td><td>1 AND 7</td><td>271</td></tr></table>

EMBASE

#	SEARCH	RESULTS
1	'limb prosthesis'/de OR 'arm prosthesis'/de OR 'leg prosthesis'/de	7779
2	((arm* NEAR/2 prosthes*):ab,ti) OR ((leg* NEAR/2 prosthes*):ab,ti) OR ((limb* NEAR/2 prosthes*):ab,ti) OR ((artificial NEAR/2 leg*):ab,ti) OR ((artificial NEAR/2 arm*):ab,ti) OR ((artificial NEAR/2 limb*):ab,ti) OR ((artificial NEAR/2 prosthes*):ab,ti)	3534
3	'blood vessel prosthesis'/de	11181
4	((vascular NEAR/2 graft*):ab,ti) OR ((vascular NEAR/2 prosthes*):ab,ti) OR (('blood vessel' NEAR/2 prosthes*):ab,ti)	10103
5	'tooth prosthesis'/de OR 'dental prosthesis and implant'/de	31805
6	'artificial eye'/de	761
7	'ocular prostheses':ab,ti OR 'ocular pprosthesis':ab,ti OR 'artificial eye*':ab,ti OR 'artificial eyes':ab,ti	644
8	'amputation'/de OR 'limb amputation'/exp	50003
9	1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6 OR 7 OR 8	108200
10	'medico legal':ti,ab,kw OR medicolegal:ti,ab,kw OR legal:ti,ab,kw OR 'forensic medicine'/de OR 'medicolegal aspect'/de OR forensic*:ti,ab,kw	249508
11	'disability assessment'/de	538
12	10 OR 11	250036
13	9 AND 12	336
14	13 AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim)	**118**

SCOPUS

#	SEARCH	RESULTS
1	TITLE-ABS-KEY ("medico legal" OR medicolegal OR forensic*)	215523
2	TITLE-ABS-KEY ("ocular prostheses" OR "ocular prosthesis" OR "artificial eye" OR "artificial eyes")	1621
3	(vascular W/2 graft* OR vascular W/2 prosthes*)	4458
4	(TITLE-ABS-KEY (leg* W/2 prosthes*) OR TITLE-ABS-KEY (arm* AND w/2* AND prosthes*) OR TITLE-ABS-KEY (limb* W/2 prosthes*))	9634
5	TITLE-ABS-KEY (dental W/2 prosthes*)	32627
6	2 OR 3 OR 4 OR 5	48300
7	1 AND 6	**106**

Numero iniziale di risultati	495 (articoli duplicati compresi)
Numero di articoli residuati	30
Numero di articoli selezionati per pertinenza dalla Segreteria Scientifica	23 (7 articoli esclusi)
Note degli esperti del pannello A	• Il quesito richiede un approfondimento valutativo con uso di scale performanti, adattate al contesto medico legale. • La possibilità di protesizzazione andrà esplicitata nella valutazione medico legale al fine di una migliore definizione della personalizzazione e del danno morale. • Soltanto però in un'ottica non assoluta. L'amputazione in sé è un fatto che comprende diversi elementi (ad. es. dolore, menomazione estetica). Ovvero va considerata nella sua "esistenza" ma deve variare rispetto alla funzione vicariante della protesi. • Il dispositivo protesico resta pur sempre un corpo estraneo che "simula" la funzione della struttura anatomica riabilitata. • La funzione vicaria non è mai integralmente sostitutiva perché non consente di avere una reale e concreta restitutio ad integrum, talora peraltro la perdita della funzione è completa e solo parzialmente mantenuta come avviene nel caso degli organi pari (organo udito ed organo della vista). Ecco allora che la perdita anatomica deve mantenere congrua dignità valutativa.
Voti assegnati dai singoli esperti del pannello A (punteggio minimo: 1; punteggio massimo: 9)	

	Rilevanza	*Accordo*
Esperto	9	9
Esperto	9	8
Esperto	9	8
Esperto	9	9
Esperto	9	9
Esperto	9	9

	<table><tr><td>Esperto</td><td>1</td><td>1</td></tr><tr><td>Esperto</td><td>9</td><td>9</td></tr><tr><td>Esperto</td><td>7</td><td>7</td></tr></table> ***Parametri statistici derivati*** <table><tr><td></td><td>Rilevanza</td><td>Accordo</td></tr><tr><td>Mediana</td><td>9</td><td>9</td></tr><tr><td>IQ25</td><td>9</td><td>8</td></tr><tr><td>IQ75</td><td>9</td><td>9</td></tr><tr><td>% SA*</td><td></td><td>77,7%</td></tr></table>*Percentuale dei voti indicanti forte accordo (8 o 9)
Risultati finali	**HIGHLY RELEVANT** **STRONG AGREEMENT**

Statement n. 6.2	
Formulazione originaria	**Gli elementi essenziali per ottenere una valutazione accurata e completa, espressa numericamente come misura percentuale, nel caso di soggetti con protesi articolari (come ginocchio, gomito) e protesi vascolari cosa includono?**
Formulazione modificata nel secondo round di votazione esperti del pannello A	**Gli elementi essenziali per formulare una valutazione accurata e completa, espressa numericamente come misura percentuale, nel caso di soggetti con protesi articolari (come ginocchio, gomito) includono l'entità della eventuale sintomatologia dolorosa residua, il range articolare concesso, la congruenza tra la cinematica della protesi e il fisiologico pattern di movimento dell'arto, nonché l'eventuale impatto negativo sul funzionamento globale dell'individuo, anche in rapporto allo stato anteriore**
Query (stringa di ricerca) e numero di risultati ottenuti in ciascun database	**PUBMED** <table><tr><th>#</th><th>SEARCH</th><th>RESULTS</th></tr><tr><td>1</td><td>"Disability Evaluation"[Majr:NoExp] OR "medicolegal"[Title/Abstract] OR "medico legal"[Title/Abstract] OR "forensic medicine"[MeSH:NoExp] OR forensic*[Title/Abstract]</td><td>96229</td></tr><tr><td>2</td><td>Artificial Limbs"[Mesh] OR "Leg Prosthes*"[title/abstract] OR "arm prosthes*"[title/abstract] OR "Limb Prosthes*"[title/abstract] OR "Artificial Leg*"[title/abstract] OR "Artificial Limb*"[title/abstract] OR "Artificial arm*"[title/abstract] OR "Artificial Prosthes*"[title/abstract]</td><td>8964</td></tr><tr><td>3</td><td>Blood Vessel Prosthesis"[Mesh] OR "Vascular Graft*"[title/abstract] OR "Vascular Prosthes*"[title/abstract] OR "Blood Vessel Prosthes*"[title/abstract]</td><td>35615</td></tr><tr><td>4</td><td>"Dental Prosthesis"[MeSH Terms:noexp] OR "tooth, artificial"[MeSH Terms]</td><td>6257</td></tr><tr><td>5</td><td>"Eye, Artificial"[Mesh] OR "Ocular Prosthes*"[title/abstract] OR "artificial eye*"[title/abstract]</td><td>2351</td></tr><tr><td>6</td><td>"Amputation, Surgical"[Mesh] OR "amputation*"[Title/Abstract]</td><td>54419</td></tr><tr><td>7</td><td>2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6</td><td>103211</td></tr><tr><td>8</td><td>1 AND 7</td><td>271</td></tr></table> **EMBASE** <table><tr><th>#</th><th>SEARCH</th><th>RESULTS</th></tr><tr><td>1</td><td>'limb prosthesis'/de OR 'arm prosthesis'/de OR 'leg prosthesis'/de</td><td>7779</td></tr><tr><td>2</td><td>((arm* NEAR/2 prosthes*):ab,ti) OR ((leg* NEAR/2 prosthes*):ab,ti) OR ((limb* NEAR/2 prosthes*):ab,ti) OR ((artificial NEAR/2 leg*):ab,ti) OR ((artificial NEAR/2 arm*):ab,ti) OR ((artificial NEAR/2 limb*):ab,ti) OR ((artificial NEAR/2 prosthes*):ab,ti)</td><td>3534</td></tr><tr><td>3</td><td>'blood vessel prosthesis'/de</td><td>11181</td></tr><tr><td>4</td><td>((vascular NEAR/2 graft*):ab,ti) OR ((vascular NEAR/2 prosthes*):ab,ti) OR (('blood vessel' NEAR/2 prosthes*):ab,ti)</td><td>10103</td></tr><tr><td>5</td><td>'tooth prosthesis'/de OR 'dental prosthesis and implant'/de</td><td>31805</td></tr><tr><td>6</td><td>'artificial eye'/de</td><td>761</td></tr></table>

7	'ocular prostheses':ab,ti OR 'ocular pprosthesis':ab,ti OR 'artificial eye*':ab,ti OR 'artificial eyes':ab,ti	644
8	'amputation'/de OR 'limb amputation'/exp	50003
9	1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6 OR 7 OR 8	108200
10	'medico legal':ti,ab,kw OR medicolegal:ti,ab,kw OR legal:ti,ab,kw OR 'forensic medicine'/de OR 'medicolegal aspect'/de OR forensic*:ti,ab,kw	249508
11	'disability assessment'/de	538
12	10 OR 11	250036
13	9 AND 12	336
14	13 AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim)	**118**

SCOPUS

#	SEARCH	RESULTS
1	TITLE-ABS-KEY ("medico legal" OR medicolegal OR forensic*)	215523
2	TITLE-ABS-KEY ("ocular prostheses" OR "ocular prosthesis" OR "artificial eye" OR "artificial eyes")	1621
3	(vascular W/2 graft* OR vascular W/2 prosthes*)	4458
4	(TITLE-ABS-KEY (leg* W/2 prosthes*) OR TITLE-ABS-KEY (arm* AND w/2* AND prosthes*) OR TITLE-ABS-KEY (limb* W/2 prosthes*))	9634
5	TITLE-ABS-KEY (dental W/2 prosthes*)	32627
6	2 OR 3 OR 4 OR 5	48300
7	1 AND 6	**106**

Numero iniziale di risultati	495 (articoli duplicati compresi)
Numero di articoli residuati	30
Numero di articoli selezionati per pertinenza dalla Segreteria Scientifica	23 (7 articoli esclusi)
Note degli esperti del pannello A	• Fermi gli elementi essenziali (Statement 6.2) per formulare una valutazione accurata e completa, alla personalizzazione riferita allo stato anteriore della persona andrebbe riservata una quota non inferiore a ¼ della valutazione complessiva, al di là della valutazione dell'efficienza protesica in sé considerata. • Ciò che viene chiamato "funzionamento globale dell'individuo" mi pare non sia altro che il "danno biologico" definito per Legge. Forse si può dire che il danno biologico corrisponde alla funzionalità dell'uomo ma non è vero perché la Legge dice un'altra cosa forse sovrapponibile a quel lemma però qui si aprirebbe un'altra discussione. Quindi se si vuole utilizzare questo statement forse bisognerebbe modificarlo. Io lo vedrei così: "Gli elementi essenziali per formulare una valutazione accurata del danno biologico (il fatto che sia in valore percentuale è un dato di fatto che dovrebbe derivare da uno statement precedente), nel caso di soggetti con protesi articolari (come ginocchio, gomito) includono L'entità della eventuale sintomatologia dolorosa residua, il range articolare concesso, la congruenza tra la cinematica della protesi e il fisiologico pattern di movimento dell'arto. • Da non trascurare il grado di tolleranza allo stress biomeccanico ed all'usura in relazione alla tipologia di protesi, all'età biologica/anagrafica del soggetto, all'attività lavorativa ed alla pratica di attività sportiva (agonistica o amatoriale).
Voti assegnati dai singoli esperti del pannello A (punteggio minimo: 1; punteggio massimo: 9)	

	Rilevanza	*Accordo*
Esperto	9	9
Esperto	9	9
Esperto	/	/
Esperto	/	/
Esperto	9	1
Esperto	/	/
Esperto	9	9
Esperto	9	9
Esperto	4	4

Parametri statistici derivati

	Rilevanza	*Accordo*
Mediana	9	9

	<table><tr><td>IQ25</td><td>9</td><td>5,25</td></tr><tr><td>IQ75</td><td>9</td><td>9</td></tr><tr><td>% SA*</td><td></td><td>66,6%</td></tr></table> *Percentuale dei voti indicanti forte accordo (8 o 9)
Risultati finali	**HIGHLY RELEVANT** **WEAK AGREEMENT**

Statement n. 6.3	
Formulazione originaria	**Gli elementi essenziali per ottenere una valutazione accurata e completa, espressa numericamente come misura percentuale, nel caso di soggetti con perdite anatomiche protesizzabili (come amputazioni, avulsioni, enucleazioni) cosa includono?**
Formulazione modificata nel secondo round di votazione esperti del pannello A	**Gli elementi essenziali per ottenere una valutazione accurata e completa, espressa numericamente come misura percentuale, nel caso di soggetti con perdite anatomiche protesizzabili (come le amputazioni) includono la determinazione della lunghezza residua dell'arto amputato dopo la perdita anatomica (misurata con precisione antropometrica), l'analisi del trofismo muscolare residuo e delle relative capacità motorie nella zona peri-amputata, nonché lo studio della protesizzabilità dell'arto leso**
Query (stringa di ricerca) e numero di risultati ottenuti in ciascun database	**PUBMED** <table><tr><th>#</th><th>SEARCH</th><th>RESULTS</th></tr><tr><td>1</td><td>"Disability Evaluation"[Majr:NoExp] OR "medicolegal"[Title/Abstract] OR "medico legal"[Title/Abstract] OR "forensic medicine"[MeSH:NoExp] OR forensic*[Title/Abstract]</td><td>96229</td></tr><tr><td>2</td><td>Artificial Limbs"[Mesh] OR "Leg Prosthes*"[title/abstract] OR "arm prosthes*"[title/abstract] OR "Limb Prosthes*"[title/abstract] OR "Artificial Leg*"[title/abstract] OR "Artificial Limb*"[title/abstract] OR "Artificial arm*"[title/abstract] OR "Artificial Prosthes*"[title/abstract]</td><td>8964</td></tr><tr><td>3</td><td>Blood Vessel Prosthesis"[Mesh] OR "Vascular Graft*"[title/abstract] OR "Vascular Prosthes*"[title/abstract] OR "Blood Vessel Prosthes*"[title/abstract]</td><td>35615</td></tr><tr><td>4</td><td>"Dental Prosthesis"[MeSH Terms:noexp] OR "tooth, artificial"[MeSH Terms]</td><td>6257</td></tr><tr><td>5</td><td>"Eye, Artificial"[Mesh] OR "Ocular Prosthes*"[title/abstract] OR "artificial eye*"[title/abstract]</td><td>2351</td></tr><tr><td>6</td><td>"Amputation, Surgical"[Mesh] OR "amputation*"[Title/Abstract]</td><td>54419</td></tr><tr><td>7</td><td>2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6</td><td>103211</td></tr><tr><td>8</td><td>1 AND 7</td><td>271</td></tr></table> **EMBASE** <table><tr><th>#</th><th>SEARCH</th><th>RESULTS</th></tr><tr><td>1</td><td>'limb prosthesis'/de OR 'arm prosthesis'/de OR 'leg prosthesis'/de</td><td>7779</td></tr><tr><td>2</td><td>((arm* NEAR/2 prosthes*):ab,ti) OR ((leg* NEAR/2 prosthes*):ab,ti) OR ((limb* NEAR/2 prosthes*):ab,ti) OR ((artificial NEAR/2 leg*):ab,ti) OR ((artificial NEAR/2 arm*):ab,ti) OR ((artificial NEAR/2 limb*):ab,ti) OR ((artificial NEAR/2 prosthes*):ab,ti)</td><td>3534</td></tr><tr><td>3</td><td>'blood vessel prosthesis'/de</td><td>11181</td></tr><tr><td>4</td><td>((vascular NEAR/2 graft*):ab,ti) OR ((vascular NEAR/2 prosthes*):ab,ti) OR (('blood vessel' NEAR/2 prosthes*):ab,ti)</td><td>10103</td></tr><tr><td>5</td><td>'tooth prosthesis'/de OR 'dental prosthesis and implant'/de</td><td>31805</td></tr><tr><td>6</td><td>'artificial eye'/de</td><td>761</td></tr><tr><td>7</td><td>'ocular prostheses':ab,ti OR 'ocular pprosthesis':ab,ti OR 'artificial eye*':ab,ti OR 'artificial eyes':ab,ti</td><td>644</td></tr><tr><td>8</td><td>'amputation'/de OR 'limb amputation'/exp</td><td>50003</td></tr><tr><td>9</td><td>1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6 OR 7 OR 8</td><td>108200</td></tr><tr><td>10</td><td>'medico legal':ti,ab,kw OR medicolegal:ti,ab,kw OR legal:ti,ab,kw OR 'forensic medicine'/de OR 'medicolegal aspect'/de OR forensic*:ti,ab,kw</td><td>249508</td></tr><tr><td>11</td><td>'disability assessment'/de</td><td>538</td></tr></table>

12	10 OR 11	250036
13	9 AND 12	336
14	13 AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim)	**118**

SCOPUS

#	SEARCH	RESULTS
1	TITLE-ABS-KEY ("medico legal" OR medicolegal OR forensic*)	215523
2	TITLE-ABS-KEY ("ocular prostheses" OR "ocular prosthesis" OR "artificial eye" OR "artificial eyes")	1621
3	(vascular W/2 graft* OR vascular W/2 prosthes*)	4458
4	(TITLE-ABS-KEY (leg* W/2 prosthes*) OR TITLE-ABS-KEY (arm* AND w/2* AND prosthes*) OR TITLE-ABS-KEY (limb* W/2 prosthes*))	9634
5	TITLE-ABS-KEY (dental W/2 prosthes*)	32627
6	2 OR 3 OR 4 OR 5	48300
7	1 AND 6	**106**

Numero iniziale di risultati	495 (articoli duplicati compresi)
Numero di articoli residuati	30
Numero di articoli selezionati per pertinenza dalla Segreteria Scientifica	23 (7 articoli esclusi)
Note degli esperti del pannello A	• Gli elementi essenziali per ottenere una valutazione del danno biologico nel caso di soggetti con perdite anatomiche protesizzabili (come le amputazioni ARTUALI) includono la determinazione della lunghezza residua dell'arto amputato dopo la perdita anatomica (misurata con precisione antropometrica), l'analisi del trofismo muscolare residuo e delle relative capacità motorie nella zona peri-amputata, la protesizzabilità dell'arto leso e, in caso di applicazione di protesi, la possibilità vicariante della protesi rispetto alle attività comuni precedentemente svolte. Bisognerebbe poi valutare se la componente estetica è fattore di cui si vuol tener conto nell'ambito della valutazione della menomazione direttamente legata all'amputazione e alla sua eventuale protesizzazione, o, al contrario tenerla separata. Se la si vuole includere è un altro fattore rilevante nella valutazione dell'amputazione perché anche qui le variabili sono molte e l'alterazione estetica può essere diversa a seconda del tipo di amputazione e della sua possibile protesizzazione. • Da non trascurare il raggiungimento del miglior compromesso tra soddisfacimento estetico e grado di tollerabilità allo stress ed usura del moncone.

Voti assegnati dai singoli esperti del pannello A (punteggio minimo: 1; punteggio massimo: 9)

	Rilevanza	*Accordo*
Esperto	9	9
Esperto	9	9
Esperto	9	8
Esperto	9	9
Esperto	9	2
Esperto	9	5
Esperto	9	6
Esperto	6	9
Esperto	4	4

Parametri statistici derivati

	Rilevanza	*Accordo*
Mediana	9	8,5
IQ25	9	5,75
IQ75	9	9
% SA*		55,5%

*Percentuale dei voti indicanti forte accordo (8 o 9)

Risultati finali	**HIGHLY RELEVANT** **STRONG AGREEMENT**

Statement n. 7.1

<table>
<tr><td>Formulazione originaria</td><td>Avuto riguardo alla diagnosi clinica funzionale di un processo morboso delle arcate dentali da parte dell’esercente la professione sanitaria in odontoiatra, tenuto conto che una modificazione menomante a carico dell’apparato dentale può originare impatti pregiudizievoli su altri organi e apparati (respiratorio, fonatorio, psichico, posturale, ecc.), la valutazione del danno biologico permanente complessivo eventualmente esitato è competenza dello specialista in medicina legale</td></tr>
<tr><td>Formulazione modificata nel secondo round di votazione esperti del pannello A</td><td>Invariata</td></tr>
<tr><td>Query (stringa di ricerca) e numero di risultati ottenuti in ciascun database</td><td>
PUBMED
<table>
<tr><th>#</th><th>SEARCH</th><th>RESULTS</th></tr>
<tr><td>1</td><td>"Disability Evaluation"[MeSH Terms:noexp] OR "medicolegal"[Title/Abstract] OR "medico legal"[Title/Abstract] OR "forensic medicine"[MeSH Terms:noexp] OR "forensic*"[Title/Abstract] OR "personal injur*"[Title/Abstract] OR "personal damage*"[Title/Abstract] OR "forensic dentistry"[Title/Abstract]</td><td>128695</td></tr>
<tr><td>2</td><td>"dental trauma"[Title/Abstract] OR "injury tooth"[Title/Abstract] OR "teeth injur*"[Title/Abstract] OR "tooth injur*"[Title/Abstract] OR "dental injur*"[Title/Abstract] OR "Tooth Injuries"[MeSH Terms] OR "tooth trauma"[title/abstract] OR "teeth trauma"[Title/Abstract]</td><td>12547</td></tr>
<tr><td>3</td><td>1 AND 2</td><td>97</td></tr>
</table>
EMBASE
<table>
<tr><th>#</th><th>SEARCH</th><th>RESULTS</th></tr>
<tr><td>1</td><td>'tooth injury'/exp</td><td>1054</td></tr>
<tr><td>2</td><td>((dental NEAR/2 traumaOR ((dental NEAR/2 injur*OR ((tooth NEAR/2 injur*OR ((injur* NEAR/2 tooth):ti,ab,kw) OR ((teeth NEAR/2 injur*):ti,ab,kw) OR ((tooth NEAR/2 trauma):ti,ab,kw) OR ((teeth NEAR/2 trauma):ti,ab,kw)</td><td>5099</td></tr>
<tr><td>3</td><td>1 OR 2</td><td>15814</td></tr>
<tr><td>4</td><td>medicolegal:ti,ab,kw OR 'medico legal':ti,ab,kw OR 'forensic science'/exp OR 'forensic medicine'/de OR 'medicolegal aspect'/de</td><td>121566</td></tr>
<tr><td>5</td><td>((personal NEAR/2 injur*):ti,ab,kw) OR ((personal NEAR/2 damage*):ti,ab,kw)</td><td>1208</td></tr>
<tr><td>6</td><td>4 OR 5</td><td>122588</td></tr>
<tr><td>7</td><td>3 AND 6</td><td>131</td></tr>
</table>
SCOPUS
<table>
<tr><th>#</th><th>SEARCH</th><th>RESULTS</th></tr>
<tr><td>1</td><td>TITLE-ABS-KEY ("medico legal" OR medicolegal OR legal OR forensic)s</td><td>787572</td></tr>
<tr><td>2</td><td>(TITLE-ABS-KEY (dental W/2 trauma) OR TITLE-ABS-KEY (dental W/2 injur*) OR TITLE-ABS-KEY (tooth W/2 injur*) OR TITLE-ABS-KEY (injur* W/2 tooth) OR TITLE-ABS-KEY (teeth W/2 injur*) OR TITLE-ABS-KEY (tooth W/2 trauma) OR TITLE-ABS-KEY (teeth W/2 trauma))</td><td>10968</td></tr>
<tr><td>3</td><td>1 AND 2</td><td>264</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Numero iniziale di risultati</td><td>492 (articoli duplicati compresi)</td></tr>
<tr><td>Numero di articoli residuati</td><td>10</td></tr>
<tr><td>Numero di articoli selezionati per pertinenza dalla Segreteria Scientifica</td><td>6 (4 articoli esclusi)</td></tr>
<tr><td>Note degli esperti del pannello A</td><td>Nessuna nota</td></tr>
<tr><td>Voti assegnati dai singoli esperti del pannello A</td><td>
<table>
<tr><th></th><th>Rilevanza</th><th>Accordo</th></tr>
<tr><td>Esperto</td><td>8</td><td>9</td></tr>
<tr><td>Esperto</td><td>8</td><td>8</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

(punteggio minimo: 1; punteggio massimo: 9)	

Esperto	6	9
Esperto	9	7
Esperto	9	9
Esperto	9	9
Esperto	9	9
Esperto	9	6
Esperto	9	9

Parametri statistici derivati

	Rilevanza	***Accordo***
Mediana	9	9
IQ25	8	8
IQ75	9	9
% SA*		77,7%

*Percentuale dei voti indicanti forte accordo (8 o 9)

Risultati finali	**HIGHLY RELEVANT** **STRONG AGREEMENT**

4. Sintesi delle evidenze e raccomandazioni di buona pratica clinico-assistenziale

Formulazione ed Approvazione degli Statement

Sulla base dei quesiti approvati, il comitato tecnico scientifico ha provveduto a formulare 12 statement, che sono stati sottoposti ad un primo round di votazione e analisi da parte degli esperti del pannello A, i quali hanno richiesto alcune modifiche e proposto commenti e note.

Gli statement così corretti ed integrati sono stati nuovamente inviati alla votazione degli esperti. La votazione si è svolta utilizzando un punteggio semiquantitativo da 1 (assoluto disaccordo) a 9 (forte accordo) e i voti sono stati elaborati in accordo con una scala di valutazione del consenso da 1 a 9.

Nove statement hanno raggiunto un grado FORTE di accordo (Strong Agreement-SA), due statement sono stati approvati con un grado DEBOLE di accordo (Weak Agreement-WA), mentre su uno statement non è stato possibile raggiungere sufficiente accordo (Uncertain-U) tra gli esperti ed è stato quindi eliminato.

In **TABELLA 3** sono presentati gli statement nella formulazione definitiva insieme al voto di accordo mediano ricevuto, al range interquartile, alla percentuale di voti di forte accordo e al giudizio finale che emerge dalla analisi dei voti secondo la scala di valutazione del consenso da 1 a 9.

TABELLA 3: risultati finali statement esperti del pannello A

STATEMENT	RILEVANZA	ACCORDO	SA% = percentuale dei voti indicanti forte accordo (8 o 9)
STATEMENT 1.1 La definizione di danno biologico è da contestualizzare agli aspetti dinamico-relazionali comuni a tutti e a quelli specifici del soggetto.	HR	SA	100
STATEMENT 1.2 L'espressione numerica in misura percentuale è raccomandata per quantificare la menomazione permanente all'integrità psico-fisica.	HR	SA	77,7
STATEMENT 2.1 È confermato il procedimento per analogia ed equivalenza per le menomazioni non elencate nella tabella di riferimento.	HR	SA	100
STATEMENT 2.2 L'affermazione che la menomazione all'integrità psico-fisica debba essere espressa numericamente come misura percentuale si basa sulla necessità di un percorso riproducibile di evidenza clinica e semeiotica medico-legale.	HR	SA	77,7
STATEMENT 2.3 Nei casi di quadri menomativi con lesioni multiple coesistenti o concorrenti, è necessario utilizzare un metodo valutativo specifico per valutare in modo globale le menomazioni.	HR	SA	66,6
STATEMENT 3.1 Si raccomanda l'estensione a tutte le fasce di età delle indicazioni del paragrafo 4.2 del documento di Consensus Conference sulla valutazione medico-legale del danno biologico nella persona anziana	HR	SA	88,8

STATEMENT 4.1 Si raccomanda l'introduzione di un sistema score integrato, basato sui parametri indicati dal DM 3.7.2003, per valutare la fascia di appartenenza del pregiudizio estetico complessivo. Inoltre, si consiglia di considerare i dati di letteratura come parte integrante di tale Sistema.	**HR**	**U**	**33,3**
STATEMENT 5.1 La valutazione della menomazione della funzione psichica è di esclusiva competenza del medico chirurgo specialista in medicina legale.	HR	WA	33,3
STATEMENT 6.1 L'utilizzo di protesi in grado di svolgere funzioni vicarie rende imprescindibile la valutazione della perdita anatomica (in qualsiasi distretto del corpo).	HR	SA	77,7
STATEMENT 6.2 *(modificato)* Gli elementi essenziali per formulare una valutazione accurata e completa, espressa numericamente come misura percentuale, nel caso di soggetti con protesi articolari (come ginocchio, gomito) includono l'entità della eventuale sintomatologia dolorosa residua, il range articolare concesso, la congruenza tra la cinematica della protesi e il fisiologico pattern di movimento dell'arto, nonché l'eventuale impatto negativo sul funzionamento globale dell'individuo, anche in rapporto allo stato anteriore.	HR	WA	66,6
STATEMENT 6.3 (*modificato*) Gli elementi essenziali per ottenere una valutazione accurata e completa, espressa numericamente come misura percentuale, nel caso di soggetti con perdite anatomiche protesizzabili (come le amputazioni) includono la determinazione della lunghezza residua dell'arto amputato dopo la perdita anatomica (misurata con precisione antropometrica), l'analisi del trofismo muscolare residuo e delle relative capacità motorie nella zona per-amputata, nonché lo studio della protesizzabili dell'arto leso.	HR	SA	55,5
STATEMENT 7.1 Avuto riguardo alla diagnosi clinica funzionale di un processo morboso delle arcate dentali da parte dell'esercente la professione sanitaria in odontoiatra, tenuto conto che una modificazione menomante a carico dell'apparato dentale può originare impatti pregiudizievoli su altri organi e apparati (respiratorio, fonatorio, psichico, posturale, ecc.), la valutazione del danno biologico permanente complessivo eventualmente esitato è competenza dello specialista in medicina legale.	HR	SA	77,7

	S1.1 Rilevanza	S1.1 Accordo	S1.2 Rilevanza	S1.2 accordo	S2.1 rilevanza	s2.1 accordo	S2.2 Rilevanza	S2.2 accordo	S2.3 rilevanza	S2.3 Accordo	S3.1 Rilevanza	S3.1 accordo	S4.1 rilevanza	S 4.1 Accordo	S5.1 Rilevanza	S5.1 accordo	S6.1 rilevanza	S6.1 Accordo	S6.2 Rilevanza	S6.2 accordo	S6.3 rilevanza	S6.3 Accordo	s7.1 Rilevanza	S7.1 Accordo
ESPERTO	9	9	9	8	9	9	9	9	9	9	9	9	9	7	8	9	9	9	9	9	9	9	8	9
ESPERTO	9	8	9	9	9	9	9	9	9	8	9	8	9	9	8	7	9	8	9	9	9	9	8	8
ESPERTO	9	6	9	9	9	8	9	8	6	5	8	8	8	5	6	1	9	8			9	8	6	9
ESPERTO	8	9	9	9	9	9	9	9	9	7	9	8	8	7	9	7	9	9			9	9	9	7
ESPERTO	9	9	9	9	9	9	9	9	9	5	9	9	9	2	9	5	9	9	9	1	9	2	9	9
ESPERTO	9	3	7	7	9	9	9	7	9	9	9	9	9	9	1	7	9	9			9	5	9	9
ESPERTO	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	1	1	4	1	9	9	1	1	9	9	9	6	9	9
ESPERTO	9	9	9	7	8	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	6	9	9	9	9	6	9	9	6
ESPERTO	9	9	9	9	9	9	5	5	9	9	9	9	8	7	9	9	7	7	4	4	4	4	9	9
mediana	9	9	9	9	9	9	9	9	9	8,5	9	8,5	9	7	8,5	7	9	9	9	9	9	8,5	9	9
IQ25	9	7,5	9	7,75	9	9	9	8,75	9	6,5	8,75	8	8	4,25	7,5	5,75	9	8	9	5,25	9	5,75	8	8
IQ75	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	7,5	9	9	9	9	9	9	9	9
% SA		100		77,7		100		77,7		66,6		88,8		33,3		33,3		77,7		66,6%		55,5		77,7
GIUDIZIO	HR	SA	HR	SA	HR	SA	HR	SA	HR	SA	HR	SA	HR	U	HR	WA	HR	SA	HR	WA	HR	SA	HR	SA

Legenda **HR**= Highly Relevant (verde scuro), **WA**=Weak Agreement (verde chiaro), **U**= Uncertain (rosso) SA=Strong Agreement %SA = percentuale dei voti indicanti forte accordo (8 o 9)

Tabelle di attribuzione delle percentuali di danno

Identificazione e votazione aree funzionali ("contenitori") - esperti del pannello B

Il comitato tecnico-scientifico ha identificato 15 aree funzionali (chiamati "contenitori") e, per ciascuno di essi un numero compreso tra 9 e 14 menomazioni che sono state sottoposte al giudizio degli esperti del pannello B. Come accennato nella parte generale, le menomazioni sono state scelte secondo i criteri di prevalenza, severità, rappresentatività e disomogeneità. Gli esperti del pannello B hanno per prima cosa votato al fine di stabilire una 'graduatoria (ranking) di severità delle menomazioni stesse', per facilitare l'attribuzione successiva di un range numerico corrispondente al 'peso' attribuito alla gravità di ogni lesione.

È stato quindi chiesto a ciascun esperto del pannello B di attribuire a ciascuna lesione in ogni contenitore un range fisso di valori corrispondenti alla gravità stimata della lesione. Gli esperti, tuttavia, hanno ritenuto, nella maggior parte dei casi, di voler utilizzare range diversi, in alcuni casi più ampi, in altri più stretti rispetto a quelli fissi proposti dal comitato tecnico scientifico e dai metodologi.

Questa decisione, legittima, in quanto presa in piena libertà e autonomia sostanzialmente da tutti gli esperti coinvolti, ha reso però più complessa l'analisi e la sintesi dei voti e l'interpretazione del risultato.

I metodologi hanno quindi proposto di individuare nel range compreso tra 25° e 75° percentile il range maggiormente rappresentativo del parere dell'insieme degli esperti.

La stima del grado di accordo è stata resa mediante un grafico nel quale l'altezza di ciascuna colonnina rappresenta la 'densità di probabilità' che un esperto assegni quel determinato punteggio di quantificazione del danno. Il confronto tra l'area compresa nel range calcolato dopo l'aggiustamento (in rosso) e l'area che rimane esclusa (in blu) permette di stimare il grado di accordo tra gli esperti.

Per facilitare i giurati, seppure in maniera arbitraria, i metodologi hanno classificato il grado di accordo in GOOD (l'area compresa nel range è molto maggiore (≥70%) dell'area esclusa), FAIR (le due aree si equivalgono sostanzialmente, con prevalenza dell'area compresa nel range), POOR (l'area che rimane esclusa dal range è maggiore di quella compresa e/o sono presenti 'fratture' nel grafico della distribuzione dei voti con esperti che hanno attribuito voti 'lontani' dalla mediana.

Nei pochi casi in cui il comitato tecnico-scientifico ha ritenuto opportuno che fosse indicato un valore puntiforme come misura della gravità della lesione (e non un range), è stato utilizzato il valore mediano.

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

PREMESSA

La tabella delle menomazioni rappresenta in responsabilità civile lo strumento per la valutazione del danno permanente biologico ed il suo utilizzo deve essere riservato a medici specialisti in Medicina Legale. Il fine della tabella è certamente quello di perseguire la massima omogeneità scientifica e riproducibilità del giudizio valutativo delle menomazioni a parità di diagnosi, fermo restando che il valore della tabella medesima è da considerarsi indicativo, essendo il danno biologico, anche nella sua componente percentualizzabile, contraddistinto da variabilità misurata sulle caratteristiche proprie della persona lesa, quali, ad esempio, lo stato anteriore e l'eventuale incidenza dell'età e/o del sesso sulla tipologia della menomazione da valutare. Obiettivo dunque è quello di stimare, mediante le indicazioni della tabella, il pregiudizio permanente dell'intera persona e non semplicemente quello del distretto o dei distretti lesi dal fatto illecito. Al di là, dunque, della mera indicazione numerica, la disciplina medico-legale individua nella motivazione alla valutazione l'elemento essenziale e qualificante.

CRITERI APPLICATIVI

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

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

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

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

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

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

DANNO COMPOSITO E DANNI PLURIMI MONOCRONI

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

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

MENOMAZIONI PREESISTENTI E PREGIUDIZIO ALLO STATO ANTERIORE

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

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

PROCEDIMENTO MEDIANTE L'ANALOGIA

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

MENOMAZIONI DELL'APPARATO VISIVO

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

VISUS RESIDUO PER LONTANO IN OCCHIO PEGGIORE

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

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

2

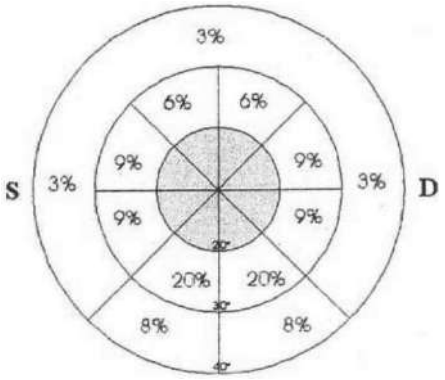
VISUS RESIDUO PER VICINO IN OCCHIO PEGGIORE

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

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

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

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



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

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

MENOMAZIONI DELL'APPARATO UDITIVO

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

Percentuali di deficit per singole frequenze

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

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

$$Du : 100 = X : 10$$

e si calcola con la seguente formula:

$$X=Du/10$$

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

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

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

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

DANNI PSICHICI

La diagnosi della psicopatologia, stante la difficoltà valutativa in ambito medico-legale, va compiuta da medici specialisti in medicina legale e, quando necessario (in riferimento a qualità, gravità e documentazione probatoria del disturbo da valutare), con il supporto di professionisti esperti in campo psicopatologico forense (psichiatra o psicologo o specialista in medicina legale con competenze psicodiagnostiche), ossia in grado di utilizzare strumenti di valutazione obiettiva quali, ad esempio, test psicodiagnostici.

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

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

Particolare attenzione e cura si devono porre nell'accertamento della permanenza del disturbo psico-patologico e del nesso causale con l'evento lesivo. La verifica del nesso causale deve infatti passare attraverso la rigorosa applicazione della criteriologia medico legale, atteso che molti dei sintomi appartenenti alle

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

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

PROTESI

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

innovazioni determinino una maggiore efficacia funzionale ed una più lunga durata, rispetto ad ausili di generazioni precedenti.

DANNO ESTETICO

La valutazione del danno estetico, in quanto parte integrante del pregiudizio alla integrità psico fisica della persona, è di stretta competenza medico legale. Detta valutazione deve far parte della percentuale complessiva riconosciuta dal medico valutatore e deve essere stimata in base alle indicazioni tabellari, con le seguenti precisazioni:

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

eccezionale gravità, nei quali il pregiudizio estetico determina un totale sovvertimento dell'aspetto del soggetto leso, possono essere presi in considerazione anche valori maggiori di quello massimo indicato per la voce "Pregiudizio estetico complessivo gravissimo".

Contenitori: graduatoria di severità e attribuzione valore / range numerico

Nota Metodologica Applicativa

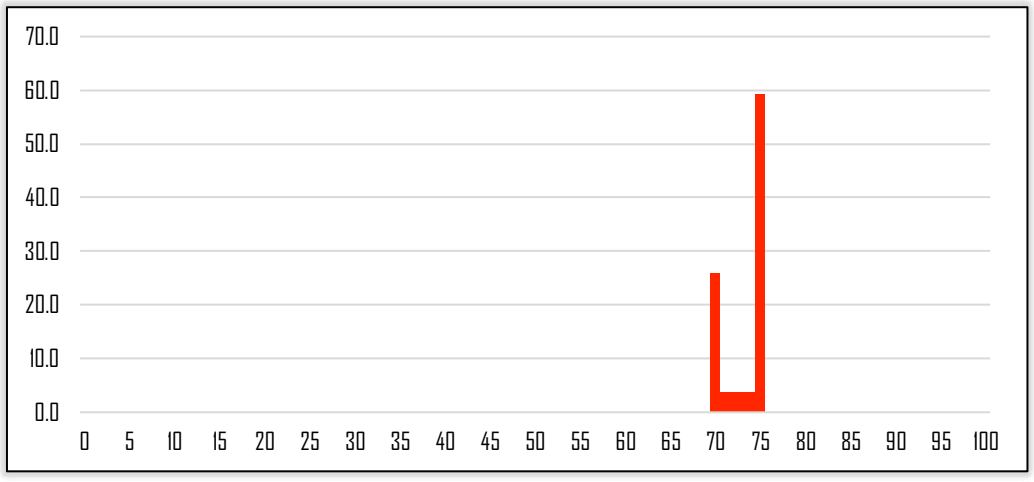
I vocaboli e le espressioni utilizzati per la formulazione delle voci di menomazione inseriti nei sottostanti contenitori sono riportati nel Glossario (**APPENDICE 1**).

Vi sono item per i quali gli esperti del pannello B hanno necessariamente espresso un ampio range in misura percentuale giacché diversi compendi menomativi possono manifestare cortei clinico sintomatologici di disfunzionalità ampia e variegata.

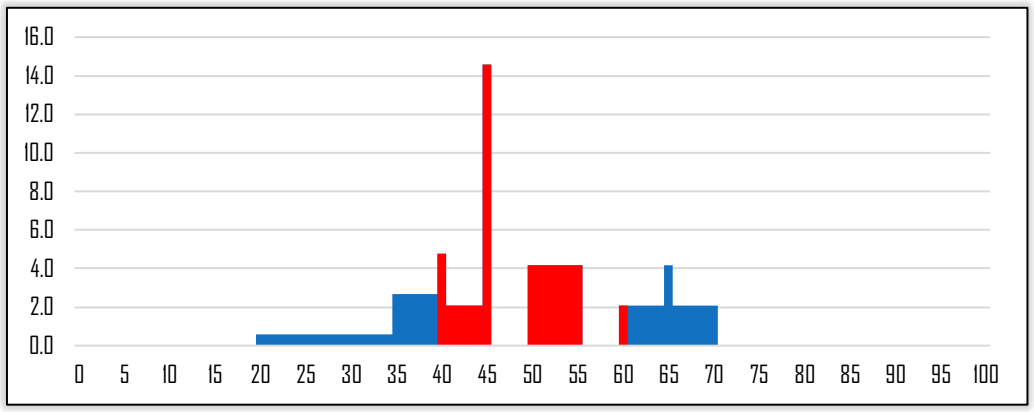
1. MENOMAZIONI DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE (SNC)

ITEM / VOCI
Emiplegia: deambulazione con appoggio ed arto superiore funzionalmente perduto (lato dominante)
Sindrome lobare cerebrale, in base alla gravità e alla responsività al trattamento farmacologico
Sindrome extrapiramidale in stadio 5, con soggetto obbligato a letto o su sedia a rotelle, totalmente dipendente nelle ADL
Sindrome extrapiramidale, in base alla gravità e alla responsività al trattamento farmacologico
Disturbi neurocognitivi in stadio 5 con necessità di assistenza globale e continuativa
Disturbi neurocognitivi, in base alla gravità e alla responsività al trattamento farmacologico
Epilessia, in base alla gravità e alla responsività al trattamento farmacologico
Tetraplegia completa
Malattie demielinizzanti in stadio 1, con EDSS 1-3,5, deambulazione autonoma ed autosufficienza
Cefalea, in basa alla severità della patologia, alla frequenza mensile, alla responsività del trattamento farmacologico
Narcolessia farmacoresistente o con impossibilità di trattamento farmacologico, con notevole interferenza sulle normali attività quotidiane
Narcolessia di tipo 1 o di tipo 2 con assente/lieve interferenza sulle normali attività quotidiane
Nevralgia del trigemino, forma grave (a seconda della risposta al trattamento)
Nevralgia del trigemino, forma lieve-moderata (a seconda della risposta al trattamento)

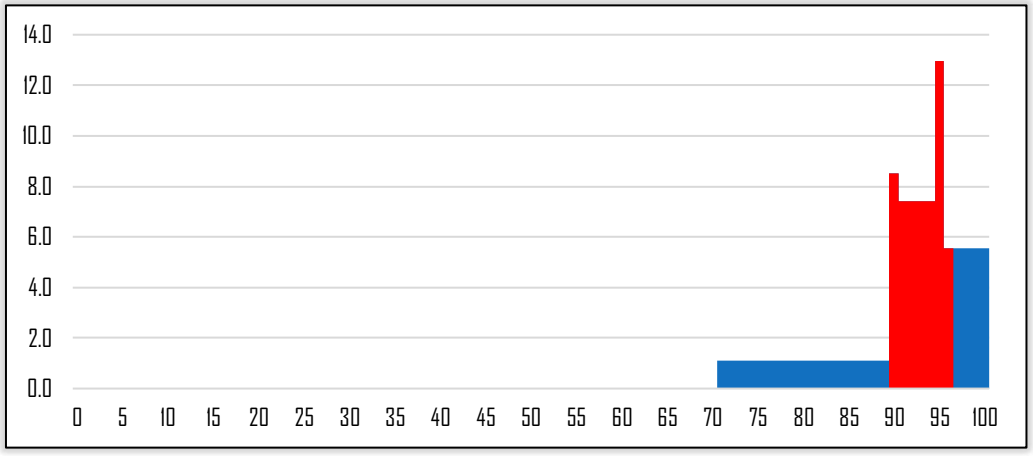
ITEM	EMIPLEGIA: DEAMBULAZIONE CON APPOGGIO ED ARTO SUPERIORE FUNZIONALMENTE PERDUTO (LATO DOMINANTE)
	75%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



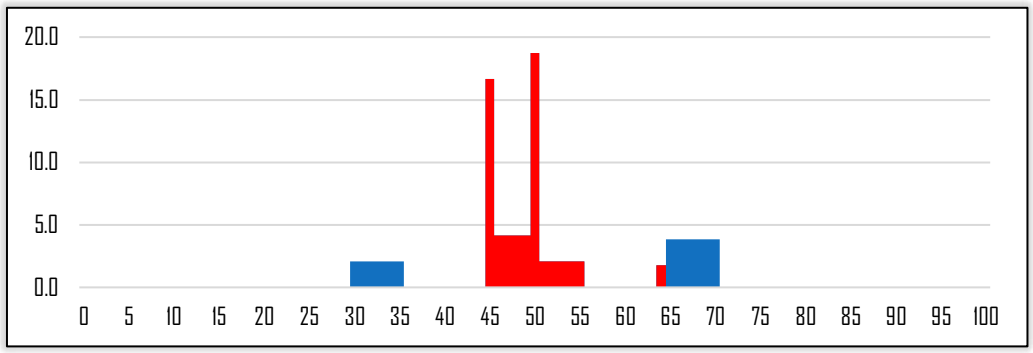
ITEM	SINDROME LOBARE CEREBRALE, IN BASE ALLA GRAVITÀ E ALLA RESPONSIVITÀ AL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO
	40-60%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



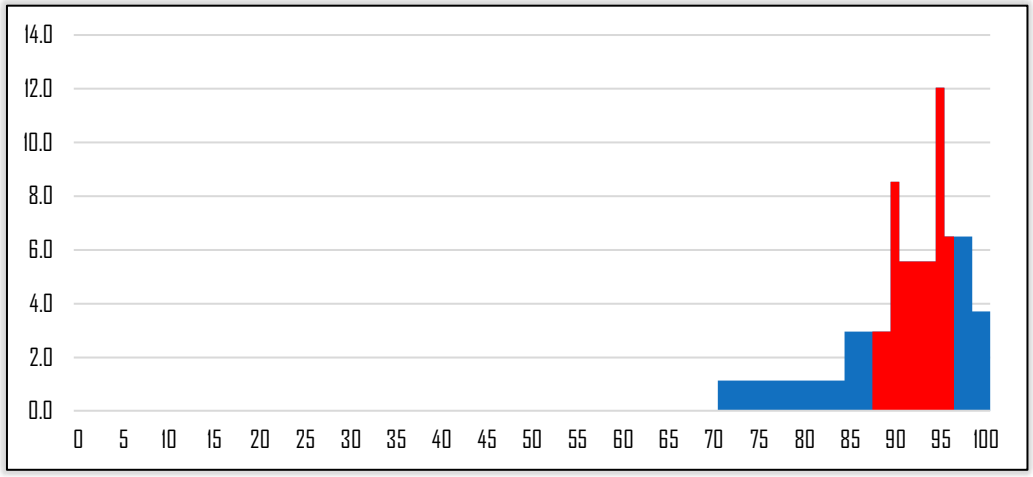
ITEM	SINDROME EXTRAPIRAMIDALE IN STADIO 5, CON SOGGETTO OBBLIGATO A LETTO O SU SEDIA A ROTELLE, TOTALMENTE DIPENDENTE NELLE ADL
	90-96%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



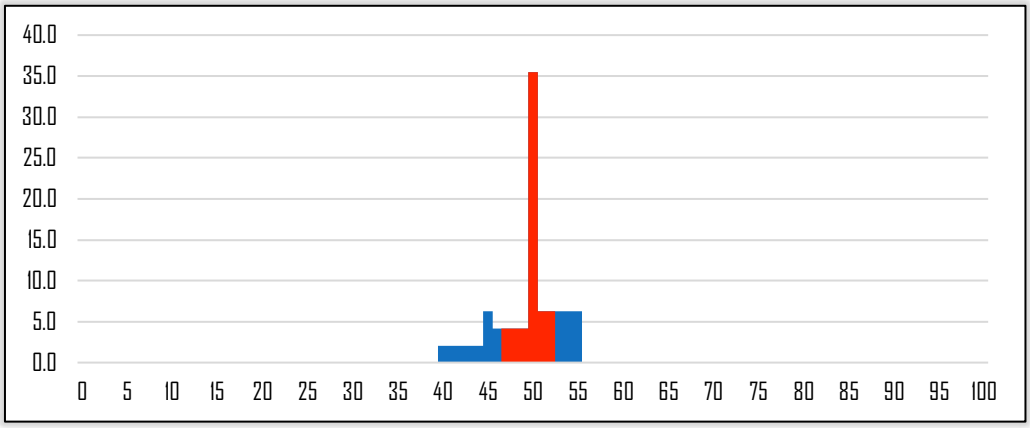
ITEM	SINDROME EXTRAPIRAMIDALE, IN BASE ALLA GRAVITÀ E ALLA RESPONSIVITÀ AL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO
	45-64%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



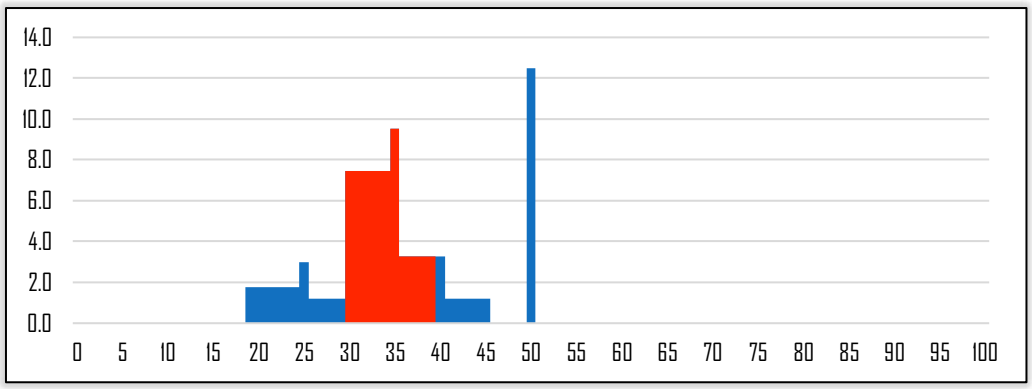
ITEM	DISTURBI NEUROCOGNITIVI IN STADIO 5 CON NECESSITÀ DI ASSISTENZA GLOBALE E CONTINUATIVA
	88-96%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



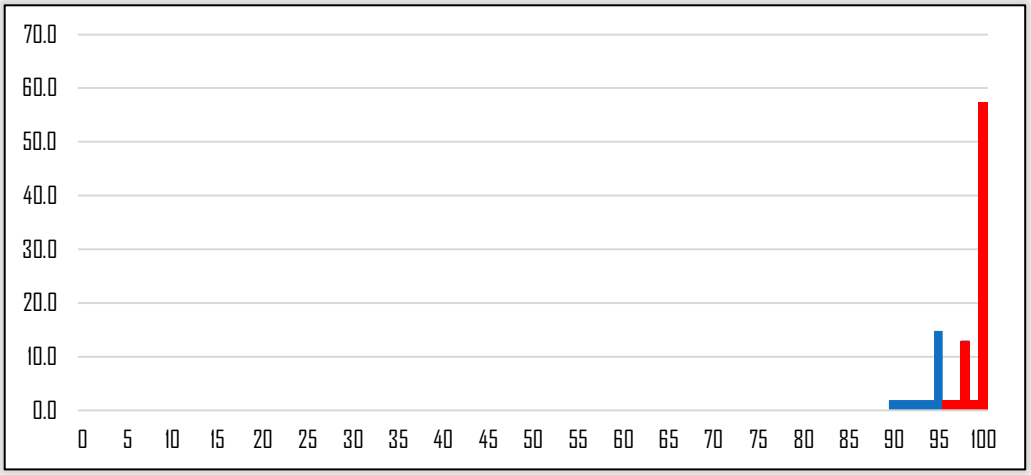
ITEM	DISTURBI NEUROCOGNITIVI, IN BASE ALLA GRAVITÀ E ALLA RESPONSIVITÀ AL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO
	47-52%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



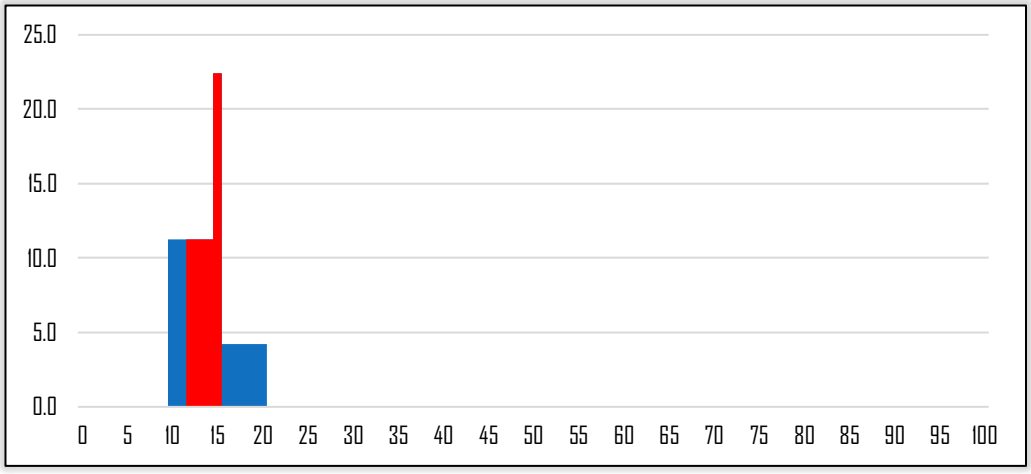
ITEM	EPILESSIA, IN BASE ALLA GRAVITÀ E ALLA RESPONSIVITÀ AL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO
	30-39%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



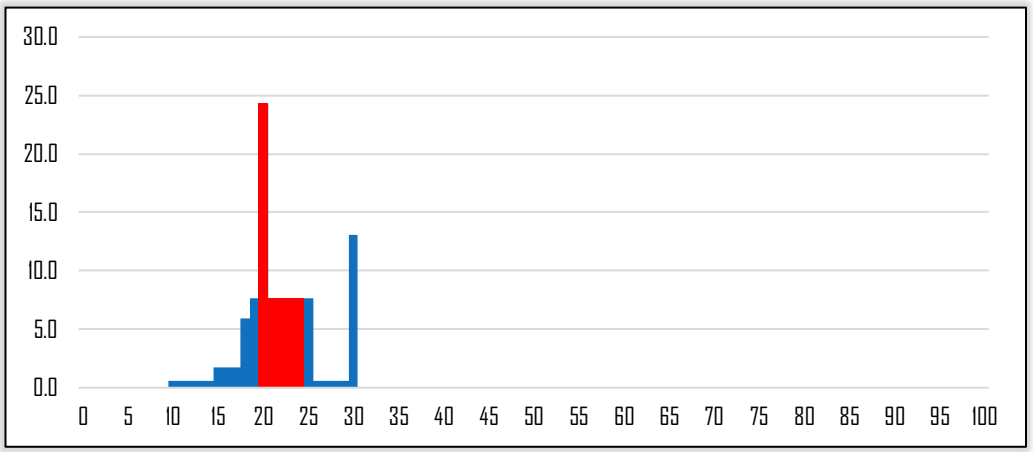
ITEM	TETRAPLEGIA COMPLETA
	96-100%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



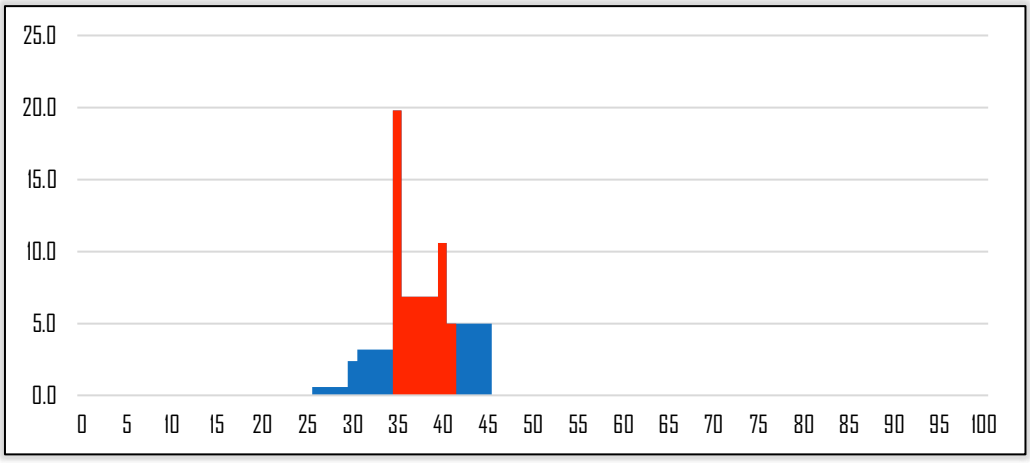
ITEM	MALATTIE DEMIELINIZZANTI IN STADIO 1, CON EDSS 1-3,5, DEAMBULAZIONE AUTONOMA ED AUTOSUFFICIENZA
	12-15%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



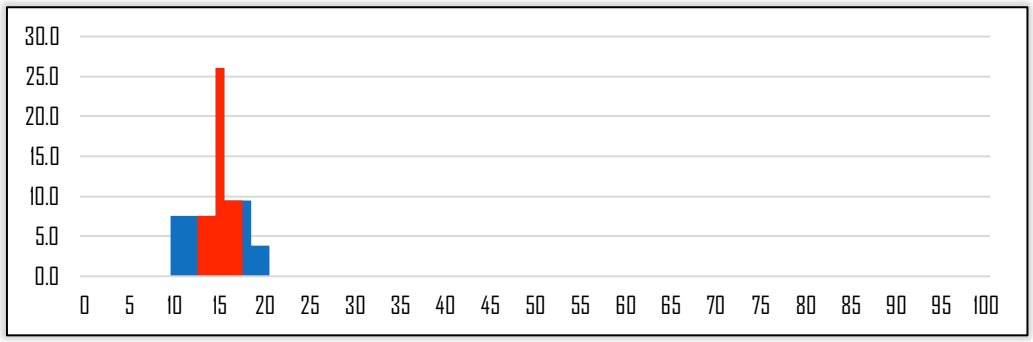
ITEM	CEFALEA, IN BASE ALLA SEVERITÀ DELLA PATOLOGIA, ALLA FREQUENZA MENSILE, ALLA RESPONSIVITÀ DEL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO
	20-24%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



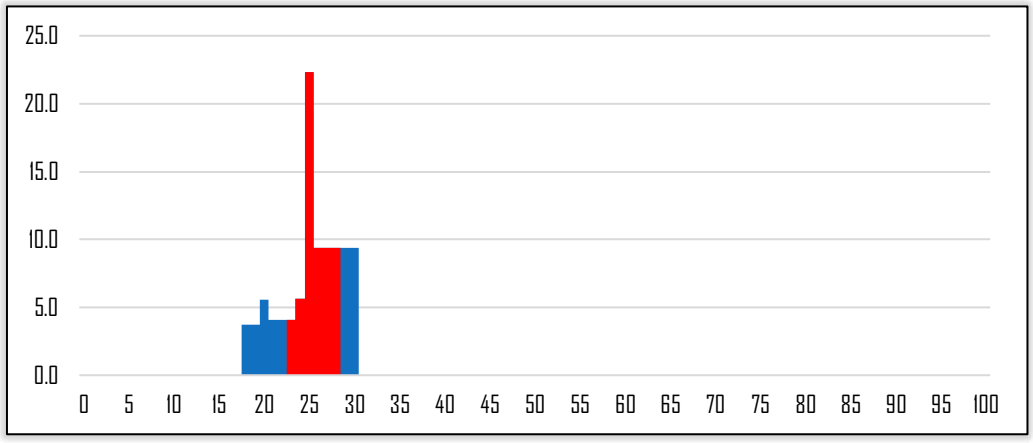
ITEM	NARCOLESSIA FARMACORESISTENTE O CON IMPOSSIBILITÀ DI TRATTAMENTO FARMACOLOGICO, CON NOTEVOLE INTERFERENZA SULLE NORMALI ATTIVITÀ QUOTIDIANE
	35-41%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



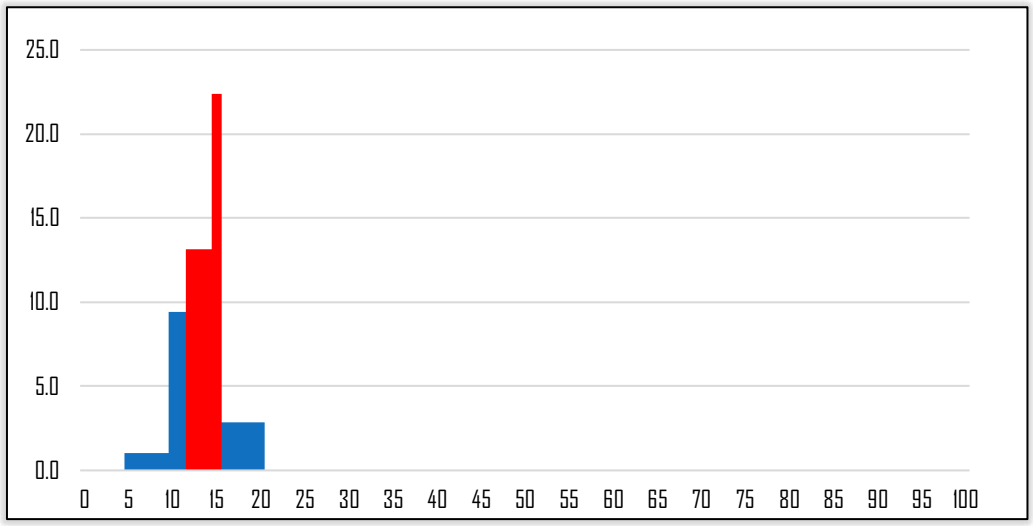
ITEM	NARCOLESSIA DI TIPO 1 O DI TIPO 2 CON ASSENTE/LIEVE INTERFERENZA SULLE NORMALI ATTIVITÀ QUOTIDIANE
	13-17%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



ITEM	NEVRALGIA DEL TRIGEMINO, FORMA GRAVE (A SECONDA DELLA RISPOSTA AL TRATTAMENTO)
	23-28%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



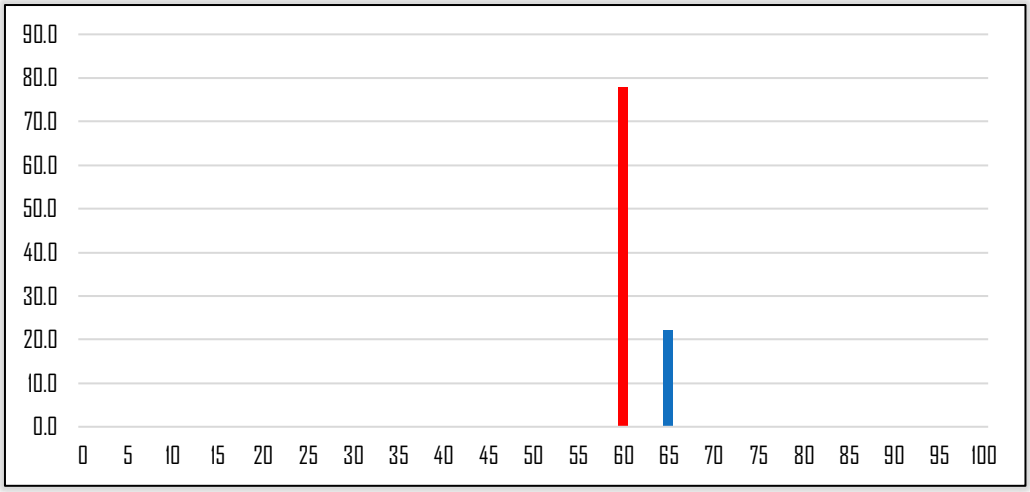
ITEM	NEVRALGIA DEL TRIGEMINO, FORMA LIEVE-MODERATA (A SECONDA DELLA RISPOSTA AL TRATTAMENTO)
	12-15%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



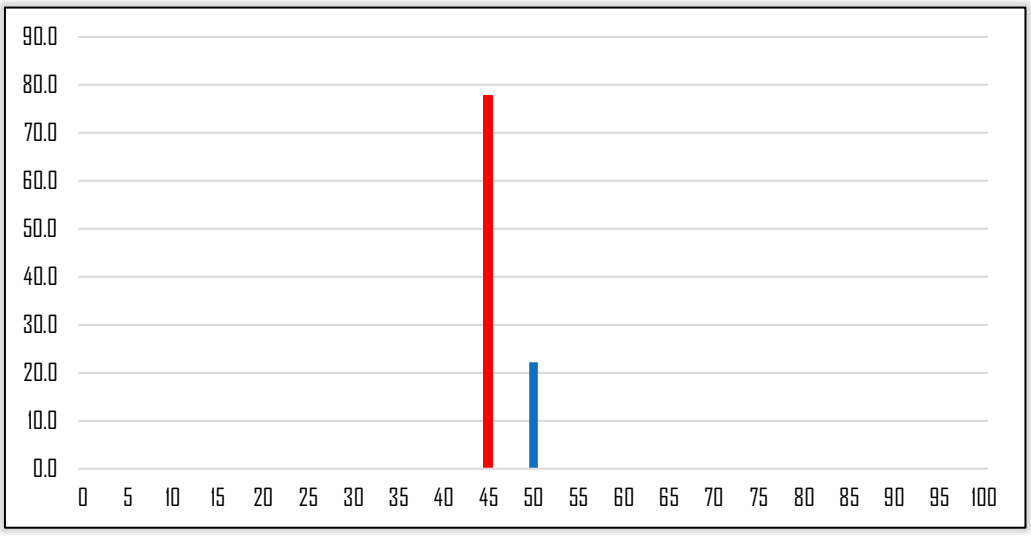
2. MENOMAZIONI DEL SISTEMA NERVOSO PERIFERICO (SNP)

ITEM / VOCI
Paralisi completa del plesso brachiale in lato dominante
Sindrome radicolare superiore/inferiore in lato dominante
Paralisi completa del nervo circonflesso in lato dominante
Paralisi completa del nervo circonflesso in lato non dominante
Paralisi totale alta del nervo radiale in lato dominante
Paralisi totale del nervo mediano in lato dominante
Paralisi totale alta del nervo ulnare in lato dominante
Paralisi del nervo muscolo-cutaneo in lato dominante
Paralisi del nervo muscolo-cutaneo in lato non dominante
Paralisi alta del nervo ischiatico
Paralisi totale del nervo femorale
Paralisi del nervo gluteo inferiore
Paralisi totale dello SPE o dello SPI
Sindrome algodistrofica della mano con sintomatologia di entità moderata in lato dominante

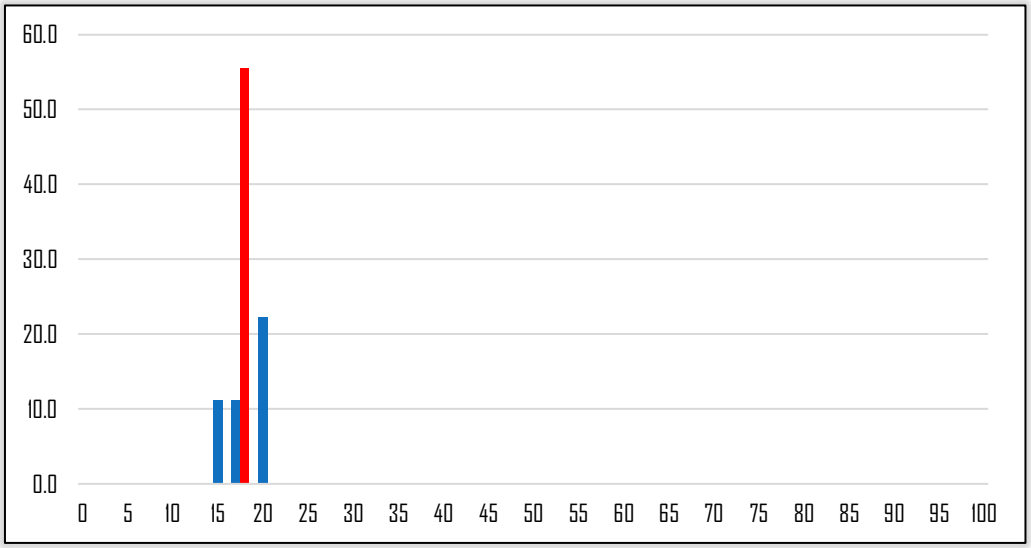
ITEM	PARALISI COMPLETA DEL PLESSO BRACHIALE IN LATO DOMINANTE
	60%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



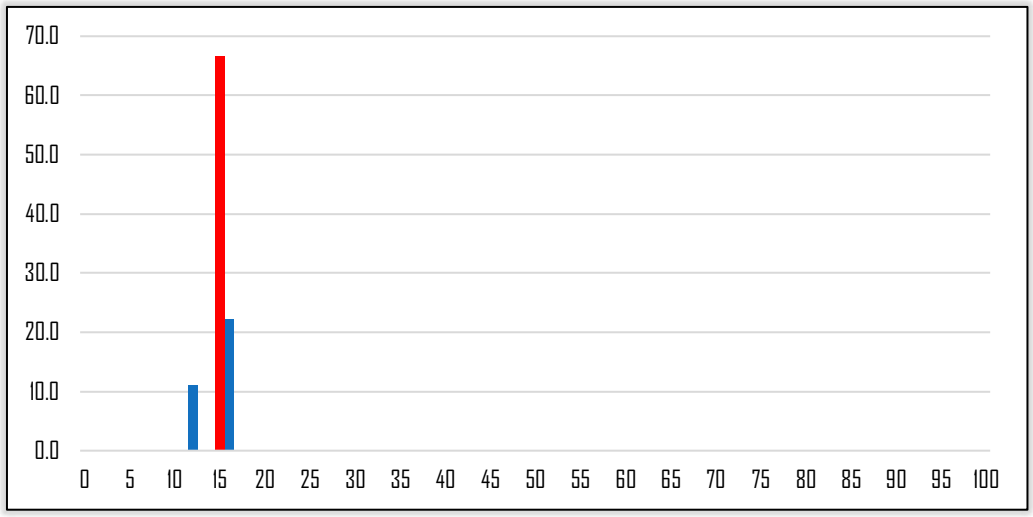
ITEM	SINDROME RADICOLARE SUPERIORE/INFERIORE IN LATO DOMINANTE
	45%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



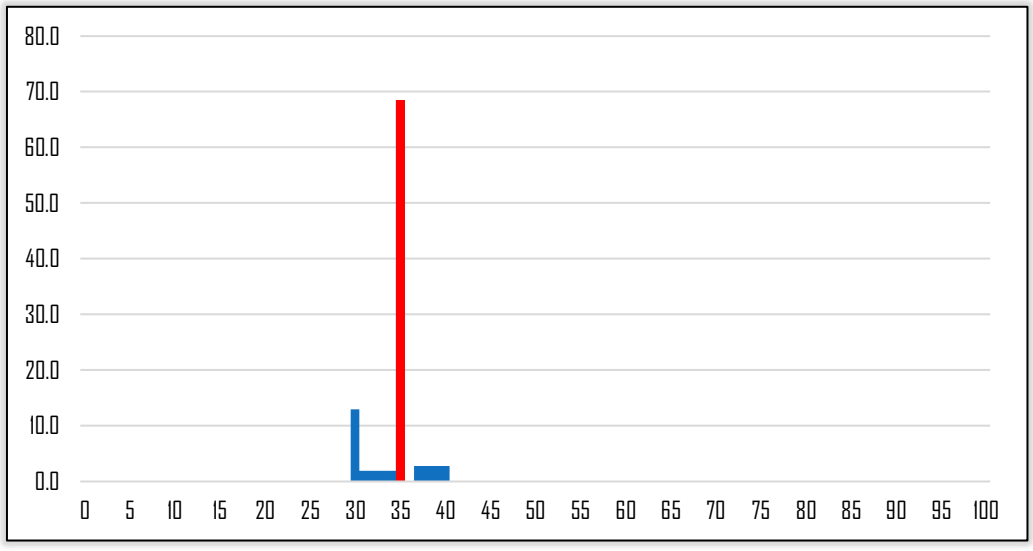
ITEM	PARALISI COMPLETA DEL NERVO CIRCONFLESSO IN LATO DOMINANTE
	18%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



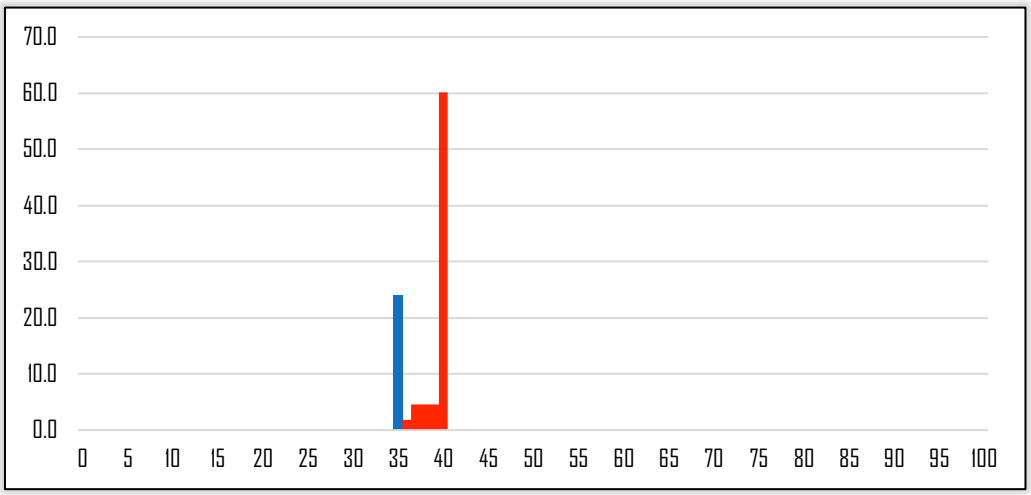
ITEM	PARALISI COMPLETA DEL NERVO CIRCONFLESSO IN LATO NON DOMINANTE
	15%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



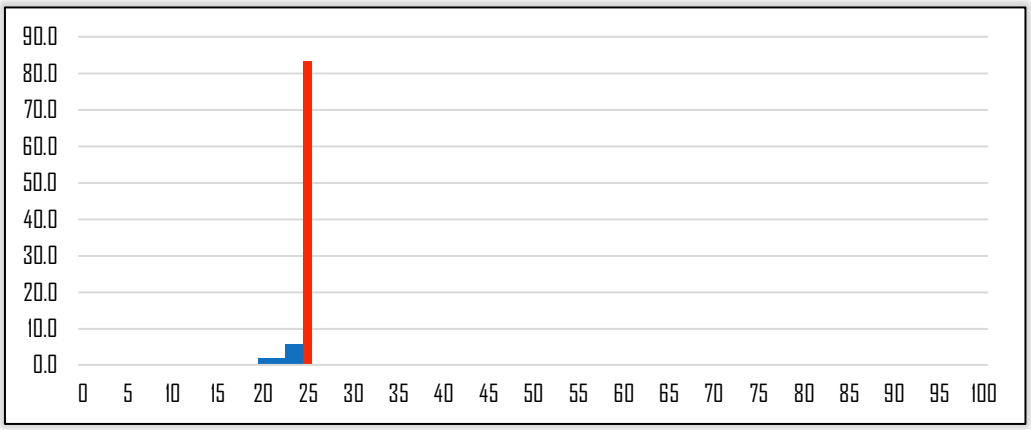
ITEM	PARALISI TOTALE ALTA DEL NERVO RADIALE IN LATO DOMINANTE
	35%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



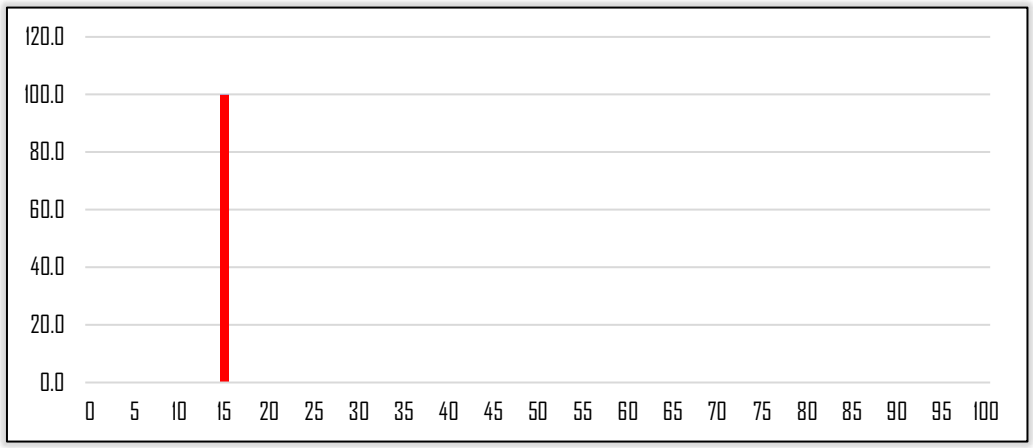
ITEM	PARALISI TOTALE DEL NERVO MEDIANO IN LATO DOMINANTE
	36-40%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



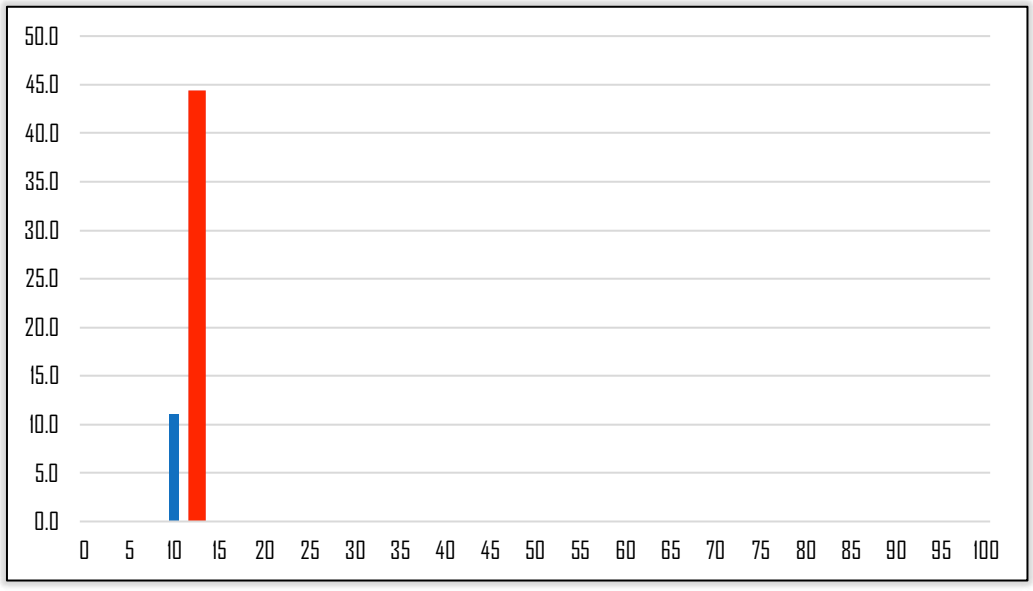
ITEM	PARALISI TOTALE ALTA DEL NERVO ULNARE IN LATO DOMINANTE
	25%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



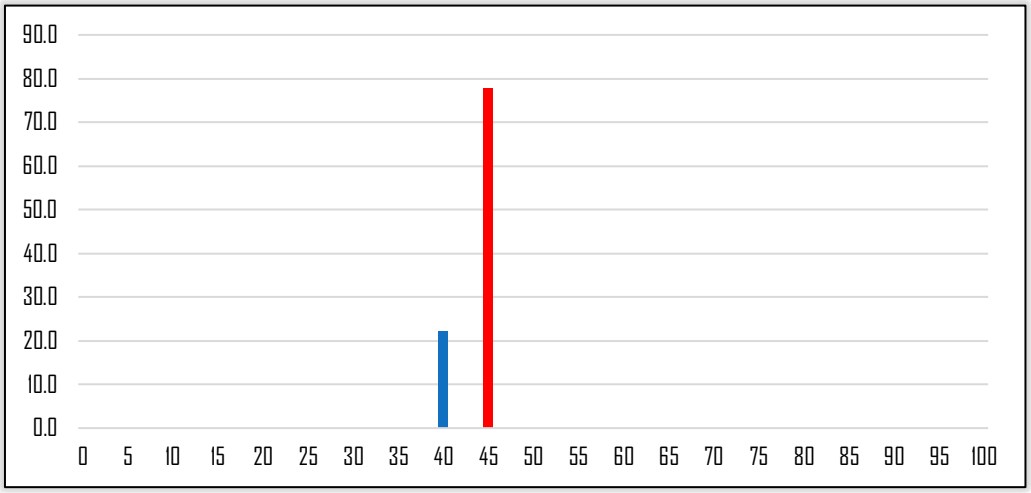
ITEM	PARALISI DEL NERVO MUSCOLO-CUTANEO IN LATO DOMINANTE
	15%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



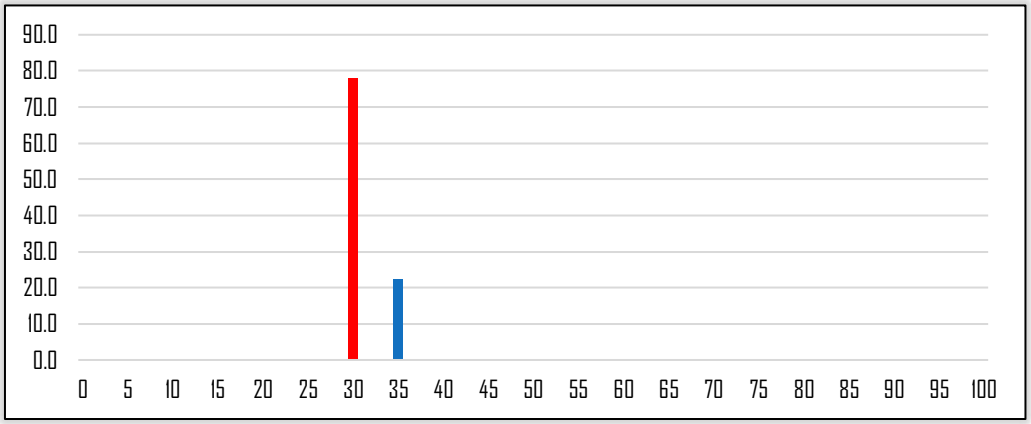
ITEM	PARALISI DEL NERVO MUSCOLO-CUTANEO IN LATO NON DOMINANTE
	12-13%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



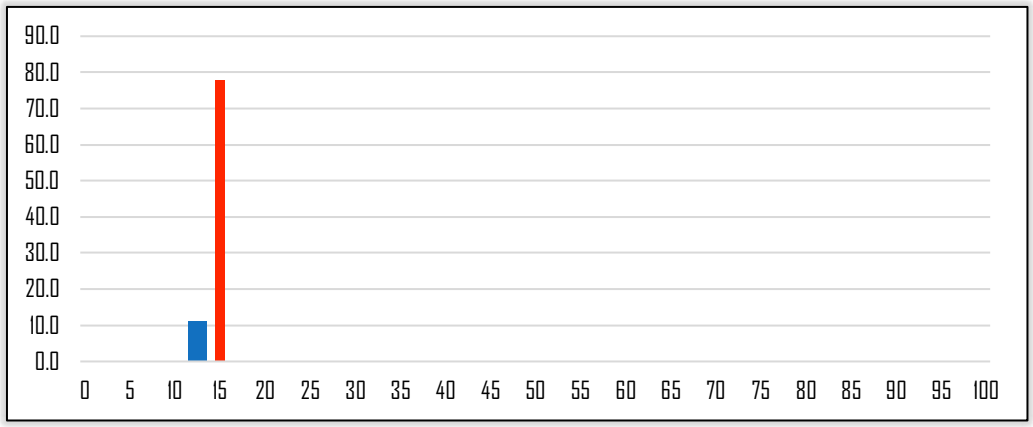
ITEM	PARALISI ALTA DEL NERVO ISCHIATICO
	45%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



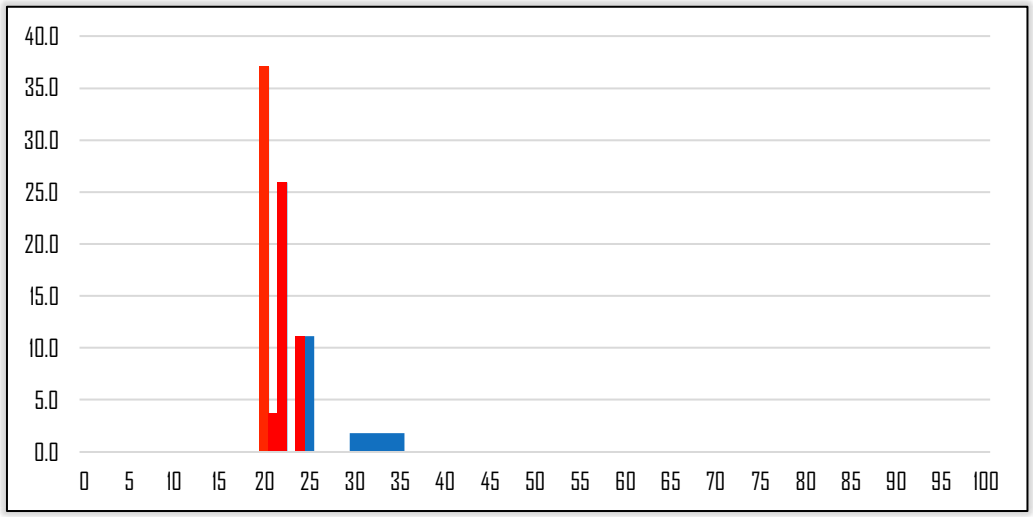
ITEM	PARALISI TOTALE DEL NERVO FEMORALE
	30%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



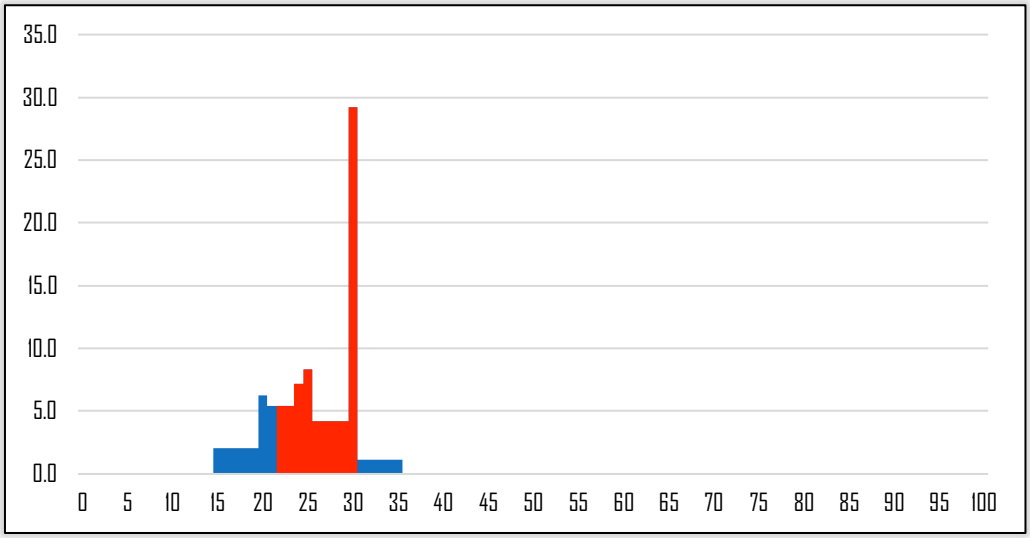
ITEM	PARALISI DEL NERVO GLUTEO INFERIORE
	15%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



ITEM	PARALISI TOTALE DELLO SPE O DELLO SPI
	20-24%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



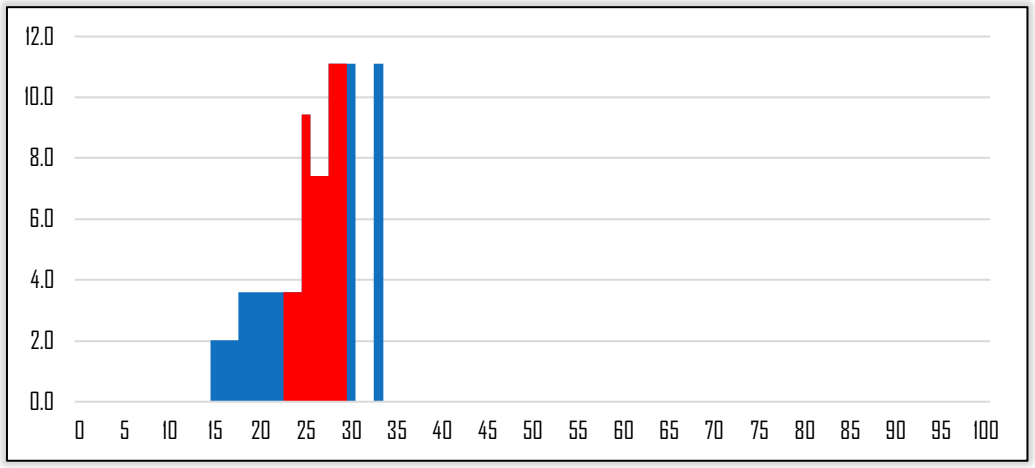
ITEM	SINDROME ALGODISTROFICA DELLA MANO CON SINTOMATOLOGIA DI ENTITÀ MODERATA IN LATO DOMINANTE
	22-30%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



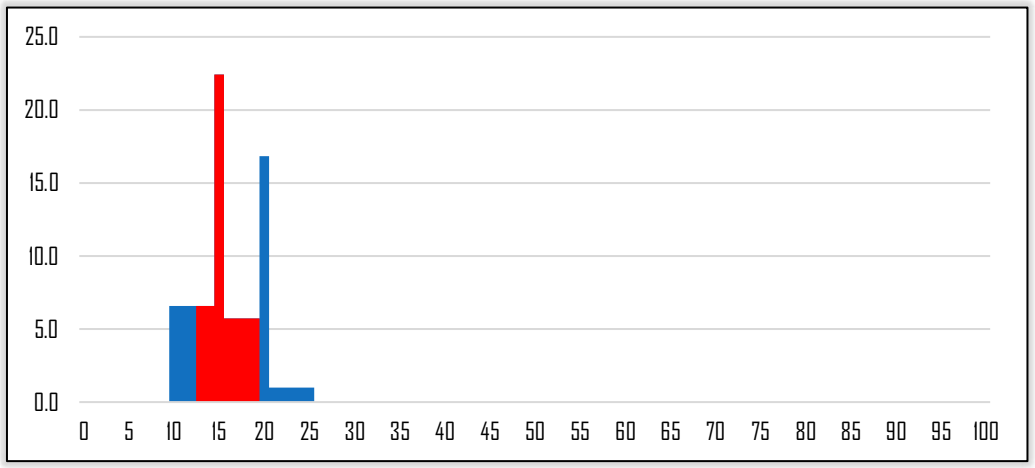
3. MENOMAZIONI DELLE FUNZIONI PSICHICHE

ITEM / VOCI
Disturbo da Stress Post-Traumatico – forma moderata complicata o grave
Disturbo dell'Adattamento complicato
Disturbo dell'Adattamento non complicato
Disturbo d'ansia generalizzata – forma grave complicata
Disturbi dello spettro ansioso di entità lieve (disturbo d'ansia generalizzato in forma lieve; disturbo da attacchi di panico in forma lieve; fobie in forma lieve)
Disturbo depressivo maggiore grave forma con melanconia, sintomi psicotici, catatonia e tendenze suicidarie (Disturbo depressivo persistente)
Disturbo depressivo maggiore - forma grave con disturbi coesistenti ma senza melanconia e senza sintomi psicotici, oppure grave, con melanconia ma senza disturbi coesistenti e senza sintomi psicotici
Disturbo da dismorfismo corporeo – forma grave complicata
Disturbo da dismorfismo corporeo - forma lieve
Disturbo delirante - forma grave
Schizofrenia a decorso continuativo con perdita completa del funzionamento personale e condotte auto/etero aggressive
Schizofrenia a decorso continuativo con elevata disorganizzazione ideativo-comportamentale
Schizofrenia a decorso continuativo con comportamento moderatamente influenzato da deliri e allucinazioni
Disturbo da lutto persistente complicato – forma grave

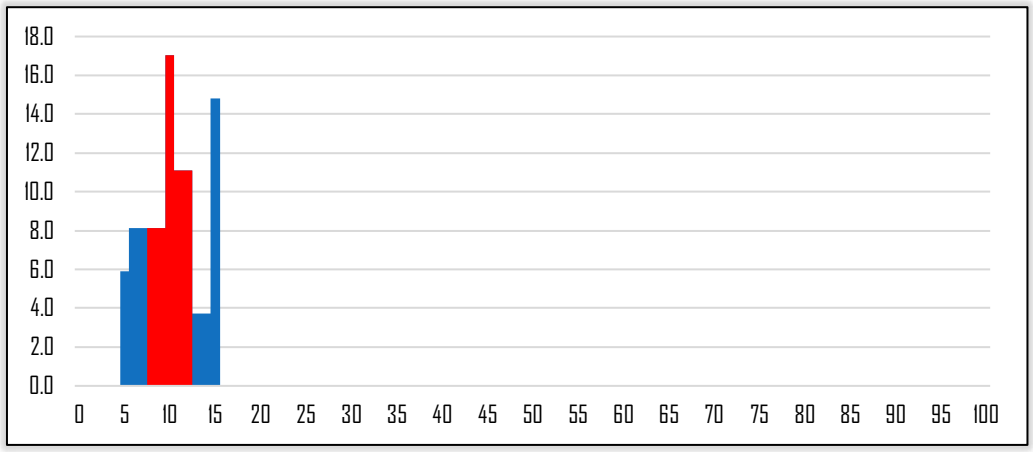
ITEM	DISTURBO DA STRESS POST-TRAUMATICO – FORMA MODERATA COMPLICATA O GRAVE
	23-29%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



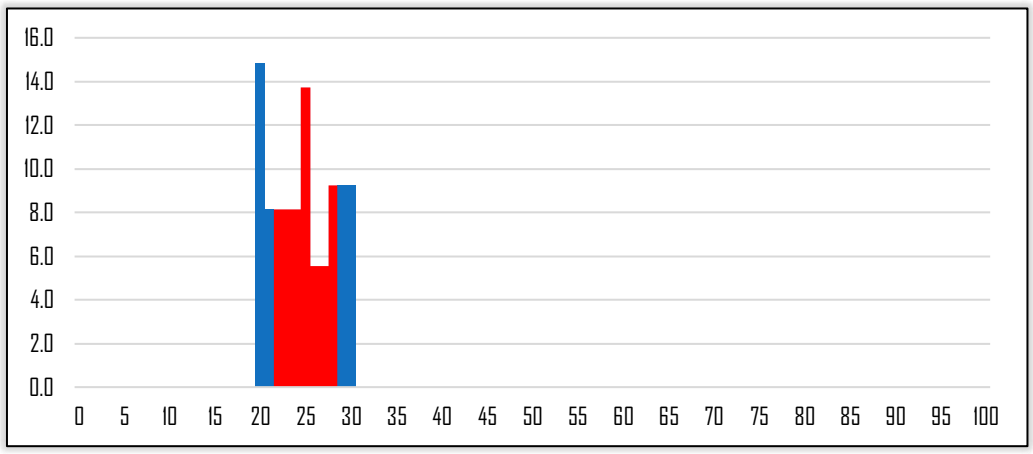
ITEM	DISTURBO DELL'ADATTAMENTO COMPLICATO
	13-19%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



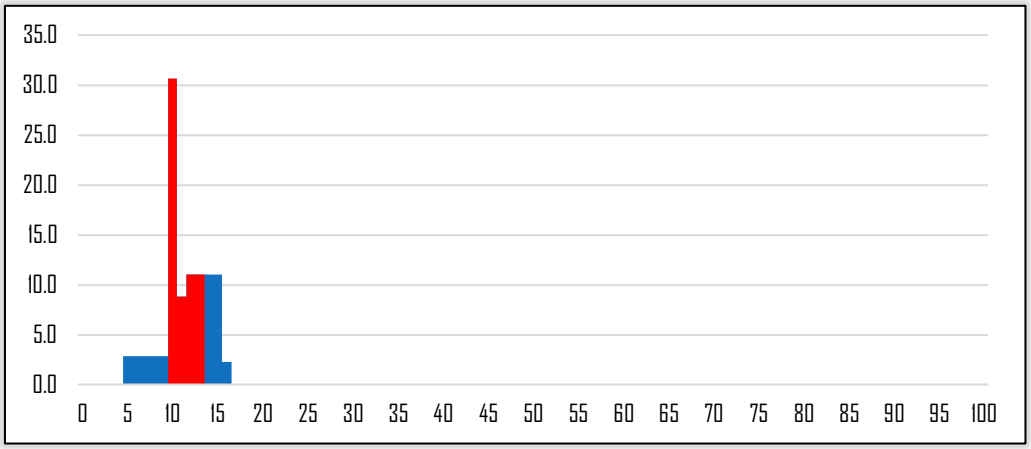
ITEM	DISTURBO DELL'ADATTAMENTO NON COMPLICATO
	8-12%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



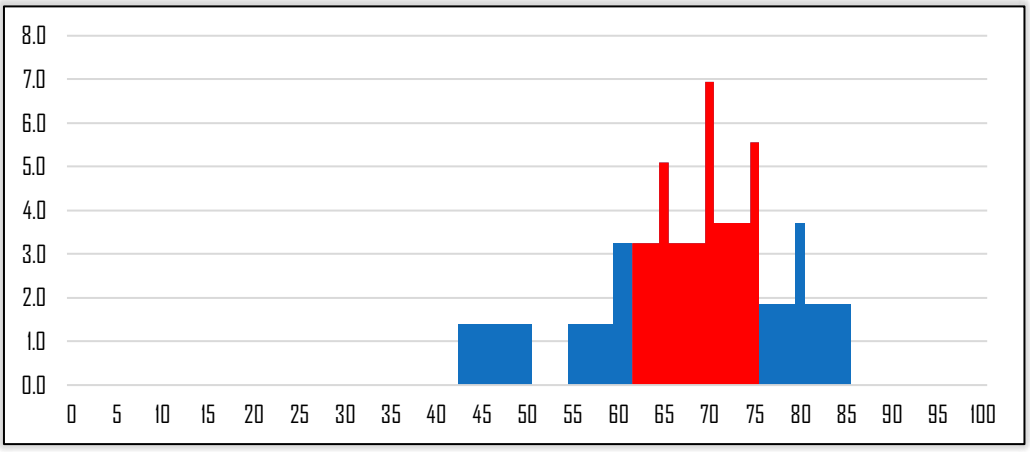
ITEM	DISTURBO D'ANSIA GENERALIZZATA – FORMA GRAVE COMPLICATA
	22-28%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



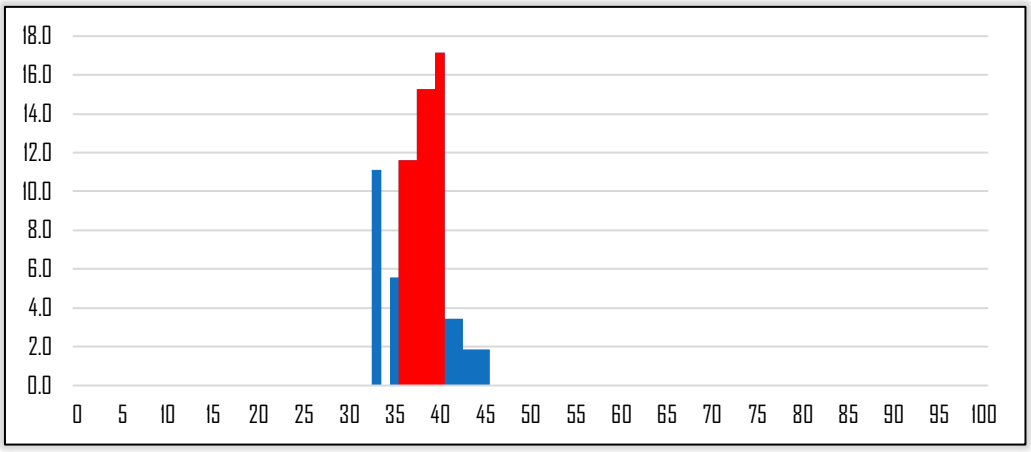
ITEM	DISTURBI DELLO SPETTRO ANSIOSO DI ENTITÀ LIEVE (DISTURBO D'ANSIA GENERALIZZATO IN FORMA LIEVE; DISTURBO DA ATTACCHI DI PANICO IN FORMA LIEVE; FOBIE IN FORMA LIEVE)
	10-13%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



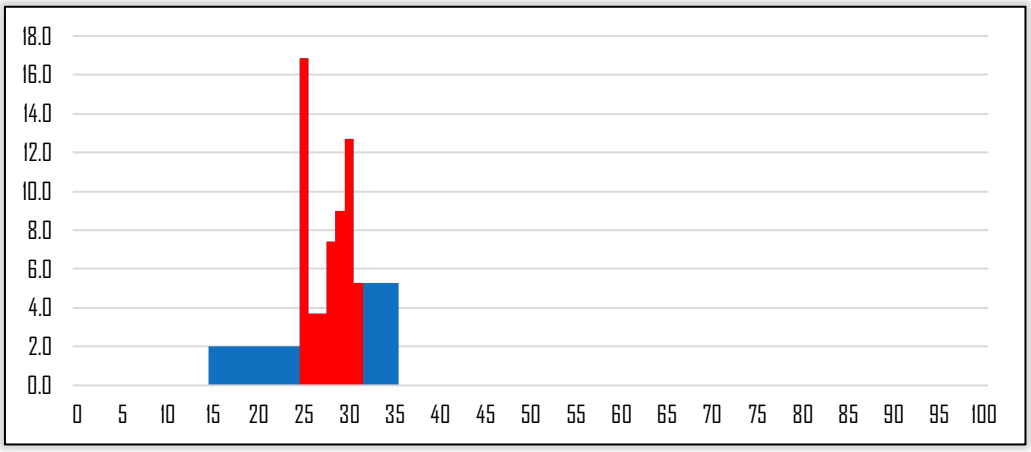
ITEM	DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE, GRAVE, FORMA CON MELANCONIA, SINTOMI PSICOTICI, CATATONIA E TENDENZE SUICIDARIE (DISTURBO DEPRESSIVO PERSISTENTE)
	62-75%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



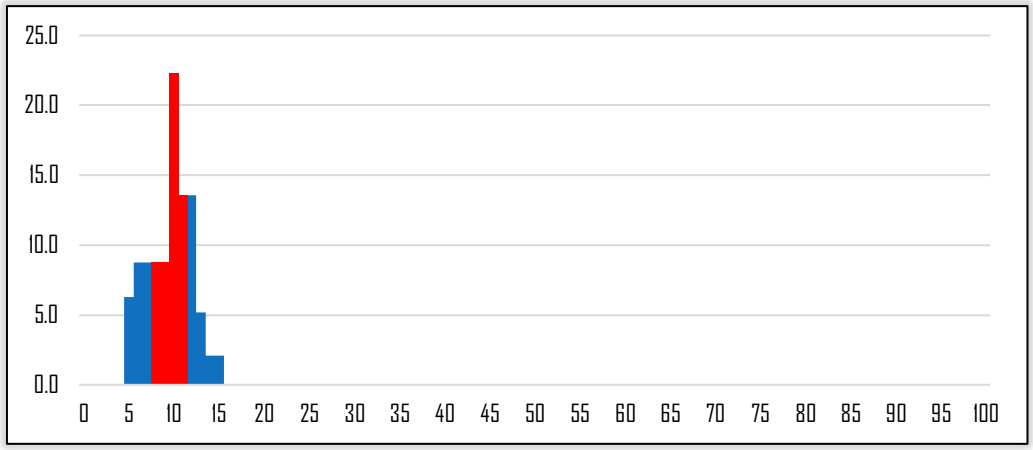
ITEM	DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE – FORMA GRAVE, CON DISTURBI COESISTENTI MA SENZA MELANCONIA E SENZA SINTOMI PSICOTICI, OPPURE GRAVE, CON MELANCONIA MA SENZA DISTURBI COESISTENTI E SENZA SINTOMI PSICOTICI
	36-40%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



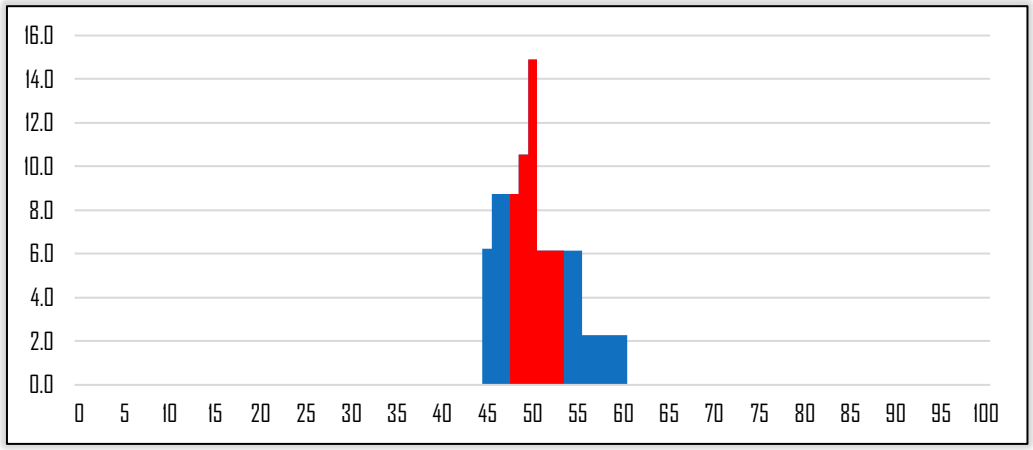
ITEM	DISTURBO DA DISMORFISMO CORPOREO – FORMA GRAVE COMPLICATA
	25-31%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



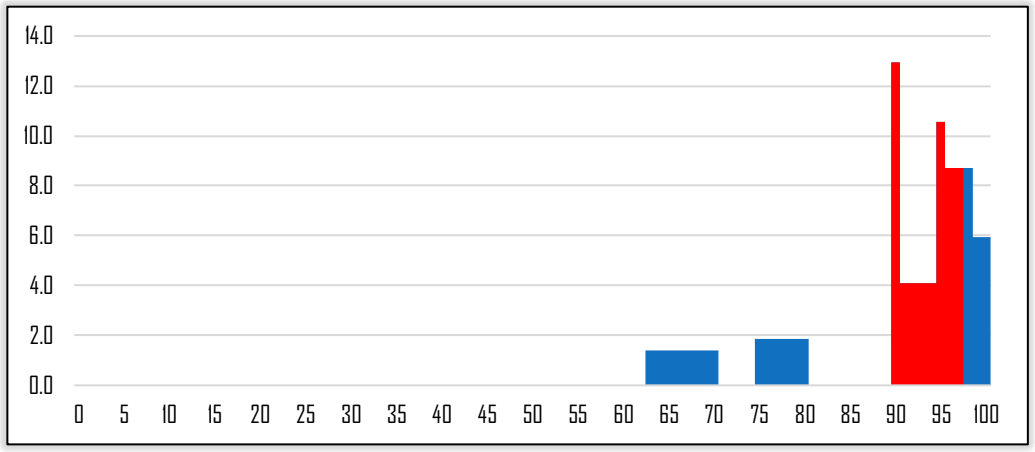
ITEM	DISTURBO DA DISMORFISMO CORPOREO, FORMA LIEVE
	8-11%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



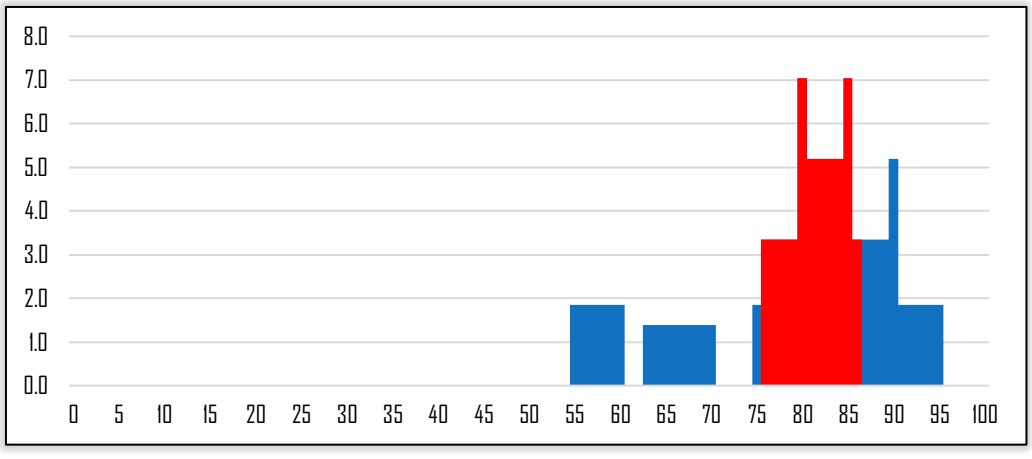
ITEM	DISTURBO DELIRANTE – FORMA GRAVE
	48-53%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



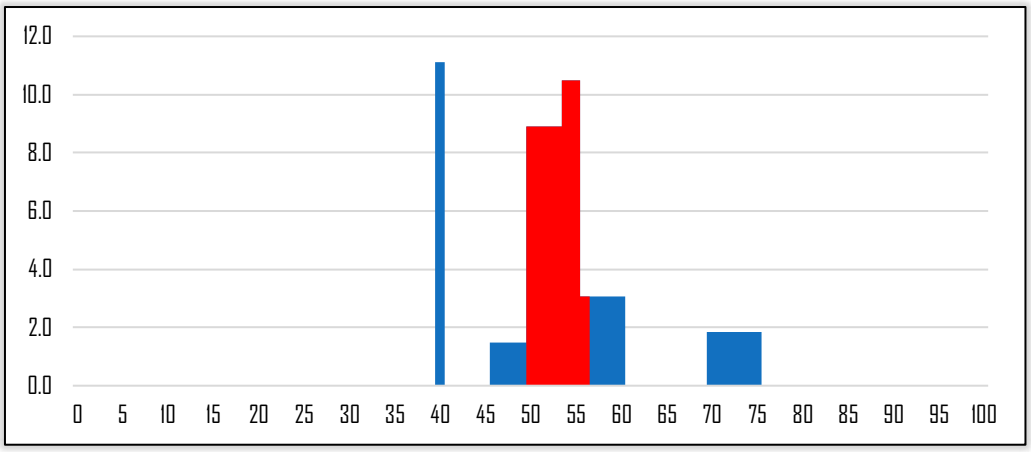
ITEM	SCHIZOFRENIA A DECORSO CONTINUATIVO CON PERDITA COMPLETA DEL FUNZIONAMENTO PERSONALE E CONDOTTE AUTO/ETERO AGGRESSIVE
	90-97%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



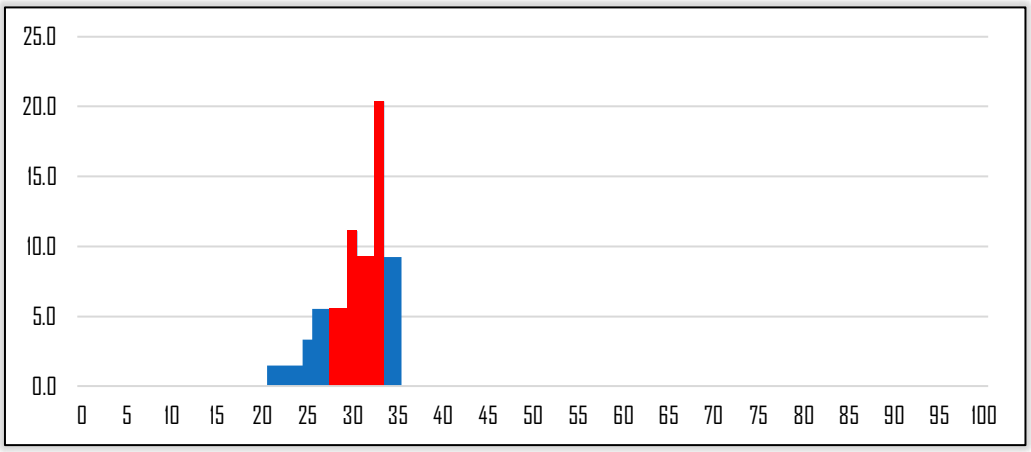
ITEM	SCHIZOFRENIA A DECORSO CONTINUATIVO CON ELEVATA DISORGANIZZAZIONE IDEATIVO-COMPORTAMENTALE
	76-86%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



ITEM	SCHIZOFRENIA A DECORSO CONTINUATIVO CON COMPORTAMENTO MODERATAMENTE INFLUENZATO DA DELIRI E ALLUCINAZIONI
	50-56%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



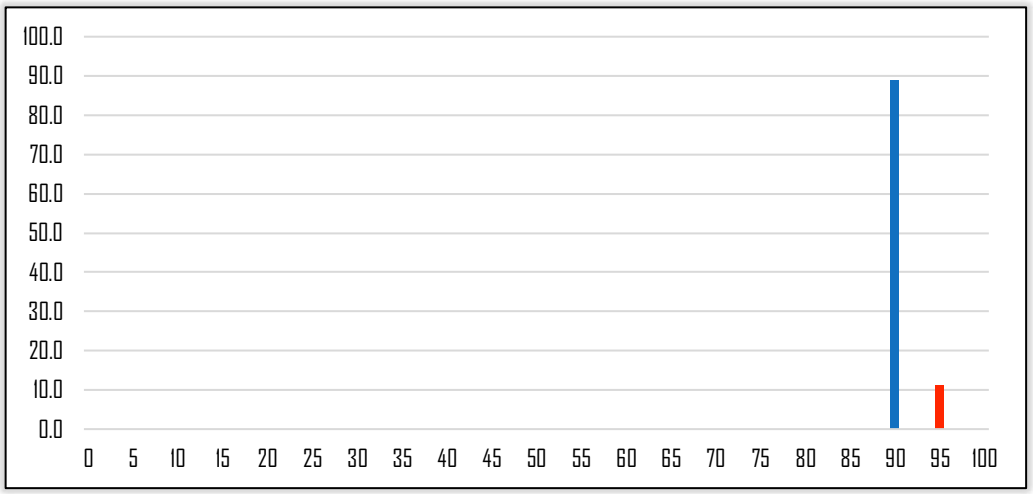
ITEM	DISTURBO DA LUTTO PERSISTENTE COMPLICATO – FORMA GRAVE
	28-33%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



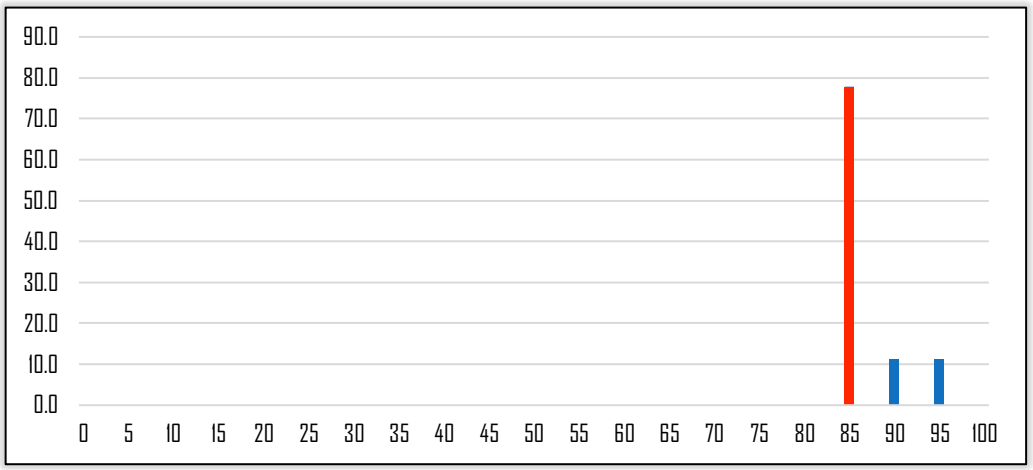
4. **MENOMAZIONI DEGLI ORGANI DI SENSO**

ITEM / VOCI
Anoftalmia bilaterale
Cecità assoluta bilaterale
Cecità monolaterale
Residuo campo visivo <11% >3%
Sordità completa bilaterale
Sordità completa unilaterale
Sordità completa bilaterale in età prelinguale
Sordomutismo, con validi risultati dopo trattamento riabilitativo
Areflessia vestibolare monolaterale senza compenso
Areflessia vestibolare monolaterale senza compenso, con canalolitiasi, a seconda della frequenza delle crisi
Danno vestibolare con sintomi o segni di instabilità che limitano significativamente le attività più complesse della vita quotidiana (es. andare in bicicletta, guidare, etc.) con necessità di saltuaria assistenza
Anosmia strumentalmente accertata

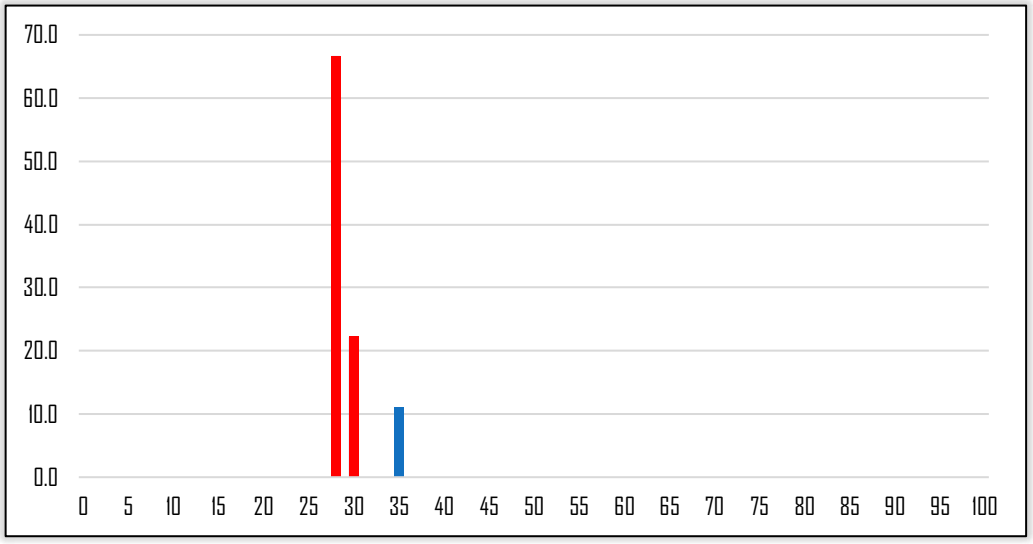
ITEM	ANOFTALMIA BILATERALE
	90%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



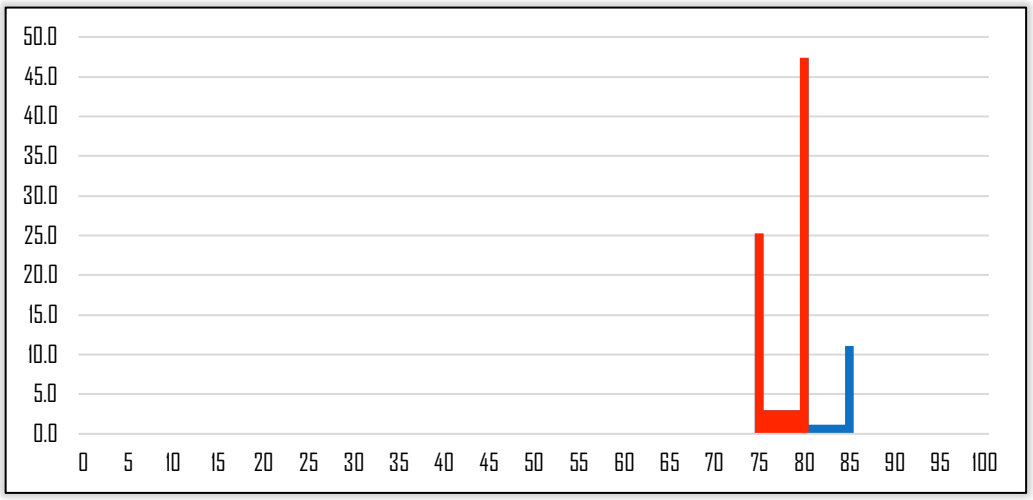
ITEM	CECITÀ ASSOLUTA BILATERALE
	85%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



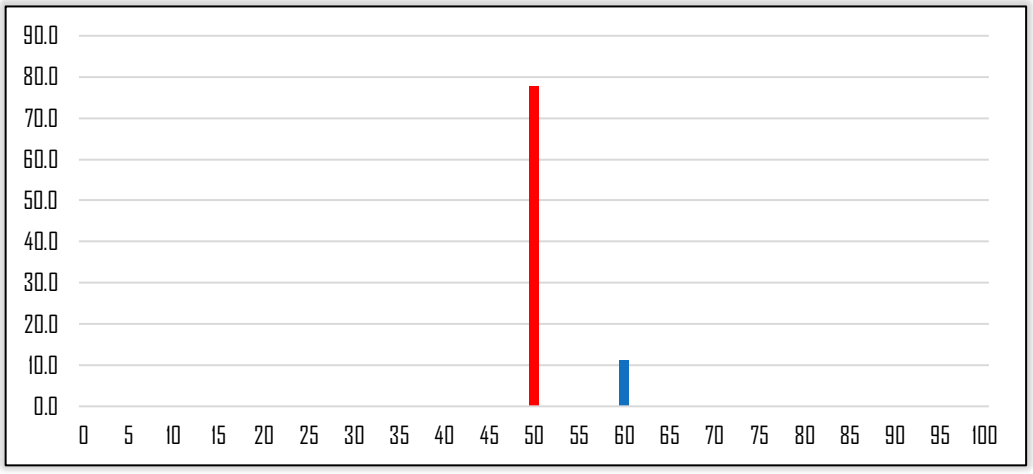
ITEM	CECITÀ MONOLATERALE
	28-30%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



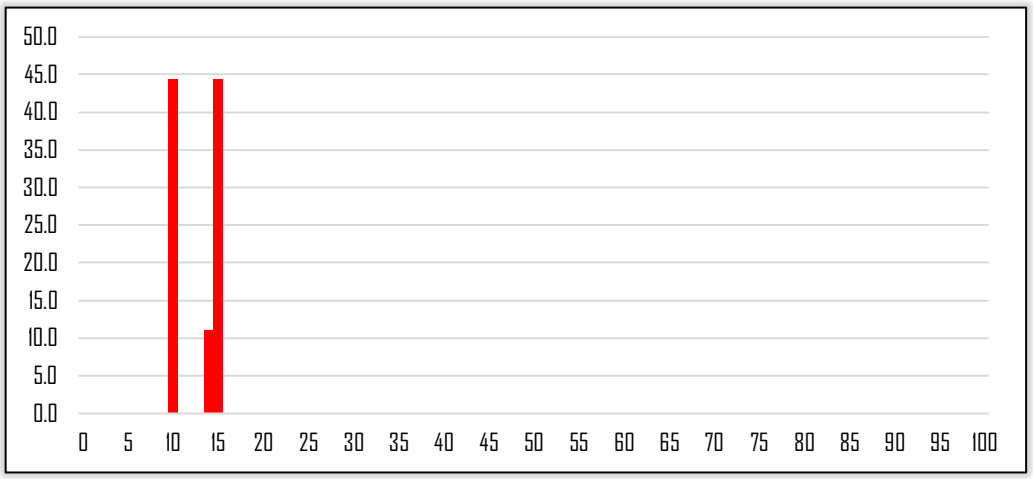
ITEM	RESIDUO CAMPO VISIVO <11% >3%
	75-80%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



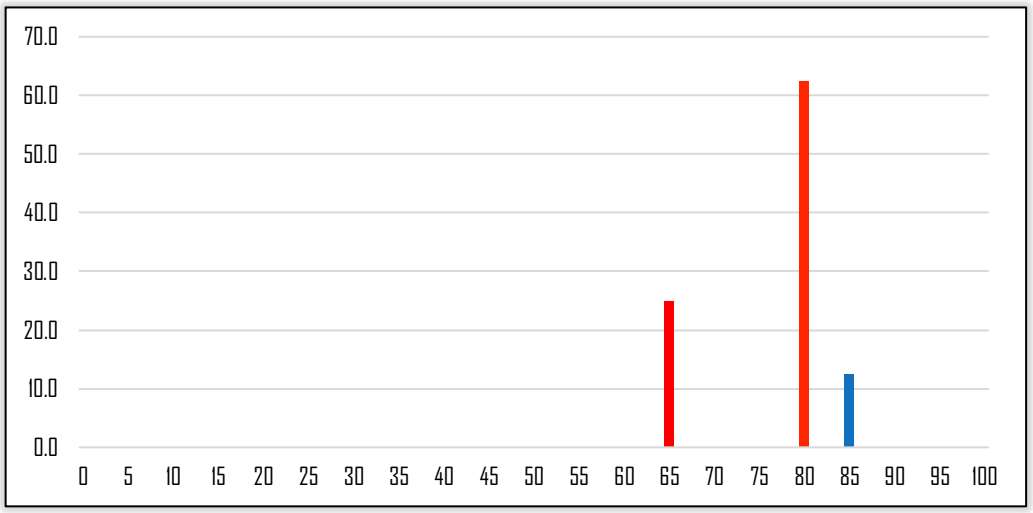
ITEM	SORDITÀ COMPLETA BILATERALE
	50%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



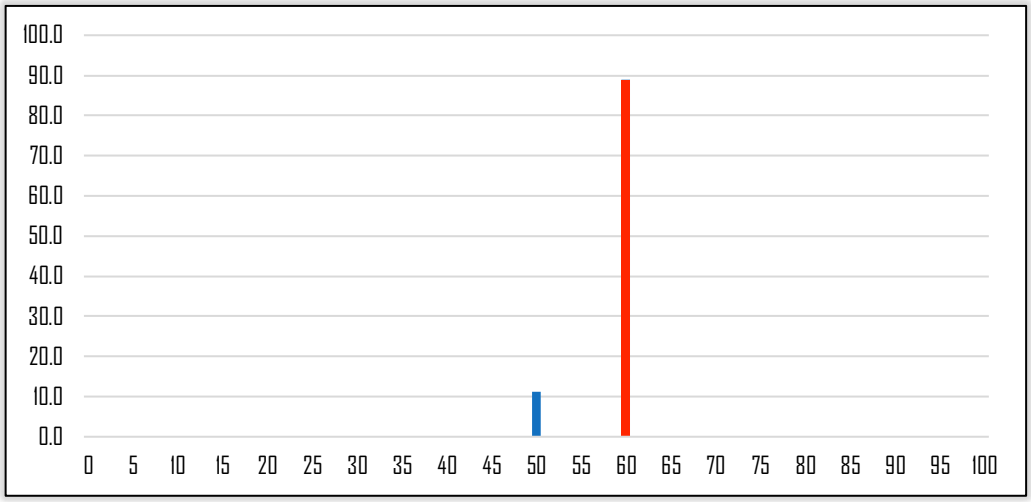
ITEM	SORDITÀ COMPLETA UNILATERALE
	10-15%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



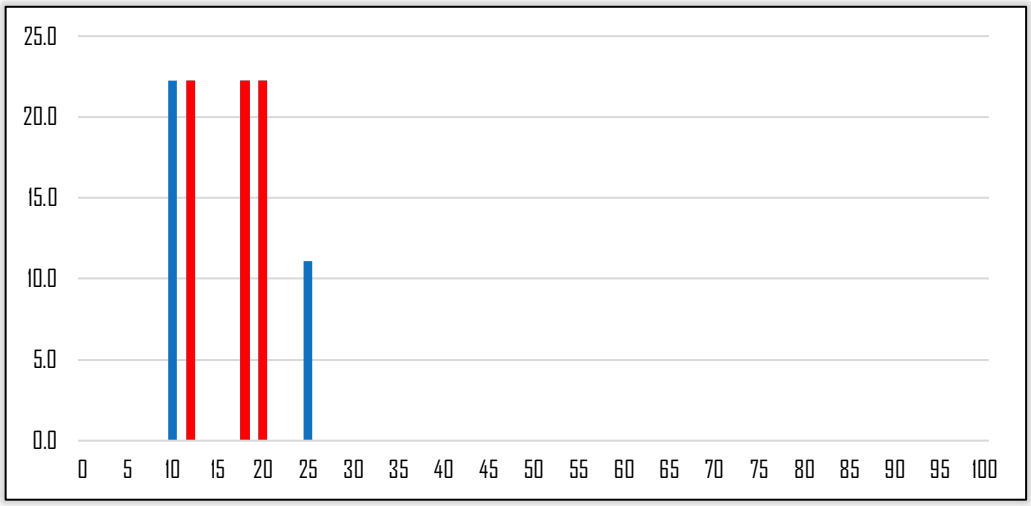
ITEM	SORDITÀ COMPLETA BILATERALE IN ETÀ PRELINGUALE
	65-80%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



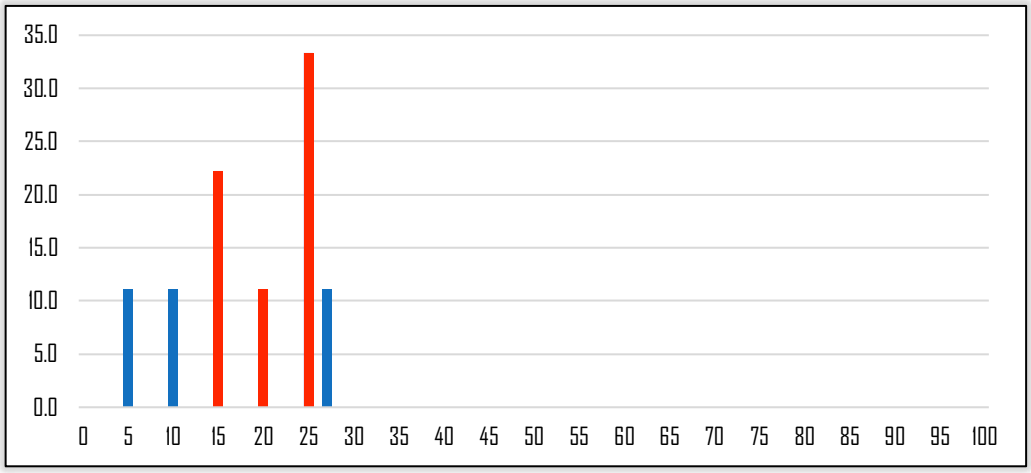
ITEM	SORDOMUTISMO, CON VALIDI RISULTATI DOPO TRATTAMENTO RIABILITATIVO
	60%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



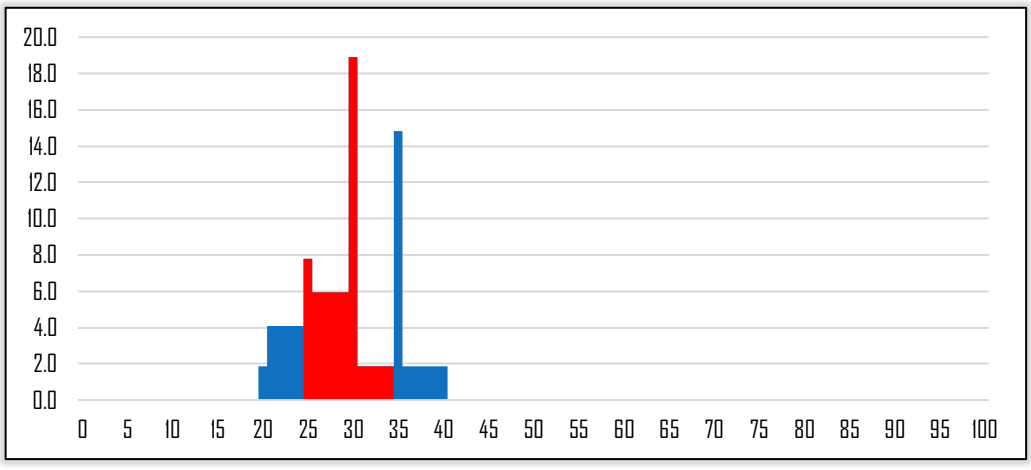
ITEM	AREFLESSIA VESTIBOLARE MONOLATERALE SENZA COMPENSO
	12-20%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



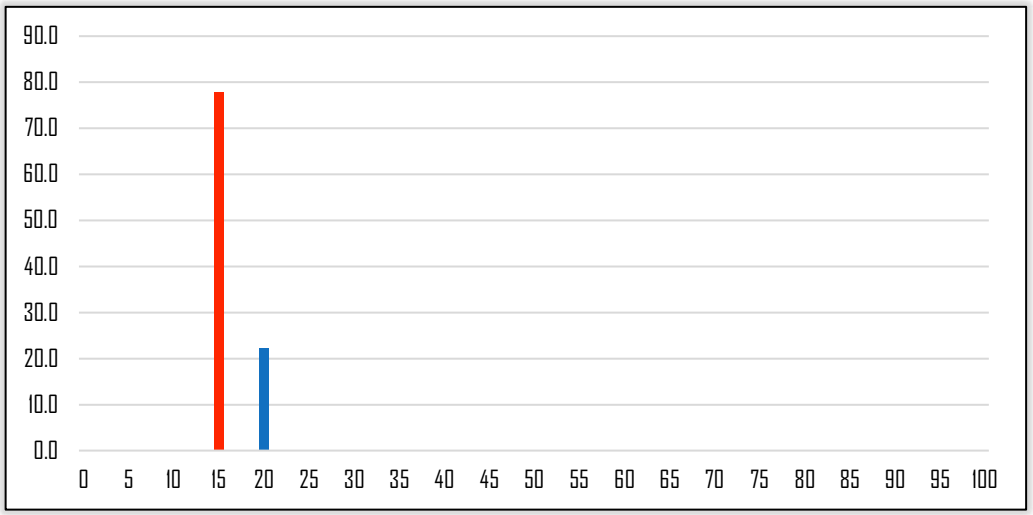
ITEM	AREFLESSIA VESTIBOLARE MONOLATERALE SENZA COMPENSO, CON CANALOLITIASI, A SECONDA DELLA FREQUENZA DELLE CRISI
	15-25%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



ITEM	DANNO VESTIBOLARE CON SINTOMI O SEGNI DI INSTABILITÀ CHE LIMITANO SIGNIFICATIVAMENTE LE ATTIVITÀ PIÙ COMPLESSE DELLA VITA QUOTIDIANA (ES. ANDARE IN BICICLETTA, GUIDARE, ETC.) CON NECESSITÀ DI SALTUARIA ASSISTENZA
	25-34%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



ITEM	ANOSMIA STRUMENTALMENTE ACCERTATA
	15%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



5. MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE MUSCOLO-SCHELETRICA

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

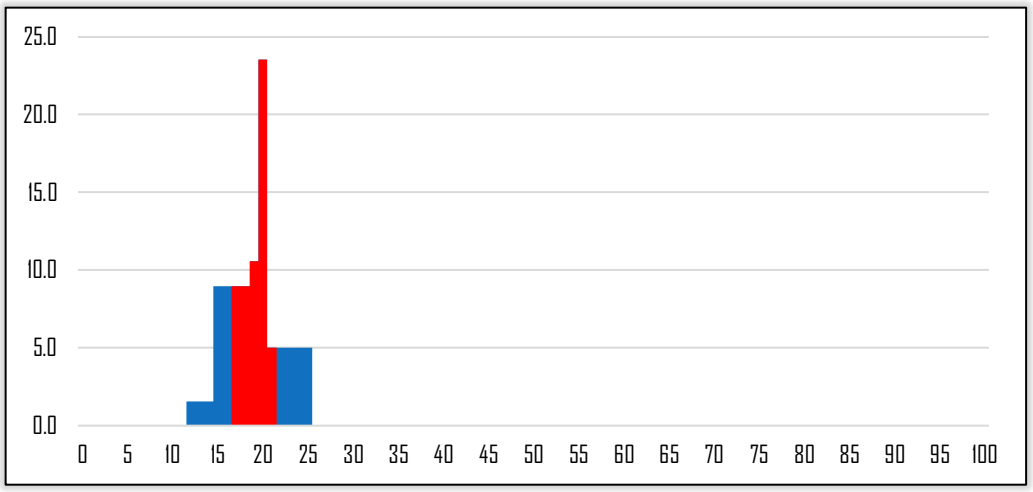
Sono previste solo voci afferenti pressoché unicamente alle lesioni di lieve entità[2] (D.M. Salute 3 luglio 2003)

5.2 MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE MUSCOLO-SCHELETRICA – RACHIDE E BACINO

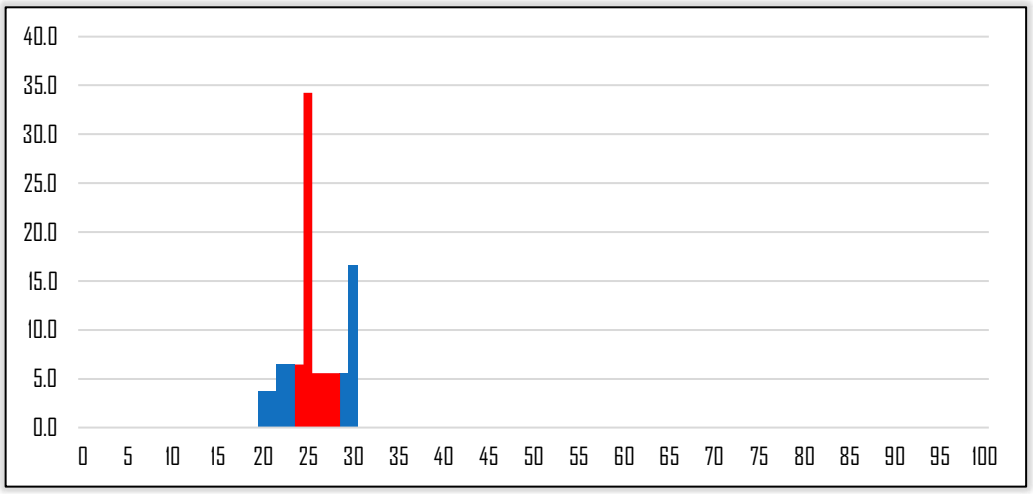
ITEM / VOCI
Esiti di frattura del dente dell'epistrofeo
Artrodesi della colonna cervicale in toto
Stenosi vertebrale Score 14-17 JOAC
Stenosi vertebrale Score 9-13 JOAC
Esiti di frattura dorsale vertebrale (classe III)
Artrodesi cervico-dorsale
Artrodesi di 9-12 corpi vertebrali dorsali
Esiti di frattura vertebrale (lombare) di classe III
Patologia lombare discale (classe III)
Bacino - esiti di fratture, diastasi complesse, trattate chirurgicamente, con moderata disfunzionalità residua

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

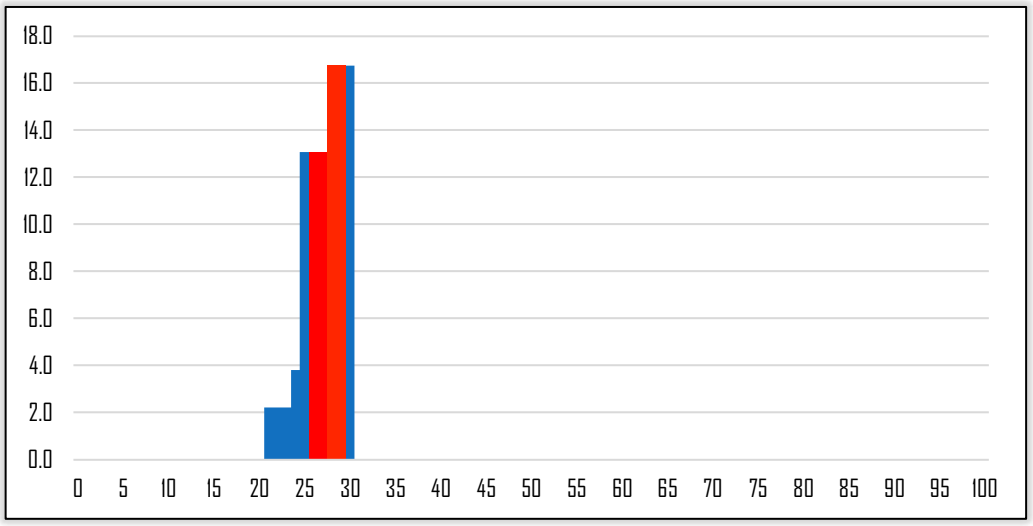
ITEM	ESITI DI FRATTURA DEL DENTE DELL'EPISTROFEO
	17-21%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



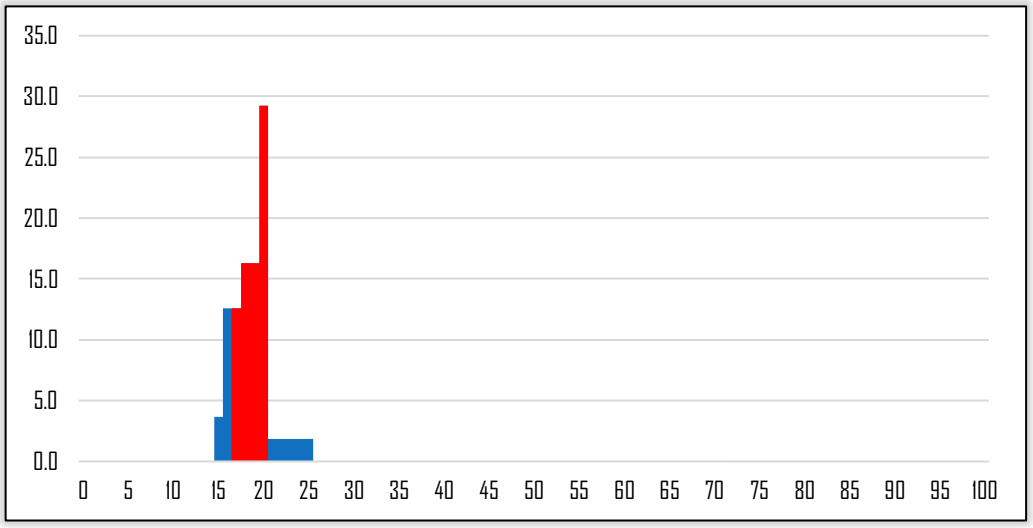
ITEM	ARTRODESI DELLA COLONNA CERVICALE IN TOTO
	24-28%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



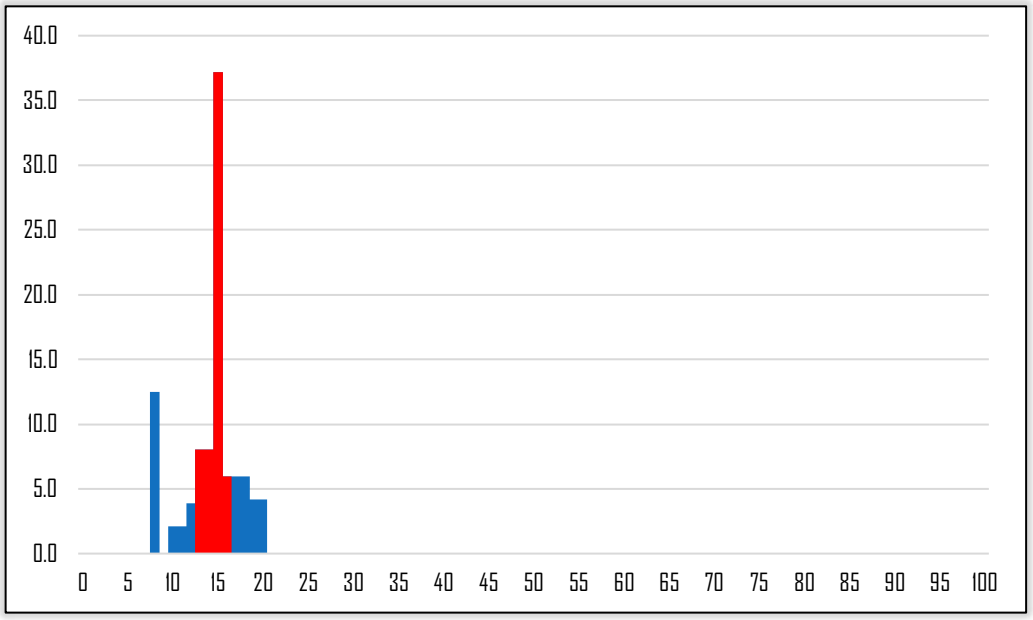
ITEM	STENOSI VERTEBRALE (SCORE 14-17 JOAC)
	26-29%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



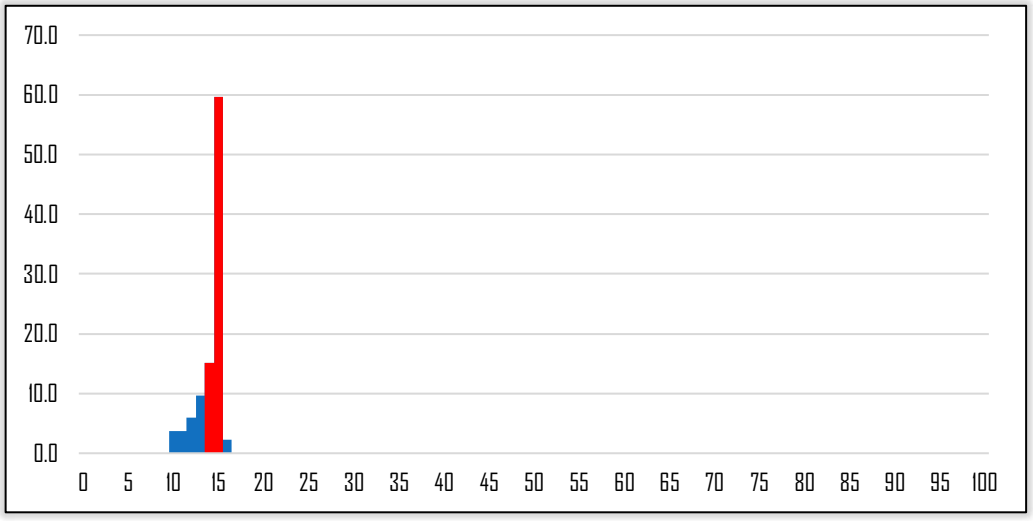
ITEM	STENOSI VERTEBRALE SCORE 9-13 JOAC
	17-20%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



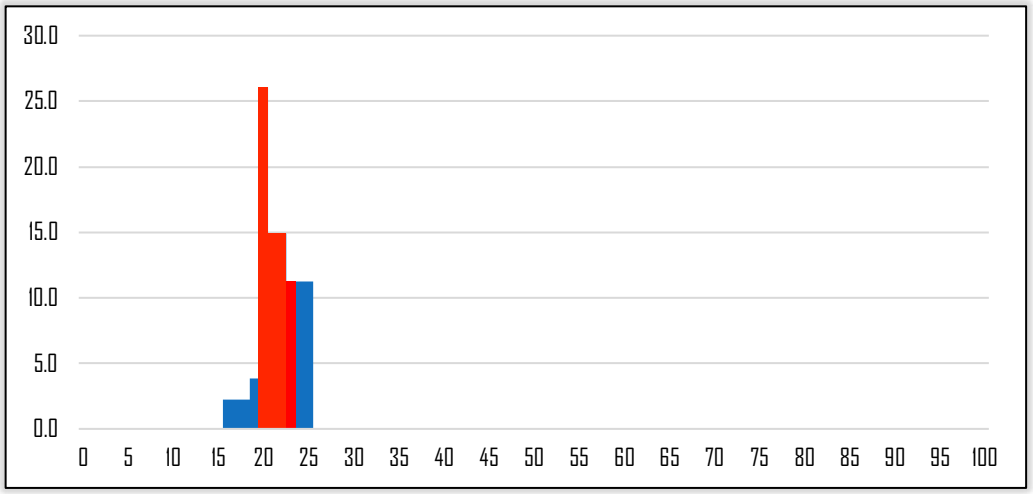
ITEM	ESITI DI FRATTURA DORSALE VERTEBRALE (CLASSE III)
	13-16%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



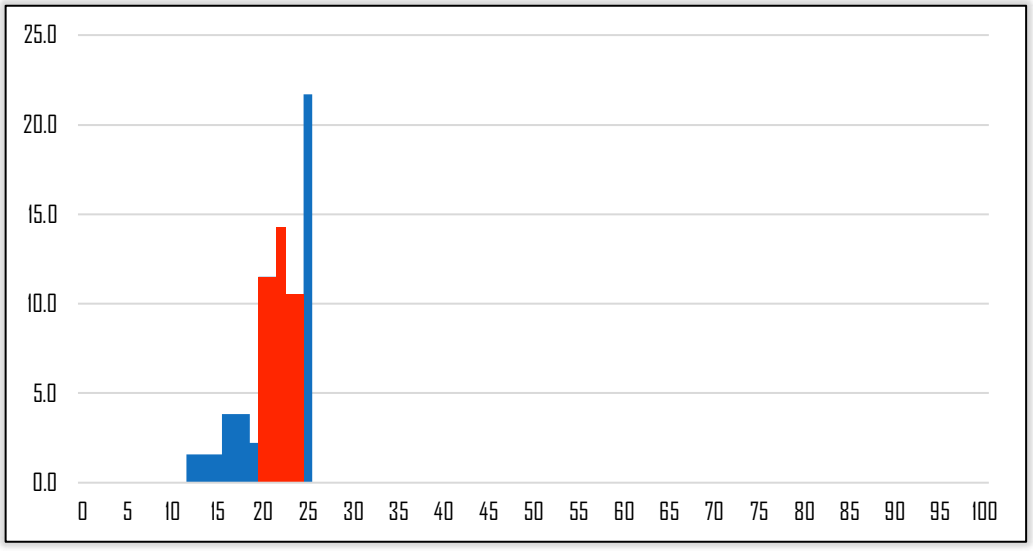
ITEM	ARTRODESI CERVICO-DORSALE
	14-15%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



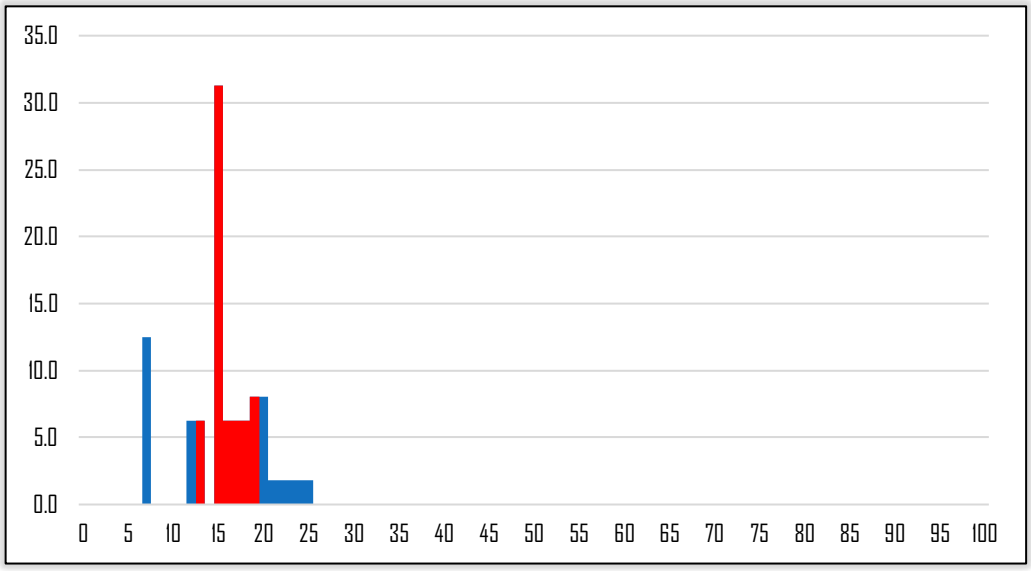
ITEM	ARTRODESI DORSALE DI 9-12 CORPI VERTEBRALI
	20-23%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



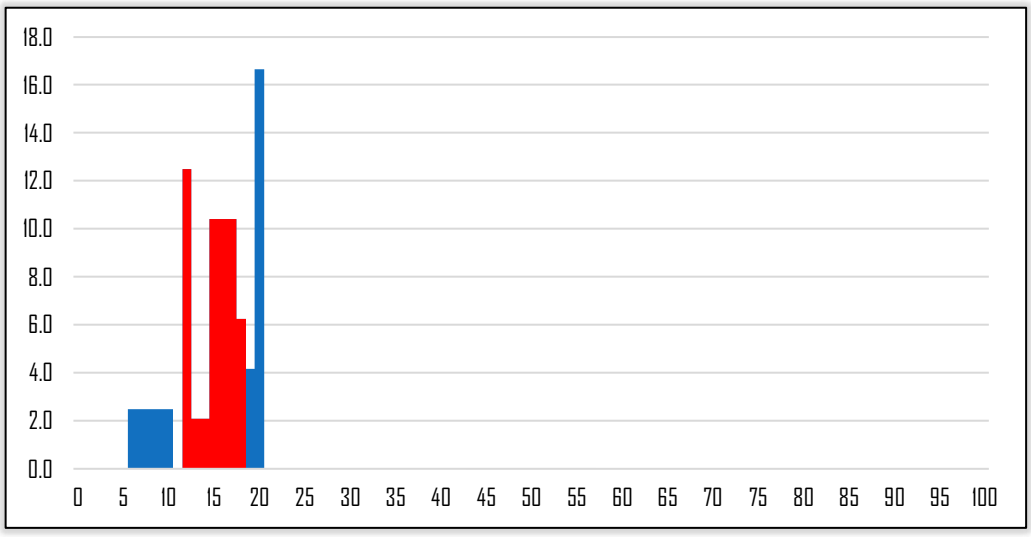
ITEM	ESITI DI FRATTURA VERTEBRALE LOMBARE DI CLASSE III
	20-24%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



ITEM	PATOLOGIA DISCALE LOMBARE (CLASSE III)
	13-19%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



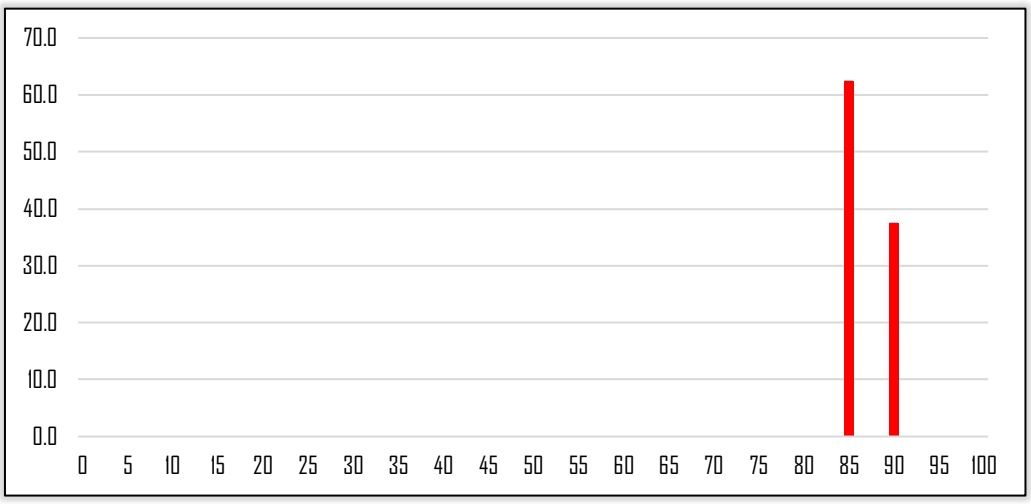
ITEM	BACINO - ESITI DI FRATTURE, DIASTASI COMPLESSE, TRATTATE CHIRURGICAMENTE, CON MODERATA DISFUNZIONALITÀ RESIDUA
	12-18%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



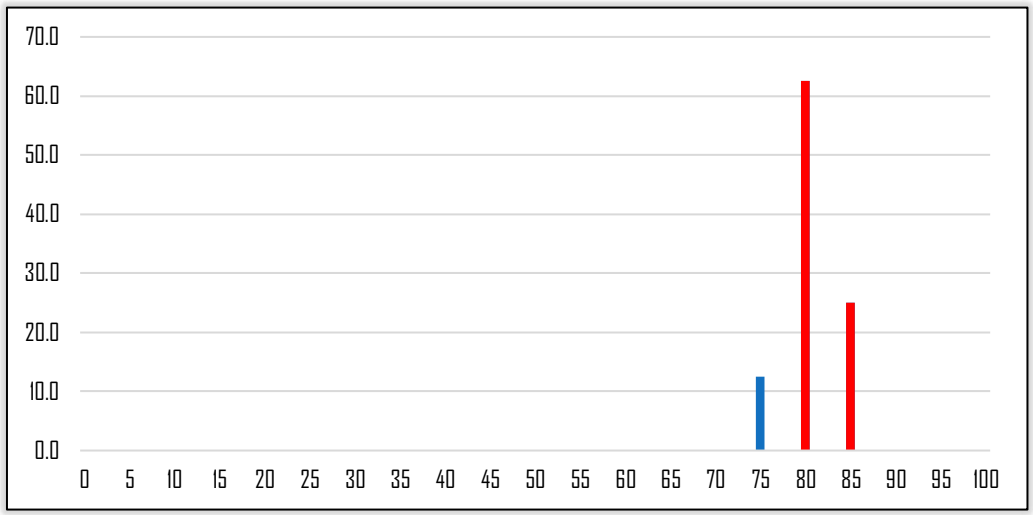
5.3 **MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE MUSCOLO-SCHELETRICA – ARTO SUPERIORE**

ITEM / VOCI
Perdita anatomica di entrambi gli arti superiori
Perdita anatomica di entrambe le mani
Perdita anatomica di un arto superiore in rapporto alla possibilità di applicazione di protesi efficace in lato dominante
Anchilosi della scapolo-omerale in posizione favorevole in lato dominante
Esiti di frattura diafisaria dell'omero evoluta in pseudoartrosi in lato dominante
Anchilosi del gomito in massima flessione con prono-supinazione libera in lato dominante
Esiti in pseudoartrosi di frattura biossea dell'avambraccio a seconda del dismorfismo in lato dominante
Anchilosi del polso in posizione sfavorevole in lato dominante
Anchilosi rettilinea del polso con prono-supinazione libera in lato dominante
Perdita anatomica di pollice, indice e medio in lato dominante

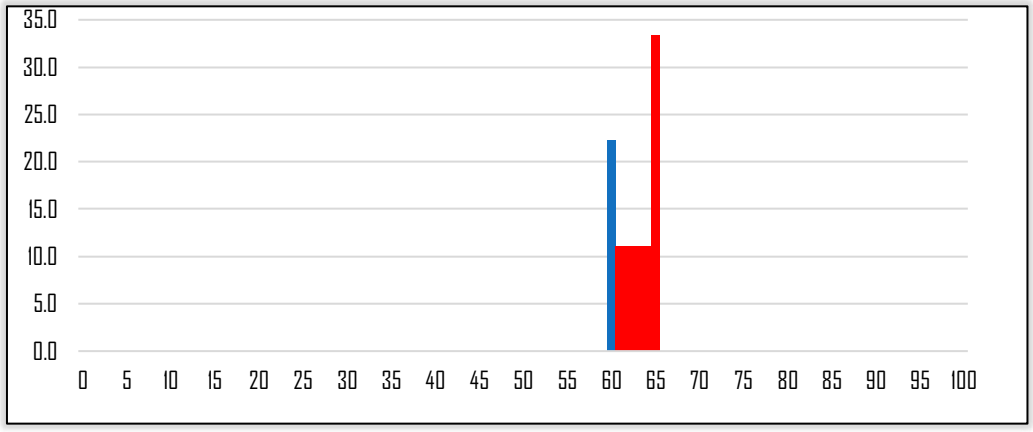
ITEM	PERDITA ANATOMICA DI ENTRAMBI GLI ARTI SUPERIORI
	85-90%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



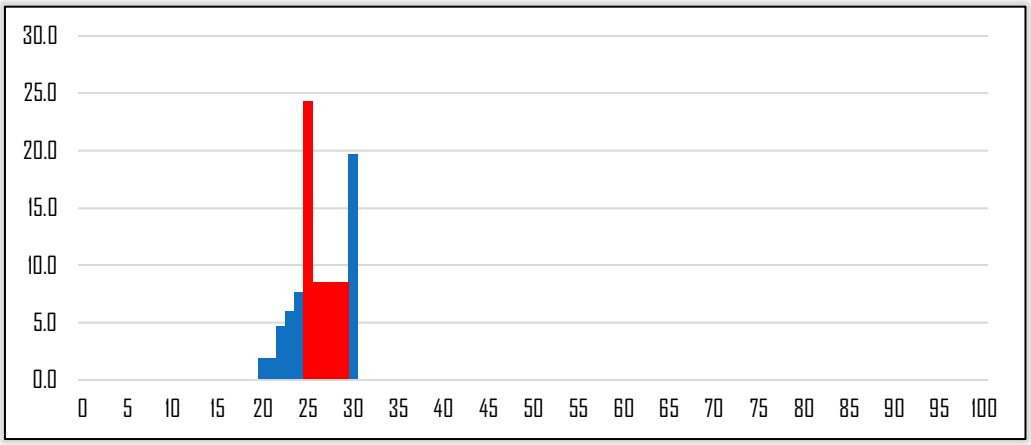
ITEM	PERDITA ANATOMICA DI ENTRAMBE LE MANI
	80-85%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



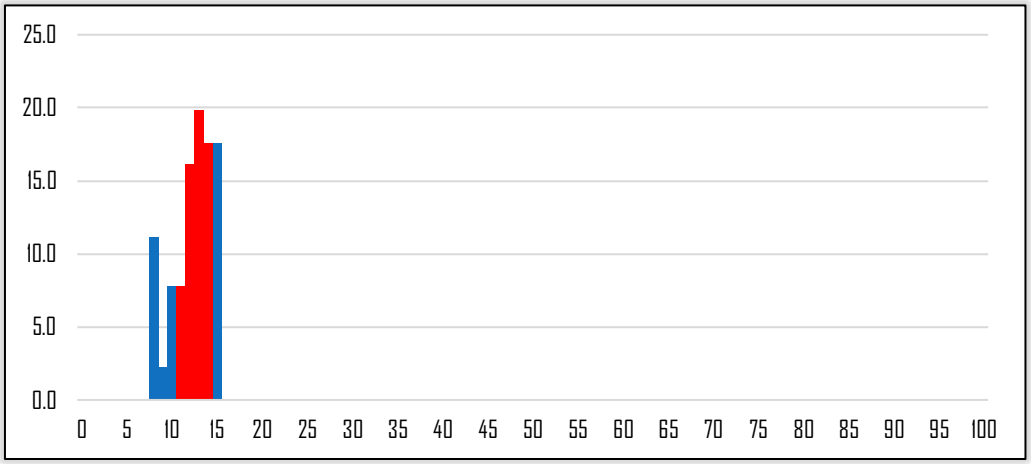
ITEM	PERDITA ANATOMICA DI UN ARTO SUPERIORE IN RAPPORTO ALLA POSSIBILITÀ DI APPLICAZIONE DI PROTESI EFFICACE (LATO DOMINANTE)
	59-65%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



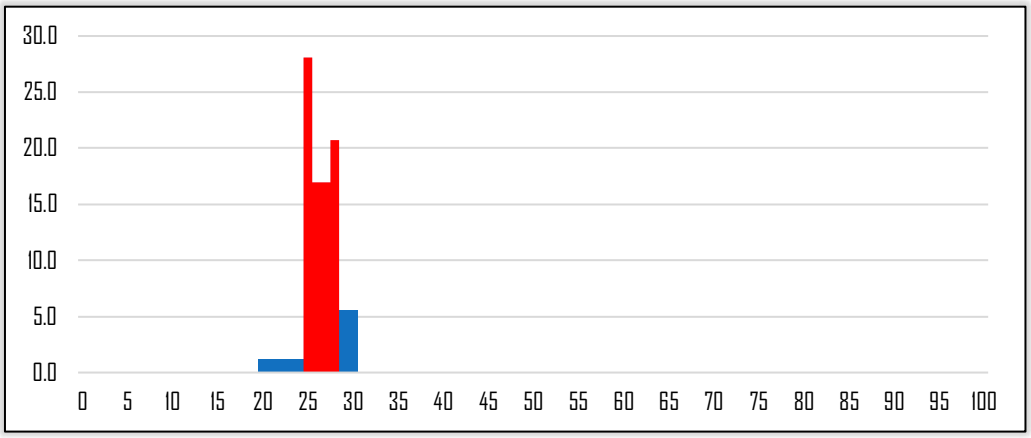
ITEM	ANCHILOSI DELLA SCAPOLO-OMERALE IN POSIZIONE FAVOREVOLE IN LATO DOMINANTE
	29%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



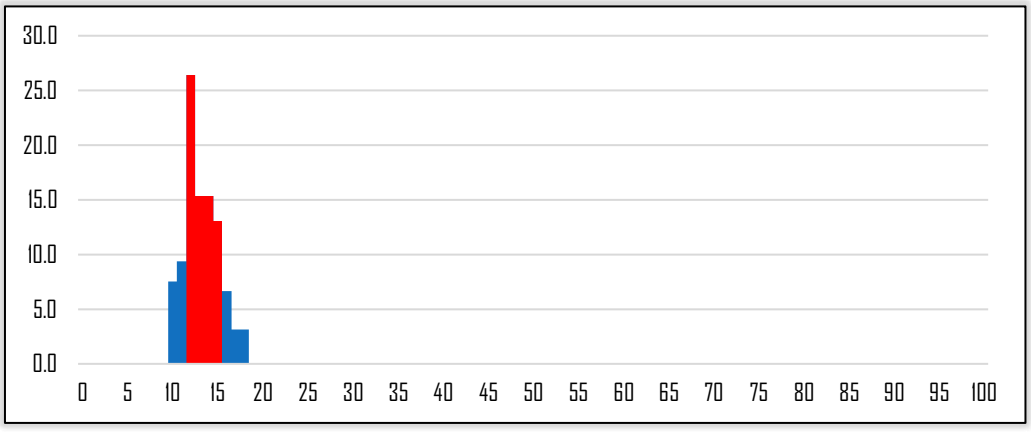
ITEM	ESITI DI FRATTURA DIAFISARIA DELL'OMERO EVOLUTA IN PSEUDOARTROSI IN LATO DOMINANTE
	11-14%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



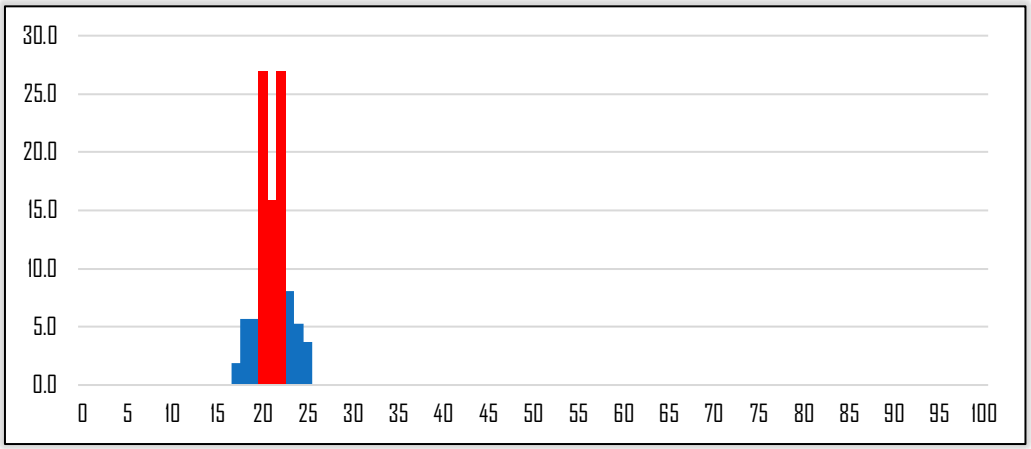
ITEM	ANCHILOSI DEL GOMITO IN MASSIMA FLESSIONE CON PRONO-SUPINAZIONE LIBERA IN LATO DOMINANTE
	28%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



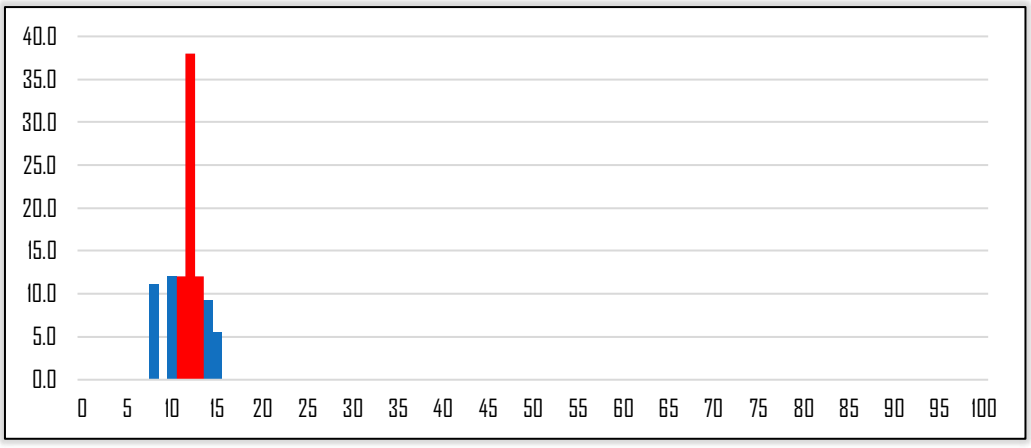
ITEM	ESITI IN PSEUDOARTROSI DI FRATTURA BIOSSEA DELL'AVAMBRACCIO A SECONDA DEL DISMORFISMO IN LATO DOMINANTE
	12-15%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



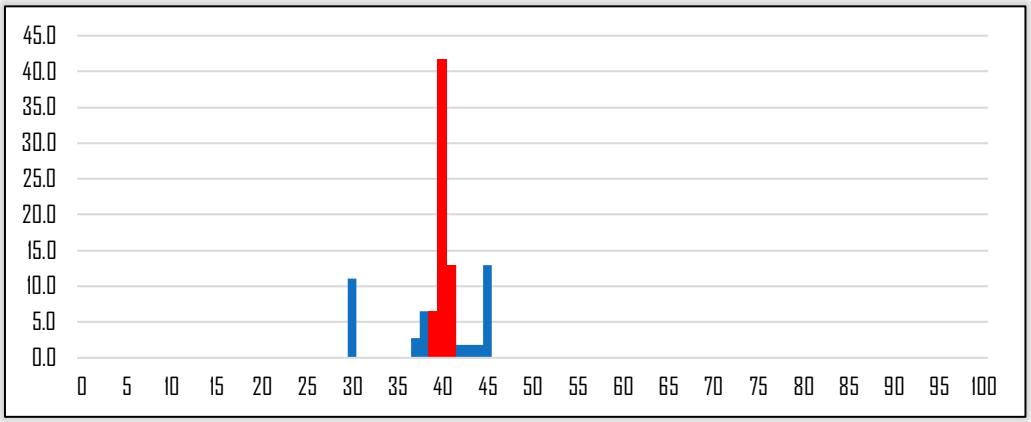
ITEM	ANCHILOSI DEL POLSO IN POSIZIONE SFAVOREVOLE IN LATO DOMINANTE
	22%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



ITEM	ANCHILOSI RETTILINEA DEL POLSO CON PRONO-SUPINAZIONE LIBERA IN LATO DOMINANTE
	13%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



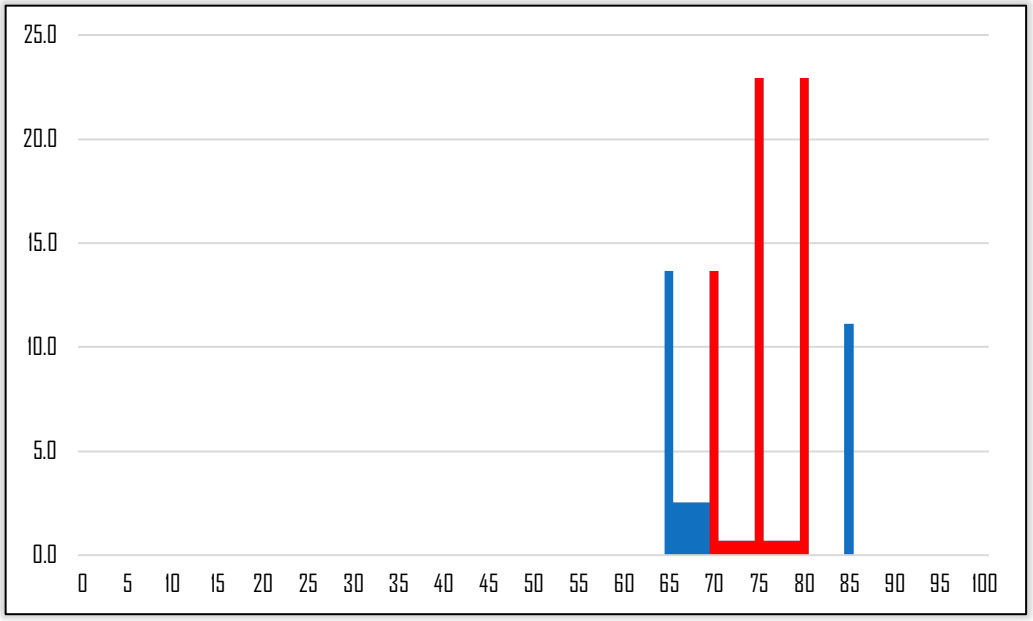
ITEM	PERDITA ANATOMICA DI POLLICE, INDICE E MEDIO IN LATO DOMINANTE
	39-41%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



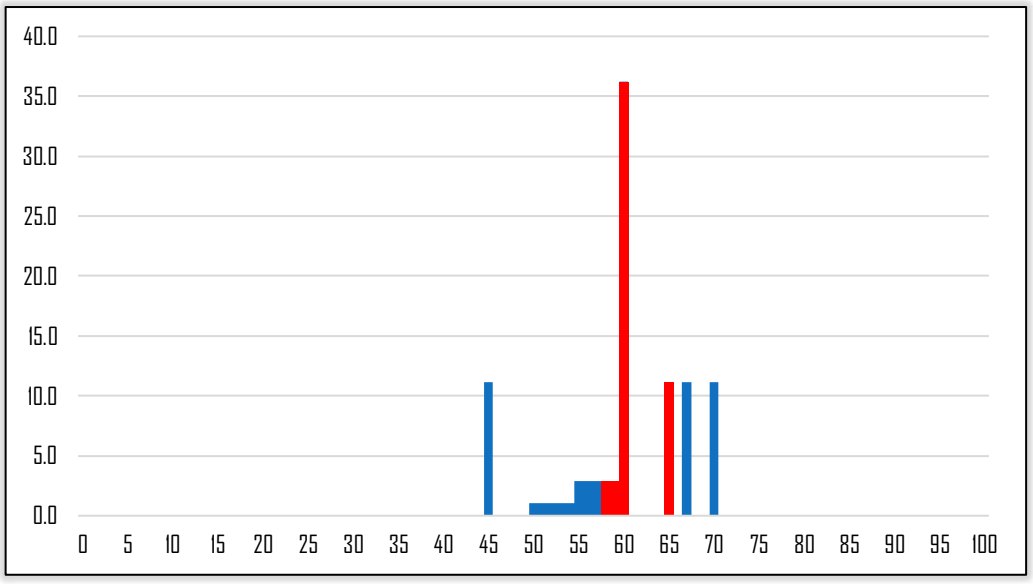
5.4 **MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE MUSCOLO-SCHELETRICA – ARTO INFERIORE**

ITEM / VOCI
Perdita anatomica di entrambi gli arti inferiori a qualsiasi livello di coscia, in rapporto alla possibilità di applicazione di protesi efficace
Perdita anatomica di entrambe le gambe a qualsiasi livello in rapporto alla possibilità di applicazione di protesi efficace
Perdita anatomica di entrambi i piedi a livello della tibio-tarsica in rapporto alla possibilità di applicazione di protesi efficace
Perdita anatomica dell'avampiede a livello delle basi metatarsali
Perdita anatomica dell'alluce con disarticolazione metatarso-falangea
Anchilosi d'anca in posizione sfavorevole (flessione <25° o >40°)
Limitazione del movimento di flessione dell'anca, con escursione articolare possibile fino a 90°, senza deficit degli altri movimenti
Anchilosi del ginocchio tra 175° e 180°
Esiti in pseudoartrosi di frattura della tibia
Triplice anchilosi (tibio-tarsica, sottoastragalica e mediotarsica in posizione favorevole)

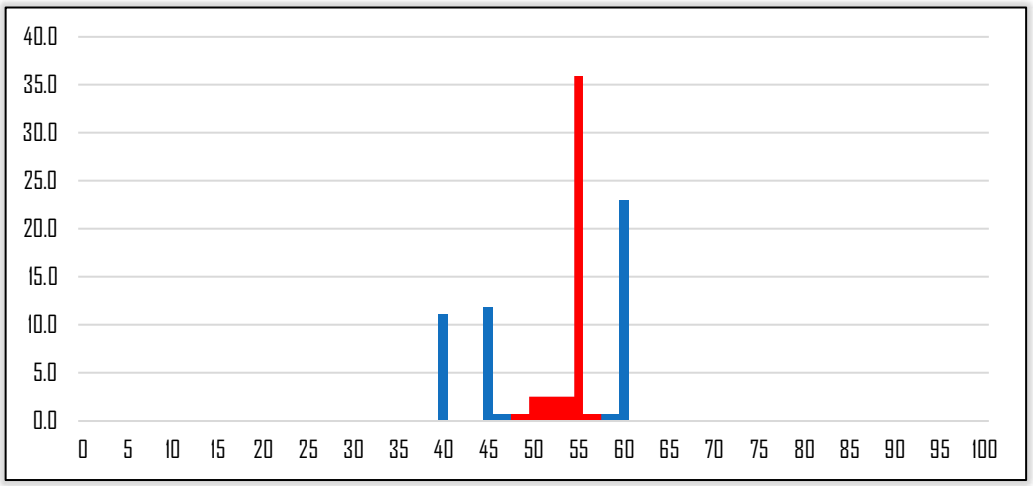
ITEM	PERDITA ANATOMICA DI ENTRAMBI GLI ARTI INFERIORI A QUALSIASI LIVELLO DI COSCIA, IN RAPPORTO ALLA POSSIBILITÀ DI APPLICAZIONE DI PROTESI EFFICACE
	70-80%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



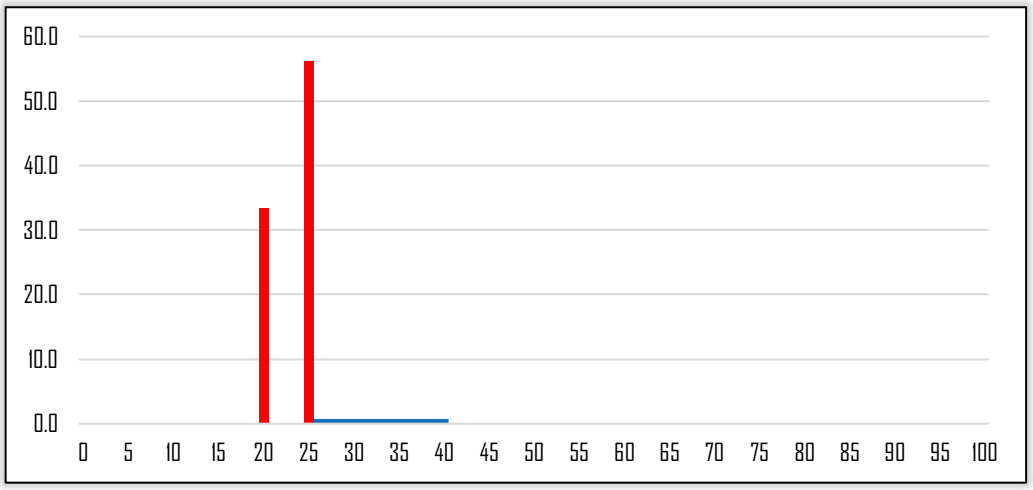
ITEM	PERDITA ANATOMICA DI ENTRAMBE LE GAMBE A QUALSIASI LIVELLO IN RAPPORTO ALLA POSSIBILITÀ DI APPLICAZIONE DI PROTESI EFFICACE
	58-65%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



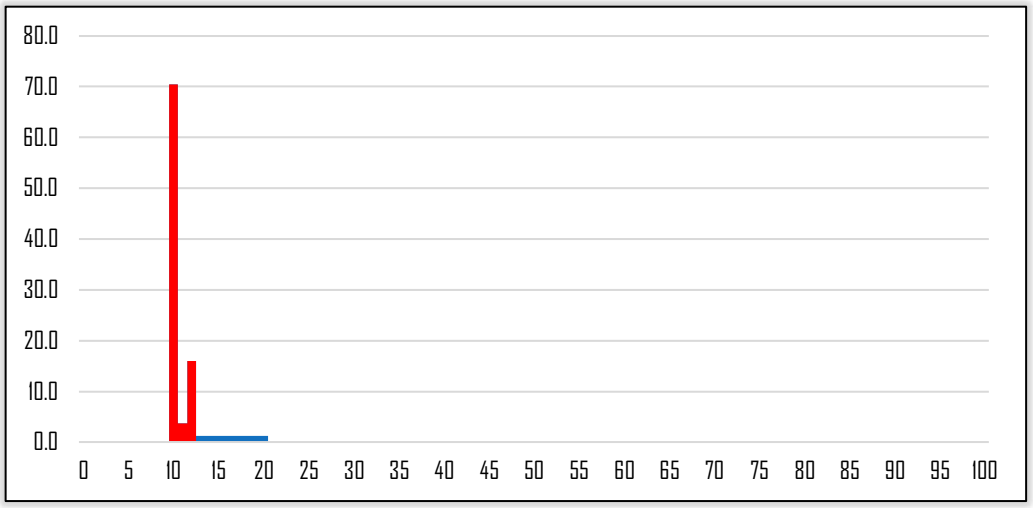
ITEM	PERDITA ANATOMICA DI ENTRAMBI I PIEDI A LIVELLO DELLA TIBIO-TARSICA IN RAPPORTO ALLA POSSIBILITÀ DI APPLICAZIONE DI PROTESI EFFICACE
	48-57%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



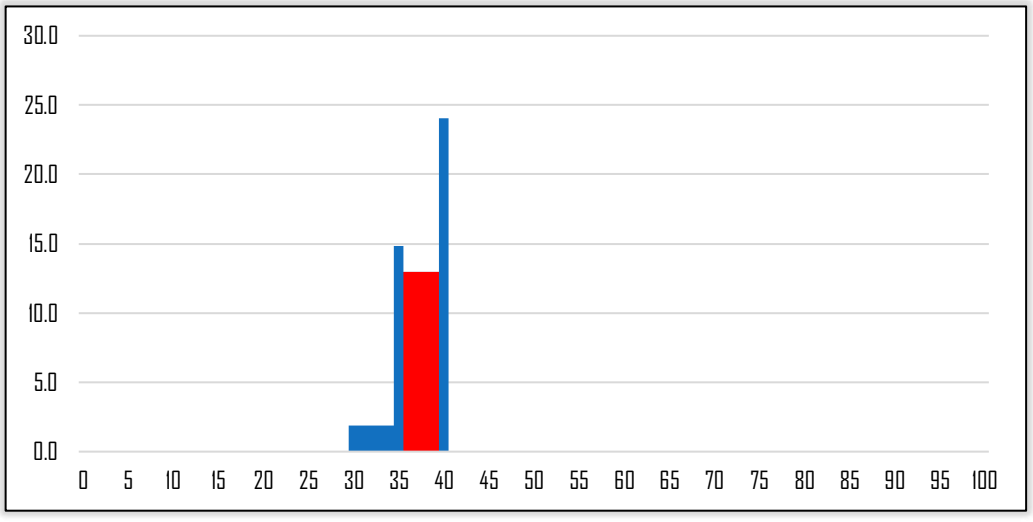
ITEM	PERDITA ANATOMICA DELL'AVAMPIEDE A LIVELLO DELLE BASI METATARSALI A SECONDA DEL MONCONE
	20-25%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



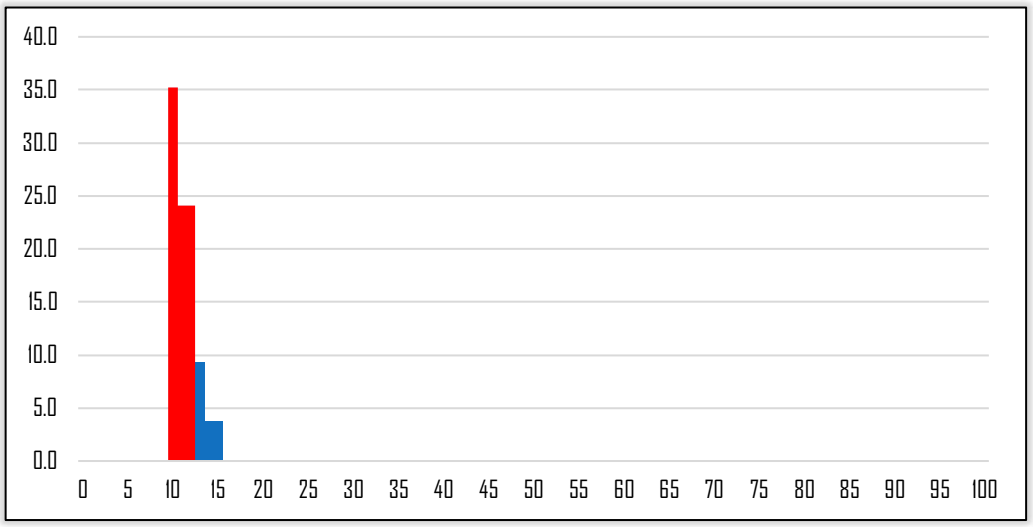
ITEM	PERDITA ANATOMICA DELL'ALLUCE CON DISARTICOLAZIONE METATARSO-FALANGEA A SECONDA DEL MONCONE
	10-12%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



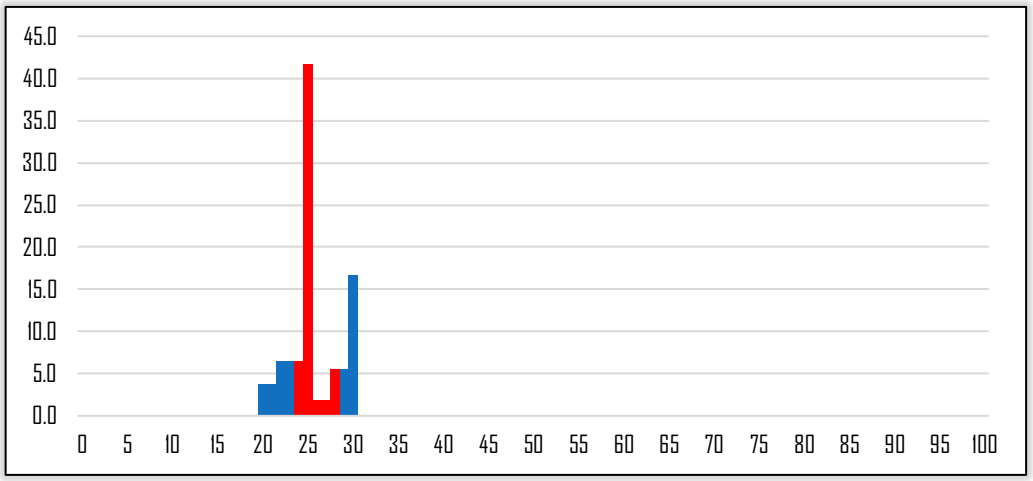
ITEM	ANCHILOSI D'ANCA IN POSIZIONE SFAVOREVOLE (FLESSIONE <25° o >40°)
	36-39%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



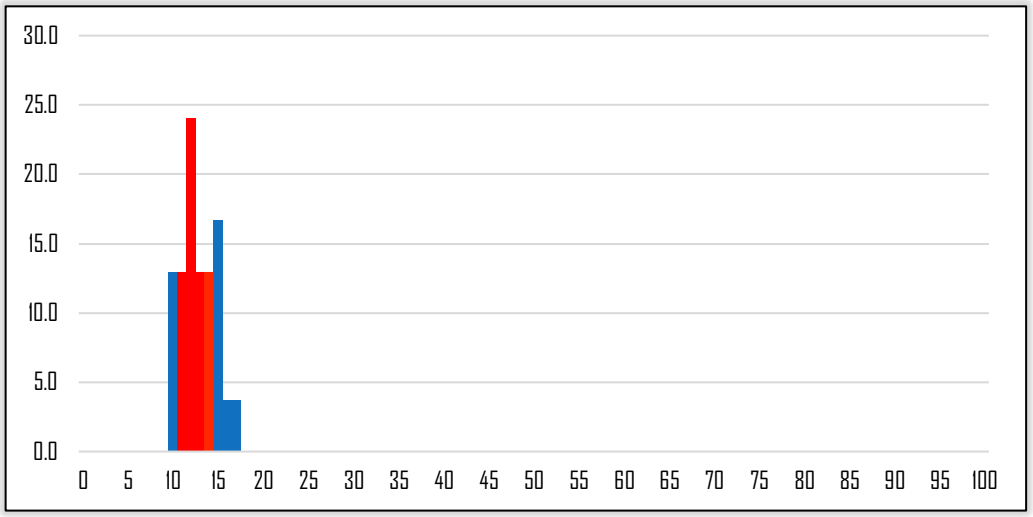
ITEM	LIMITAZIONE DEL MOVIMENTO DI FLESSIONE DELL'ANCA, CON ESCURSIONE ARTICOLARE POSSIBILE FINO A 90°, SENZA DEFICIT DEGLI ALTRI MOVIMENTI
	10-12%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



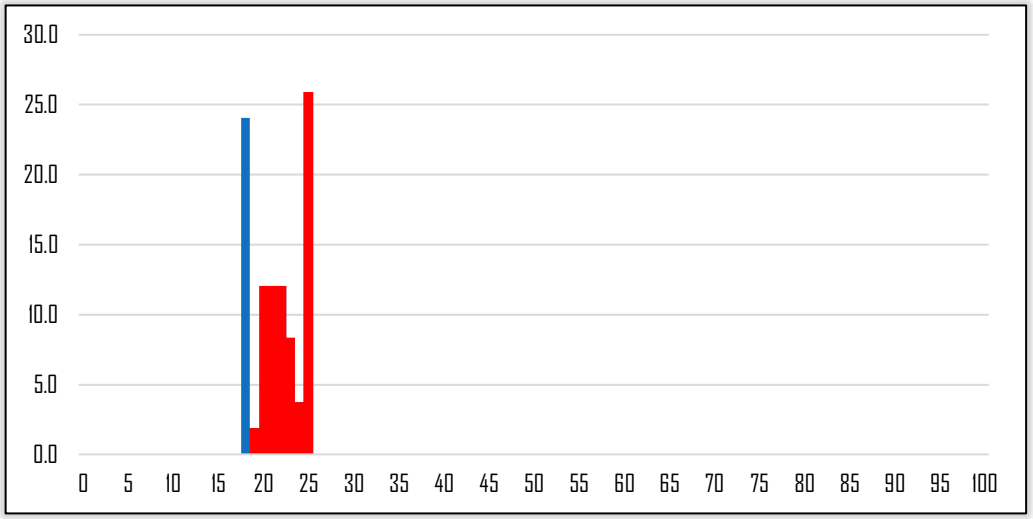
ITEM	ANCHILOSI DEL GINOCCHIO TRA 175° E 180°
	24-28%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



ITEM	ESITI IN PSEUDOARTROSI DI FRATTURA DELLA TIBIA
	11-14%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



ITEM	TRIPLICE ANCHILOSI (TIBIO-TARSICA, SOTTOASTRAGALICA E MEDIOTARSICA IN POSIZIONE FAVOREVOLE A SECONDA DELL'ARCO PLANTARE)
	19-25%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



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

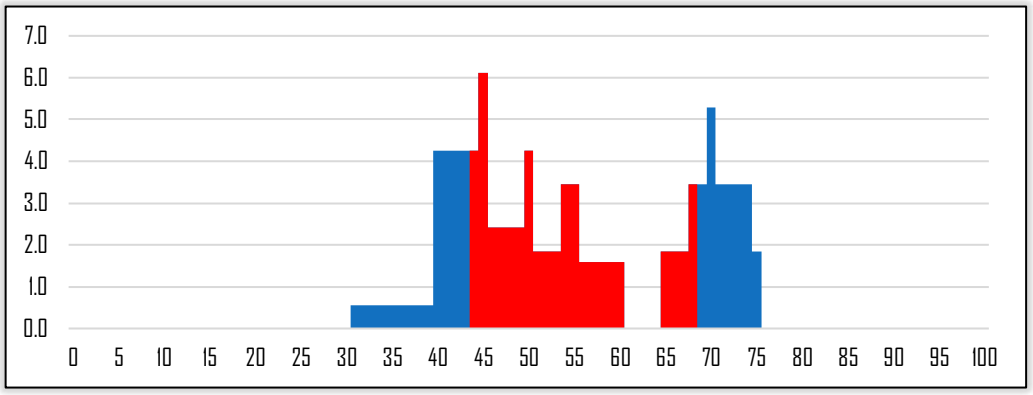
Sono previste solo voci afferenti pressoché unicamente alle lesioni di lieve entità[3] (D.M. Salute 3 luglio 2003)

6. **MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE RESPIRATORIA**

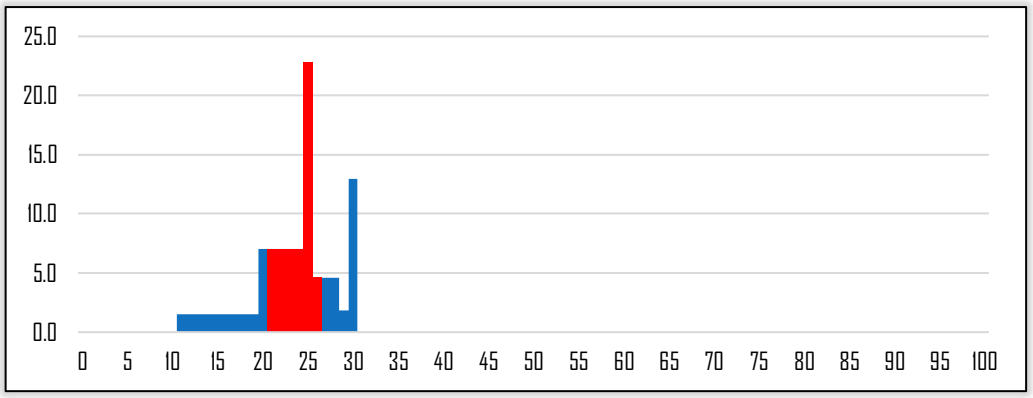
ITEM / VOCI
Insufficienza respiratoria grave: FEV1: < 40% del previsto; FVC: < 40% del previsto; indice di Tiffeneau: < 0,6; DLCO: < 40% del previsto; complicanze extra polmonari: multiple e severe; PaO2: < 50 mmHg; grado di dispnea: severo (MMRC 3-4 o Borg 5-6); ossigenoterapia a permanenza: necessaria; PaCO2: > 50 mmHg
Insufficienza respiratoria moderata: FEV1: 40-59% del previsto; FVC: 40-59% del previsto; indice di Tiffeneau: 0,6-0,69; DLCO: 40-59% del previsto; complicanze extra polmonari: moderate; PaO2: 50-59 mmHg; grado di dispnea: moderato (MMRC 2 o Borg 3-4); ossigenoterapia a permanenza: talora necessaria; PaCO2: lievemente alterata (45-50 mmHg)
Insufficienza respiratoria lieve: FEV1: 60-80% del previsto; FVC: 60-80% del previsto; indice di Tiffeneau: 0,7-0,8; DLCO: 60-80% del previsto; complicanze extra polmonari: assenti o lievi; PaO2: > 60 mmHg; grado di dispnea: lieve (MMRC 0-1 o Borg 1-2); ossigenoterapia a permanenza: non necessaria; PaCO2: normale (35-45 mmHg)
Asma grave persistente: FEV1 < 60% del previsto, sintomi quotidiani, frequenti riacutizzazioni, presenza di complicanze extra polmonari (sinusite cronica, rinite allergica o poliposi nasale), PaO2 < 60 mmHg durante attacco acuto, PaCO2 > 45 mmHg durante attacco acuto o ipercapnia in fase intercritica, uso frequente o quotidiano di farmaci di soccorso, come broncodilatatori a rapida insorgenza d'azione, e/o terapie di controllo ad alto dosaggio, come corticosteroidi inalatori o agenti biologici
Asma moderato persistente: FEV1 tra il 60-80% del previsto, sintomi presenti più di una volta alla settimana ma non quotidiani, riacutizzazioni occasionali, possibile presenza di complicanze extra polmonari (sinusite cronica, rinite allergica o poliposi nasale) ma meno frequenti e severe rispetto all'asma grave, PaO2 generalmente superiore a 60 mmHg durante attacco acuto, PaCO2 solitamente inferiore a 45 mmHg durante attacco acuto e assenza di ipercapnia in fase intercritica, uso periodico di farmaci di soccorso, come broncodilatatori a rapida insorgenza d'azione, e terapie di controllo a dosaggio moderato, come corticosteroidi inalatori o agenti biologici
Stenosi nasale serrata/assoluta bilaterale
Rinite allergica moderata-grave controllata attraverso l'impiego di farmaci sintomatici
Esiti di laringectomia con soddisfacente recupero della capacità fonatoria attraverso l'impiego di appositi devices
Tracheostomia a permanenza in assenza di deficit respiratori
Disfonia severa
Perdita di un polmone con ottimale funzione vicariante dell'organo adelfo, in assenza di pregiudizi del sistema cardiocircolatorio
Esiti di trapianto polmonare con complicanze gravi e/o insufficienza respiratoria grave
Paralisi totale del diaframma con moderato deficit respiratorio
Sindrome delle apnee notturne di grado severo, con AHI > 30, importanti riflessi sul piano intellettivo e complicanze cardiovascolari

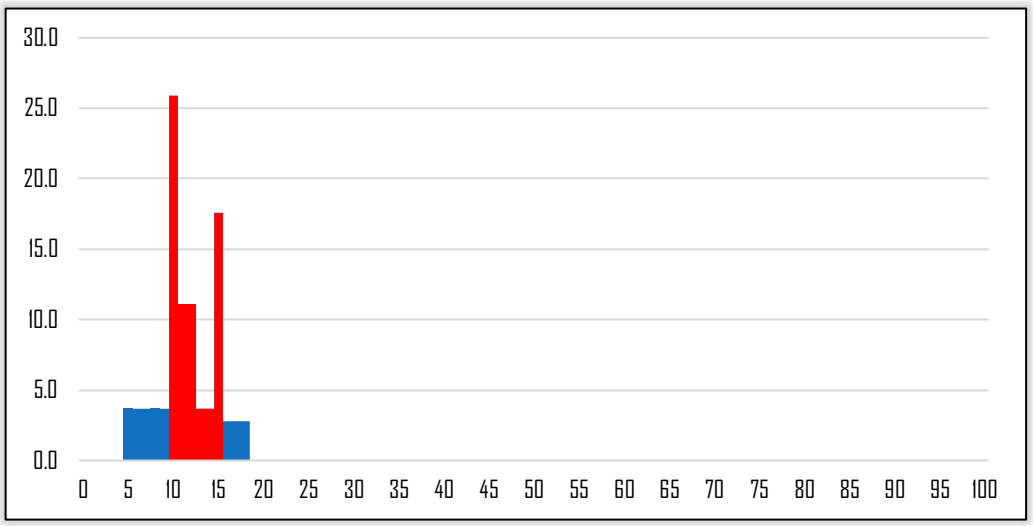
[3] Decreto del Ministero della salute, 3 luglio 2003 TABELLA DELLE MENOMAZIONI ALLA INTEGRITÀ PSICOFISICA COMPRESE TRA 1 E 9 PUNTI DI INVALIDITÀ

ITEM	INSUFFICIENZA RESPIRATORIA GRAVE: FEV1: < 40% DEL PREVISTO; FVC: < 40% DEL PREVISTO; INDICE DI TIFFENEAU: < 0,6; DLCO: < 40% DEL PREVISTO; COMPLICANZE EXTRAPOLMONARI: MULTIPLE E SEVERE; PAO_2: < 50 MMHG; GRADO DI DISPNEA: SEVERO (MMRC 3-4 O BORG 5-6); OSSIGENOTERAPIA A PERMANENZA: NECESSARIA; $PACO_2$: > 50 MMHG
	44-68%
GRADO DI ACCORDO	FAIR

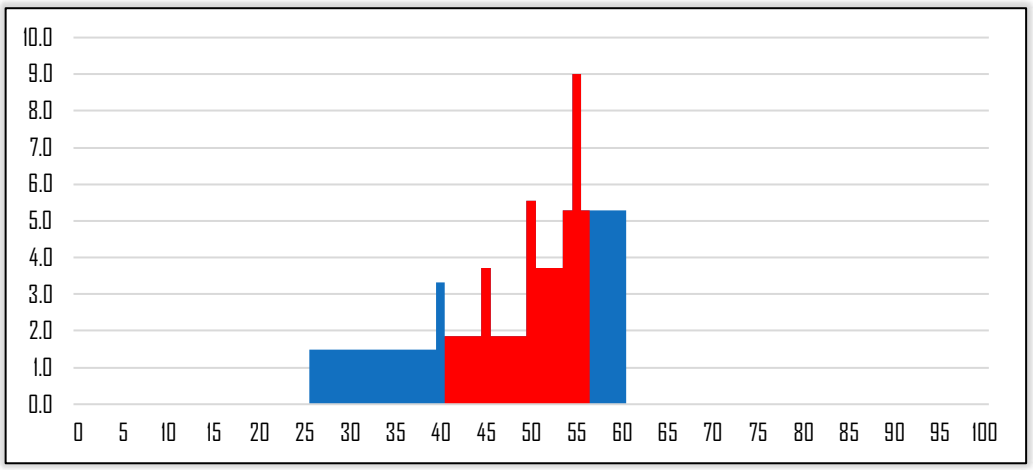


ITEM	INSUFFICIENZA RESPIRATORIA MODERATA: FEV_1: 40-59% DEL PREVISTO; FVC: 40-59% DEL PREVISTO; INDICE DI TIFFENEAU: 0,6-0,69; DLCO: 40-59% DEL PREVISTO; COMPLICANZE EXTRAPOLMONARI: MODERATE; PAO_2: 50-59 MMHG; GRADO DI DISPNEA: MODERATO (MMRC 2 O BORG 3-4); OSSIGENOTERAPIA A PERMANENZA: TALORA NECESSARIA; $PACO_2$: LIEVEMENTE ALTERATA (45-50 MMHG)
	21-26%
GRADO DI ACCORDO	FAIR

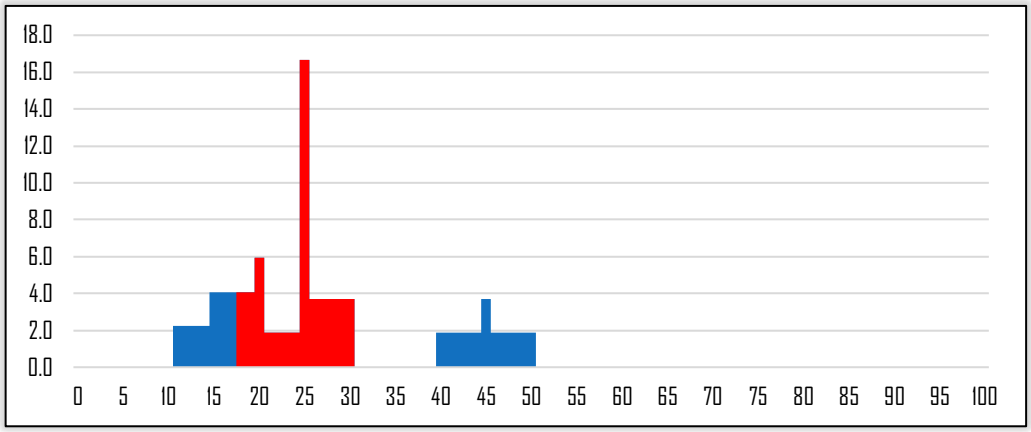


ITEM	INSUFFICIENZA RESPIRATORIA LIEVE: FEV_1: 60-80% DEL PREVISTO; FVC: 60-80% DEL PREVISTO; INDICE DI TIFFENEAU: 0,7-0,8; DLCO: 60-80% DEL PREVISTO; COMPLICANZE EXTRAPOLMONARI: ASSENTI O LIEVI; PAO_2: > 60 MMHG; GRADO DI DISPNEA: LIEVE (MMRC 0-1 O BORG 1-2); OSSIGENOTERAPIA A PERMANENZA: NON NECESSARIA; $PACO_2$: NORMALE (35-45 MMHG)
	10-15%
GRADO DI ACCORDO	GOOD
	

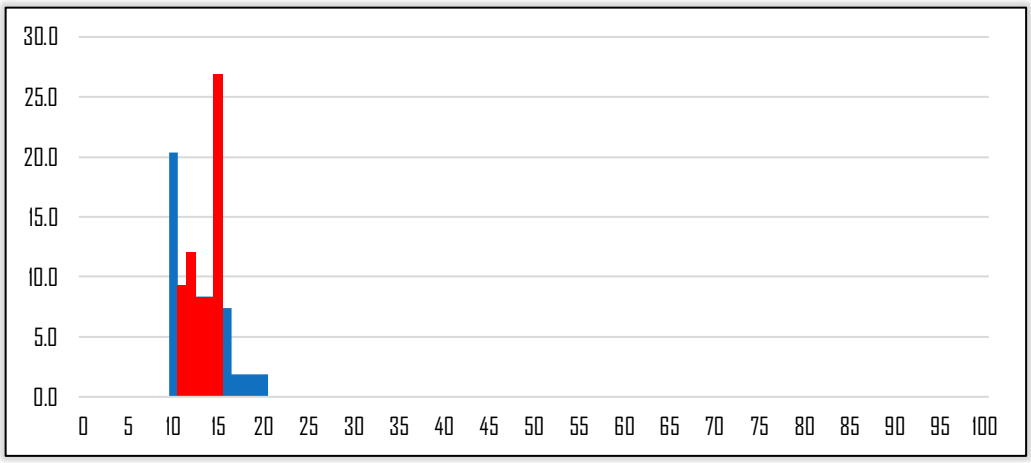
ITEM	ASMA GRAVE PERSISTENTE: FEV1 < 60% DEL PREVISTO, SINTOMI QUOTIDIANI, FREQUENTI RIACUTIZZAZIONI, PRESENZA DI COMPLICANZE EXTRAPOLMONARI (SINUSITE CRONICA, RINITE ALLERGICA O POLIPOSI NASALE), PAO_2 < 60 MMHG DURANTE ATTACCO ACUTO, $PACO_2$ > 45 MMHG DURANTE ATTACCO ACUTO O IPERCAPNIA IN FASE INTERCRITICA, USO FREQUENTE O QUOTIDIANO DI FARMACI DI SOCCORSO, COME BRONCODILATATORI A RAPIDA INSORGENZA D'AZIONE, E/O TERAPIE DI CONTROLLO AD ALTO DOSAGGIO, COME CORTICOSTEROIDI INALATORI O AGENTI BIOLOGICI
	41-56%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



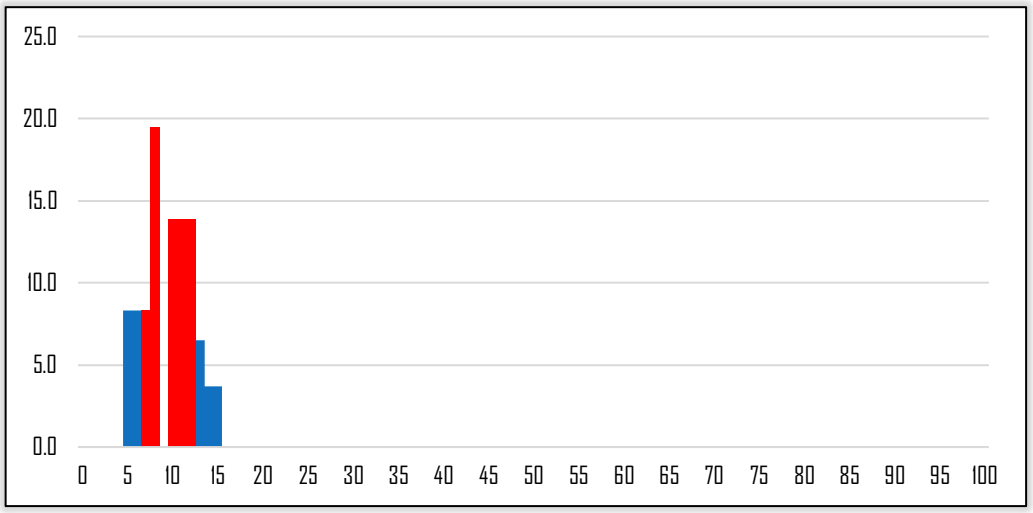
ITEM	ASMA MODERATO PERSISTENTE: FEV1 TRA IL 60-80% DEL PREVISTO, SINTOMI PRESENTI PIÙ DI UNA VOLTA ALLA SETTIMANA MA NON QUOTIDIANI, RIACUTIZZAZIONI OCCASIONALI, POSSIBILE PRESENZA DI COMPLICANZE EXTRAPULMONARI (SINUSITE CRONICA, RINITE ALLERGICA O POLIPOSI NASALE) MA MENO FREQUENTI E SEVERE RISPETTO ALL'ASMA GRAVE, PAO2 GENERALMENTE SUPERIORE A 60 MMHG DURANTE ATTACCO ACUTO, $PACO_2$ SOLITAMENTE INFERIORE A 45 MMHG DURANTE ATTACCO ACUTO E ASSENZA DI IPERCAPNIA IN FASE INTERCRITICA, USO PERIODICO DI FARMACI DI SOCCORSO, COME BRONCODILATATORI A RAPIDA INSORGENZA D'AZIONE, E TERAPIE DI CONTROLLO A DOSAGGIO MODERATO, COME CORTICOSTEROIDI INALATORI O AGENTI BIOLOGICI
	18-30%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



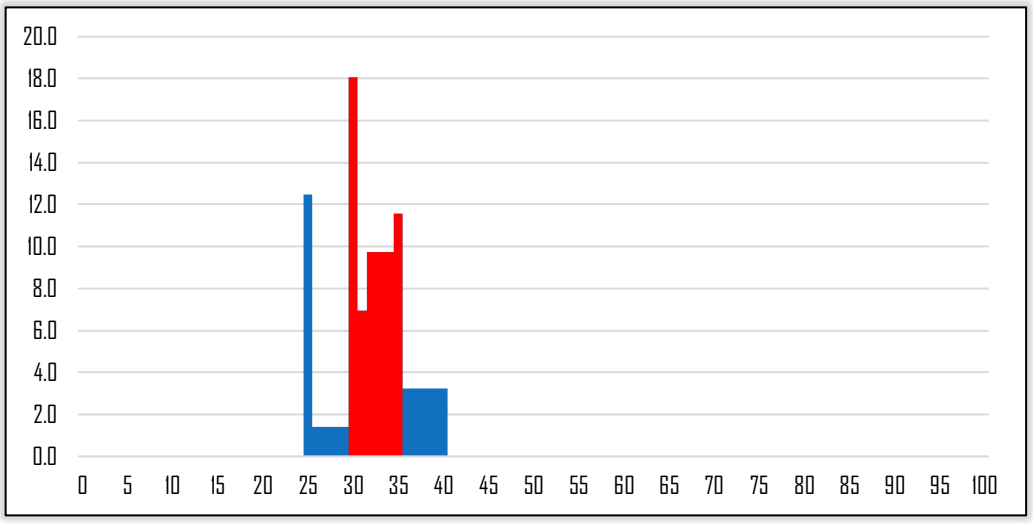
ITEM	STENOSI NASALE SERRATA BILATERALE FINO ALLA STENOSI ASSOLUTA
	11-15%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



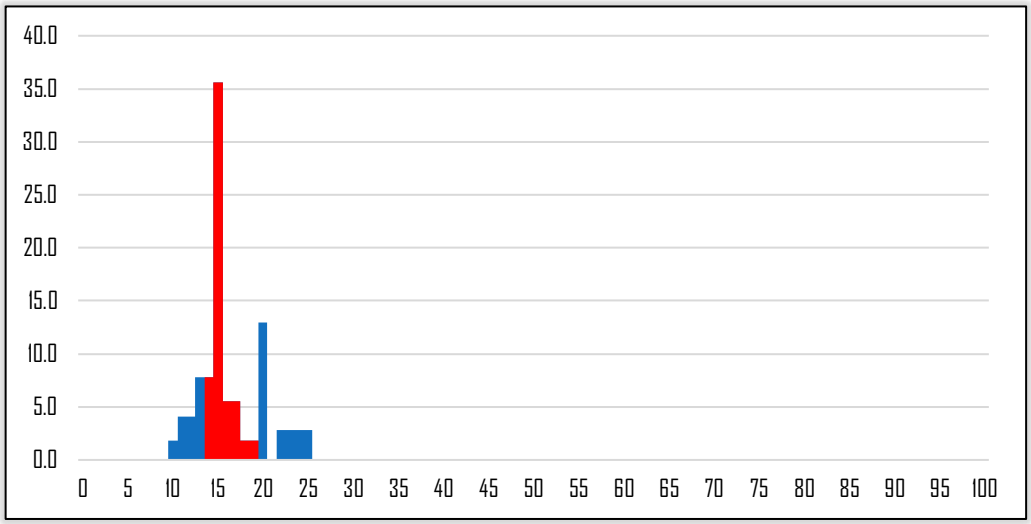
ITEM	RINITE ALLERGICA MODERATA-GRAVE CONTROLLATA ATTRAVERSO L'IMPIEGO DI FARMACI SINTOMATICI
	7-12%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



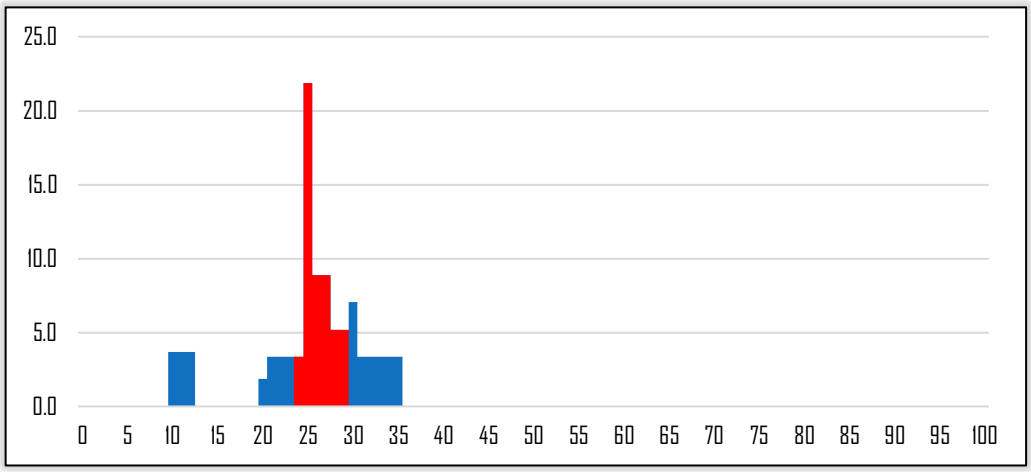
ITEM	ESITI DI LARINGECTOMIA CON SODDISFACENTE RECUPERO DELLA CAPACITÀ FONATORIA ATTRAVERSO L'IMPIEGO DI APPOSITI DEVICES
	30-35%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



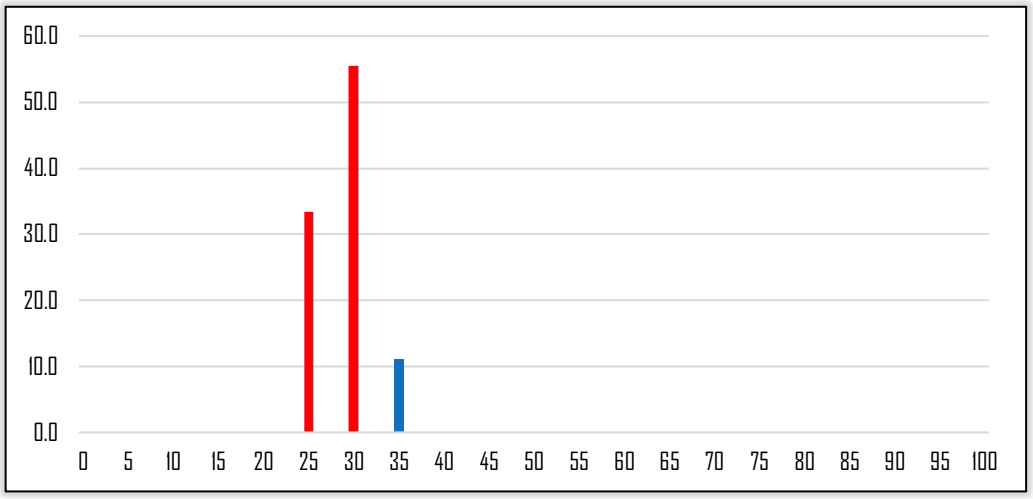
ITEM	TRACHEOSTOMIA A PERMANENZA IN ASSENZA DI DEFICIT RESPIRATORI
	14-19%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



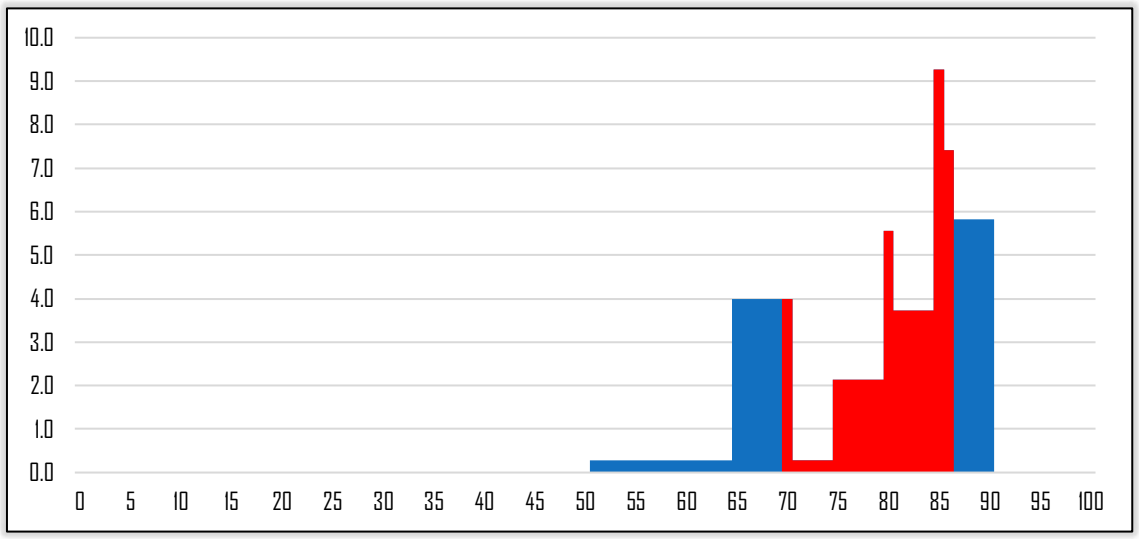
ITEM	DISFONIA SEVERA
	24-29%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



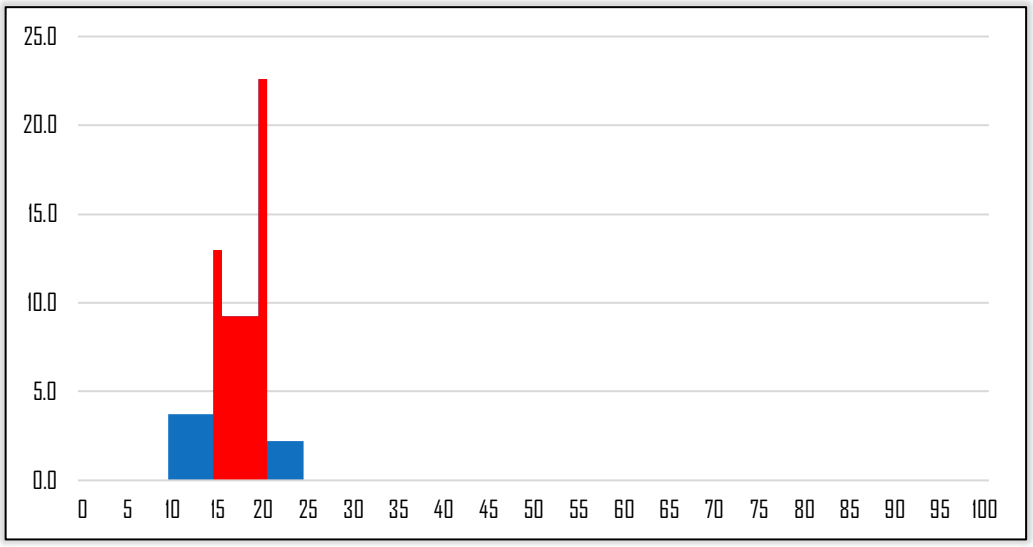
ITEM	PERDITA DI UN POLMONE CON OTTIMALE FUNZIONE VICARIANTE DELL'ORGANO ADELFO, IN ASSENZA DI PREGIUDIZI DEL SISTEMA CARDIOCIRCOLATORIO
	25-30%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



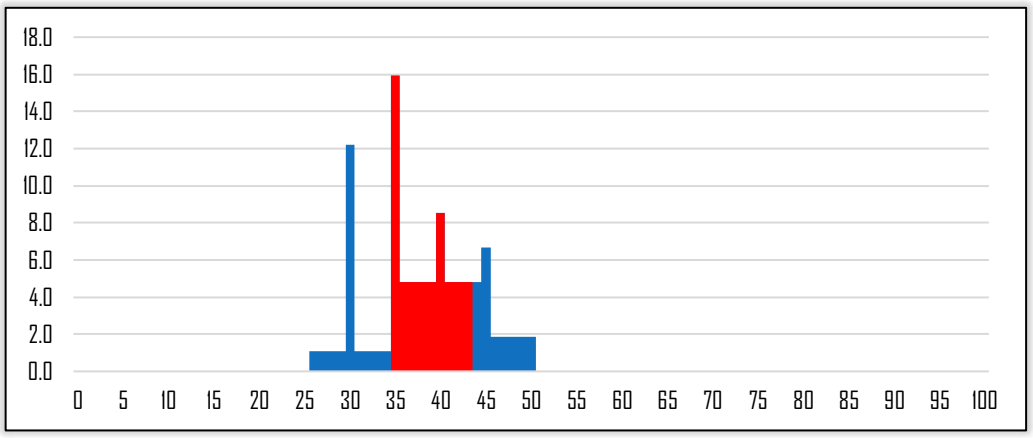
ITEM	ESITI DI TRAPIANTO POLMONARE CON COMPLICANZE GRAVI E/O INSUFFICIENZA RESPIRATORIA GRAVE
	70-86%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



ITEM	PARALISI TOTALE DEL DIAFRAMMA CON MODERATO DEFICIT RESPIRATORIO
	18%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



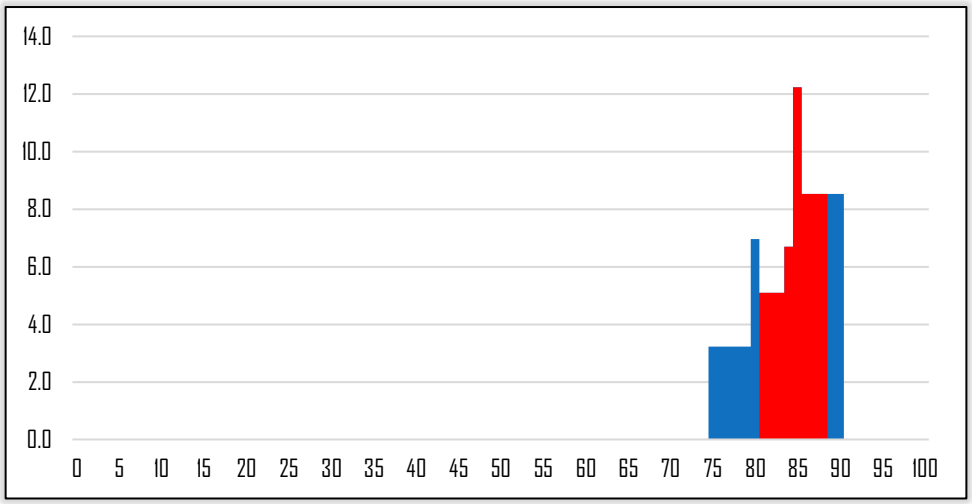
ITEM	SINDROME DELLE APNEE NOTTURNE DI GRADO SEVERO, CON AHI > 30, IMPORTANTI RIFLESSI SUL PIANO INTELLETTIVO E COMPLICANZE CARDIOVASCOLARI
	35-43%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



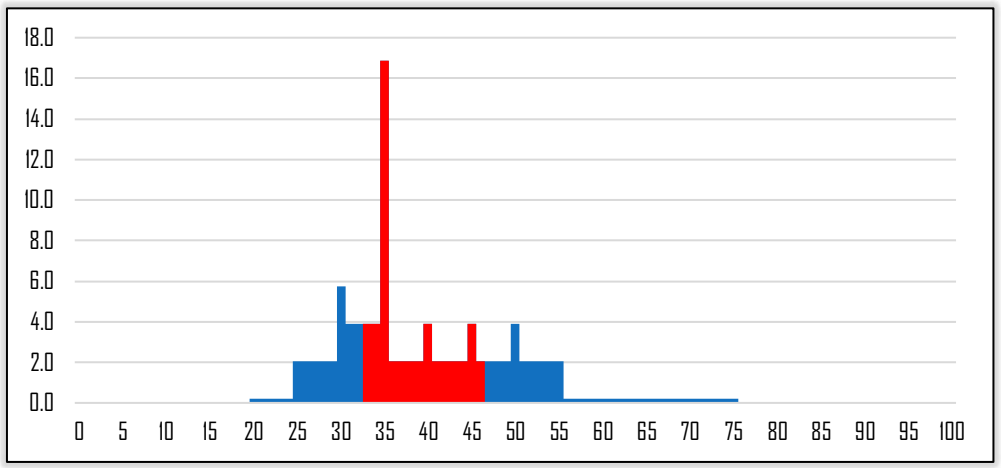
7. **MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE CARDIOVASCOLARE**

ITEM / VOCI
Cardiopatia in classe IV NYHA (incluse cardiopatie congenite classe IV DIA con soggetti in condizioni scadute DIV in condizioni scadute Cardiomiopatia dilatativa con insufficienza cardiaca grave o cardiomiopatia ipertrofica forma gravissima. Stenosi mitralica gravissima scompensata, insufficienza mitralica scompensata grave. Stenosi aortica grave scompensata, insufficienza aortica severa gravemente sintomatica, coronaropatia gravissima).
Cardiopatia in classe II-III NYHA (incluse cardiopatie congenite classe II-III DIA con soggetti in condizioni stabili DIV in condizioni stabili Cardiomiopatia dilatativa con insufficienza cardiaca moderata o cardiomiopatia ipertrofica forma moderata Stenosi mitralica moderatamente scompensata, insufficienza mitralica scompensata moderata Stenosi aortica moderatamente scompensata, insufficienza aortica moderatamente sintomatica, coronaropatia moderata)
Turbe del ritmo potenzialmente maligne, con sintomatologia rilevante, non controllabili con terapia farmacologica e necessitanti impianto di pacemaker
Turbe del ritmo benigne, con sintomatologia lieve/moderata, controllabili con terapia farmacologica
Disturbi del ritmo sintomatici malgrado l'impianto di pacemaker
Fibrillazione atriale cronica in adeguato compenso con terapia farmacologica
Ipertensione arteriosa con marcata ipertrofia ventricolare sinistra, alterazioni del fundus oculi di III grado e insufficienza renale moderata-grave
Ipertensione arteriosa ben controllata da terapia dietetica e/o farmacologica ma con necessità di frequenti adeguamenti terapeutici e moderate manifestazioni cliniche
Esiti di trapianto cardiaco con complicanze di grado moderato
Esiti di aneurisma aortico trattato chirurgicamente con tubo valvolato
Arteriopatia obliterante cronica AAII in stadio IVa e IVb di Leriche-Fontaine
Arteriopatia obliterante cronica AAII in stadio IIIa di Leriche-Fontaine
Arteriopatia obliterante cronica AAII in stadio IIa di Leriche-Fontaine
Flebolinfopatia forma grave

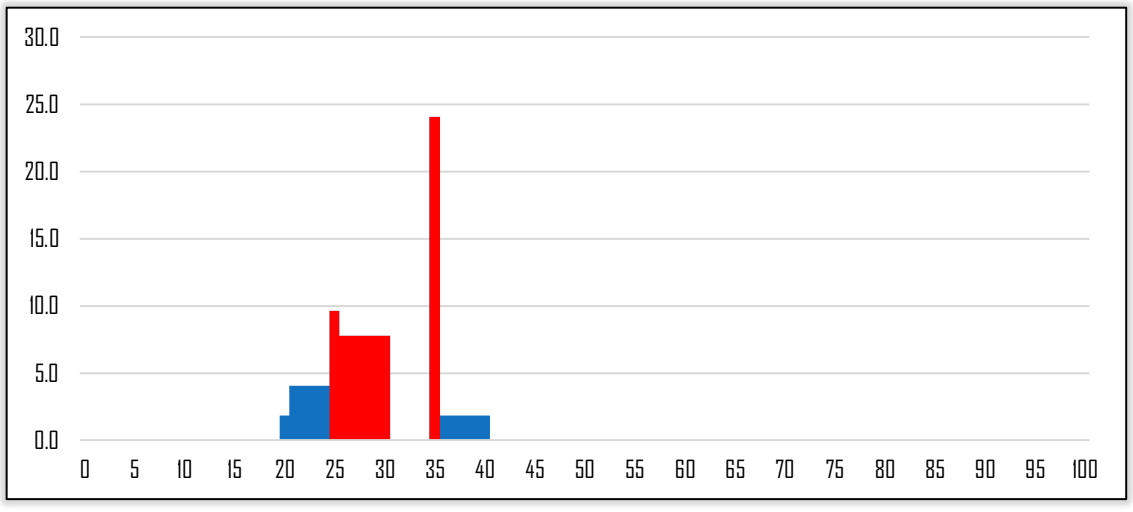
ITEM	CARDIOPATIA IN CLASSE IV NYHA (INCLUSE CARDIOPATIE CONGENITE CLASSE IV DIA CON SOGGETTI IN CONDIZIONI SCADUTE DIV IN CONDIZIONI SCADUTE CARDIOMIOPATIA DILATATIVA CON INSUFFICIENZA CARDIACA GRAVE O CARDIOMIOPATIA IPERTROFICA FORMA GRAVISSIMA STENOSI MITRALICA GRAVISSIMA SCOMPENSATA INSUFFICIENZA MITRALICA SCOMPENSATA GRAVE, STENOSI AORTICA GRAVE SCOMPENSATA INSUFFICIENZA AORTICA SEVERA GRAVEMENTE SINTOMATICA, CORONAROPATIA GRAVISSIMA)
	81-88%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



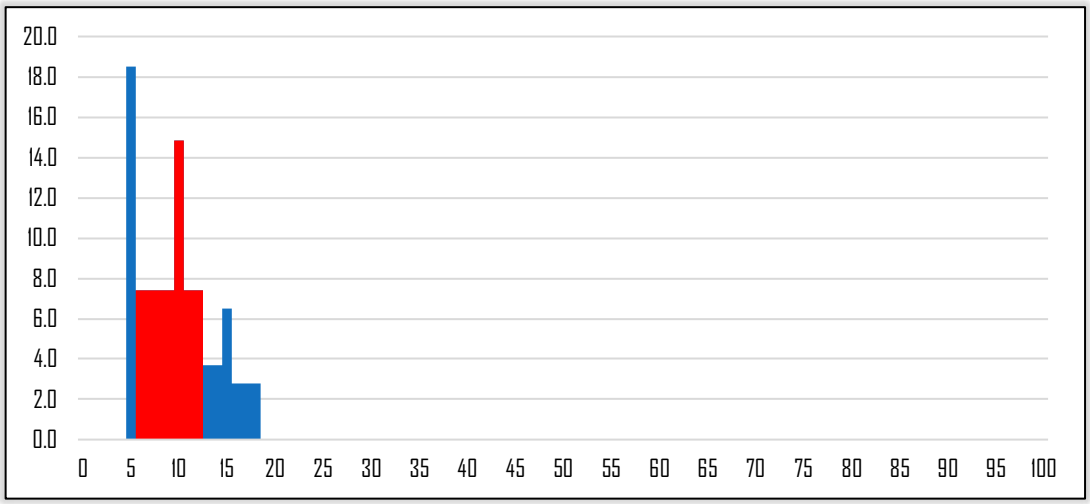
ITEM	CARDIOPATIA IN CLASSE II-III NYHA (INCLUSE CARDIOPATIE CONGENITE CLASSE II-III, DIA CON SOGGETTI IN CONDIZIONI STABILI DIV IN CONDIZIONI STABILI CARDIOMIOPATIA DILATATIVA CON INSUFFICIENZA CARDIACA MODERATA O CARDIOMIOPATIA IPERTROFICA FORMA MODERATA STENOSI MITRALICA MODERATAMENTE SCOMPENSATA, INSUFFICIENZA MITRALICA SCOMPENSATA MODERATA STENOSI AORTICA MODERATAMENTE SCOMPENSATA, INSUFFICIENZA AORTICA MODERATAMENTE SINTOMATICA, CORONAROPATIA MODERATA)
	33-46%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



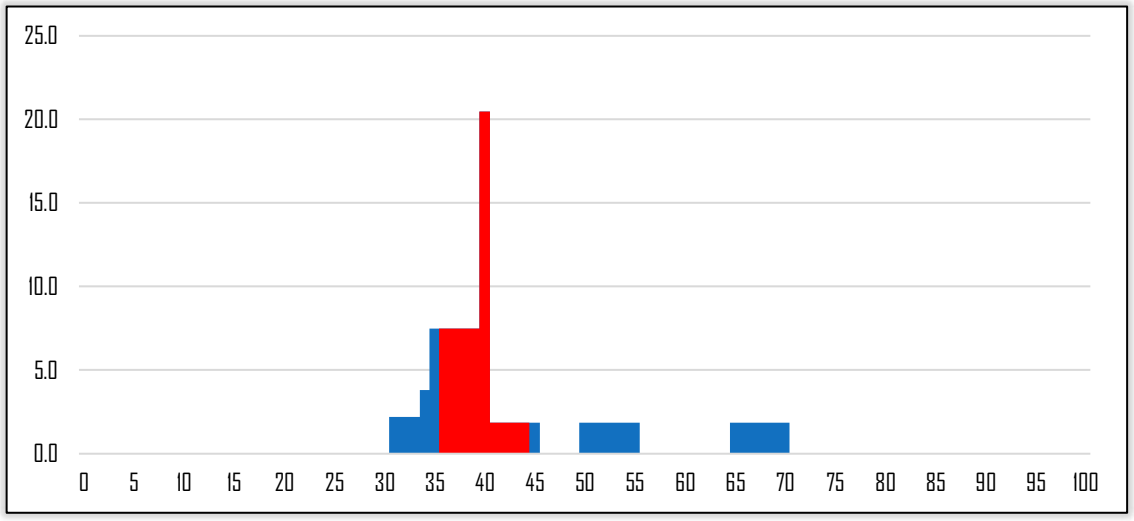
ITEM	TURBE DEL RITMO POTENZIALMENTE MALIGNE, CON SINTOMATOLOGIA RILEVANTE, NON CONTROLLABILI CON TERAPIA FARMACOLOGICA E NECESSITANTI IMPIANTO DI PACEMAKER
	25-35%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



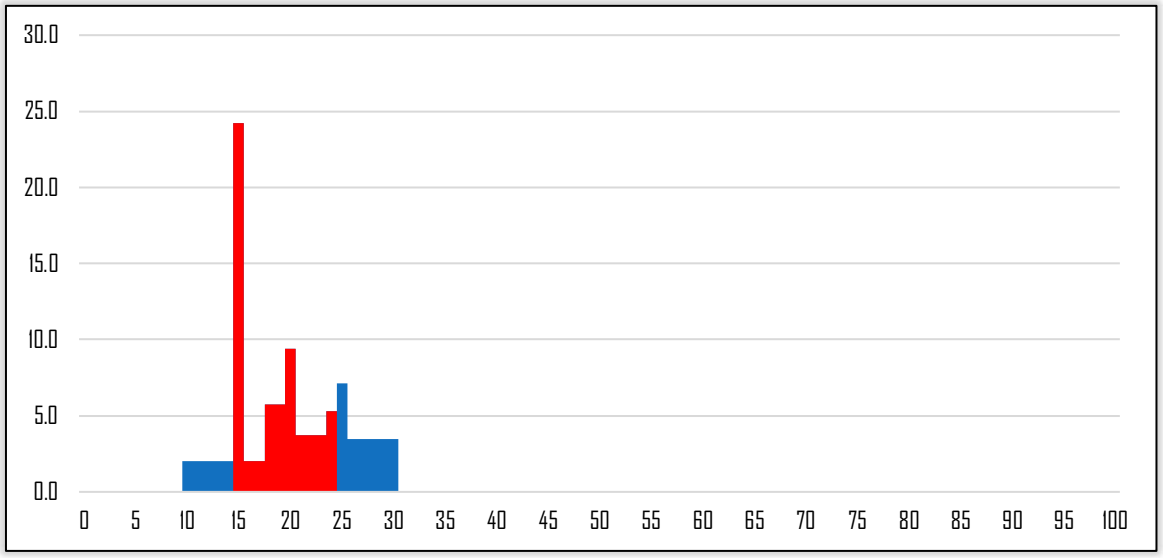
ITEM	TURBE DEL RITMO BENIGNE, CON SINTOMATOLOGIA LIEVE/MODERATA, CONTROLLABILI CON TERAPIA FARMACOLOGICA
	6-12%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



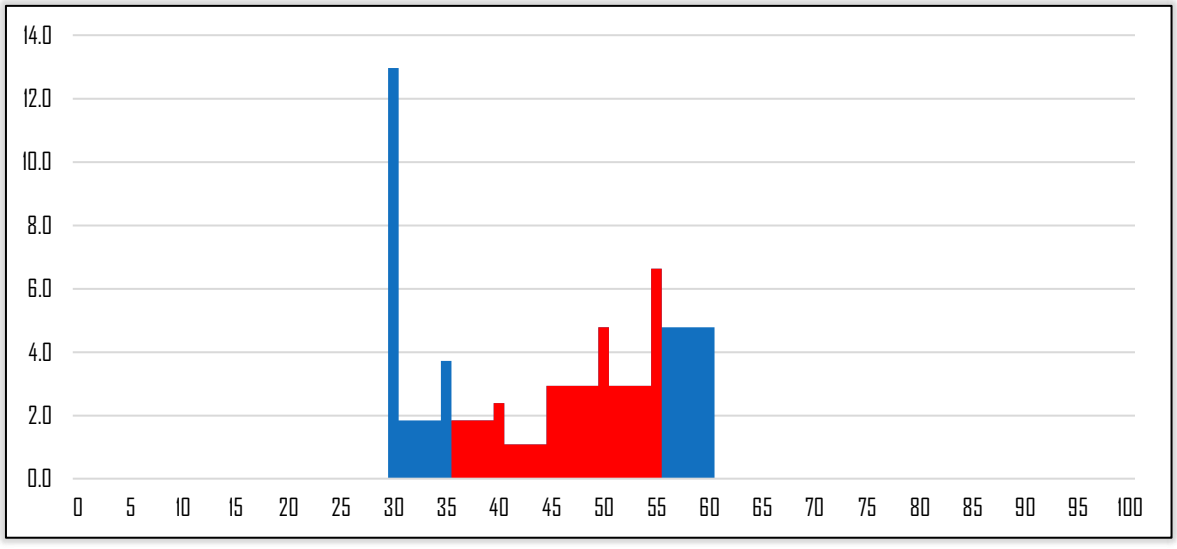
ITEM	DISTURBI DEL RITMO SINTOMATICI MALGRADO L'IMPIANTO DI PACEMAKER
	36-44%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



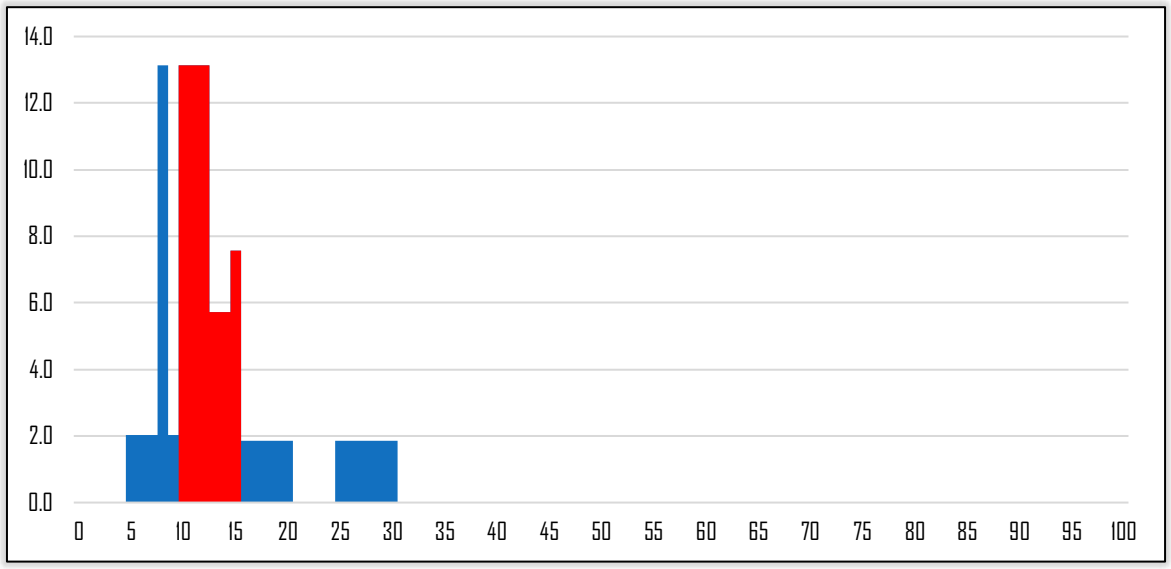
ITEM	FIBRILLAZIONE ATRIALE CRONICA IN ADEGUATO COMPENSO CON TERAPIA FARMACOLOGICA
	15-24%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



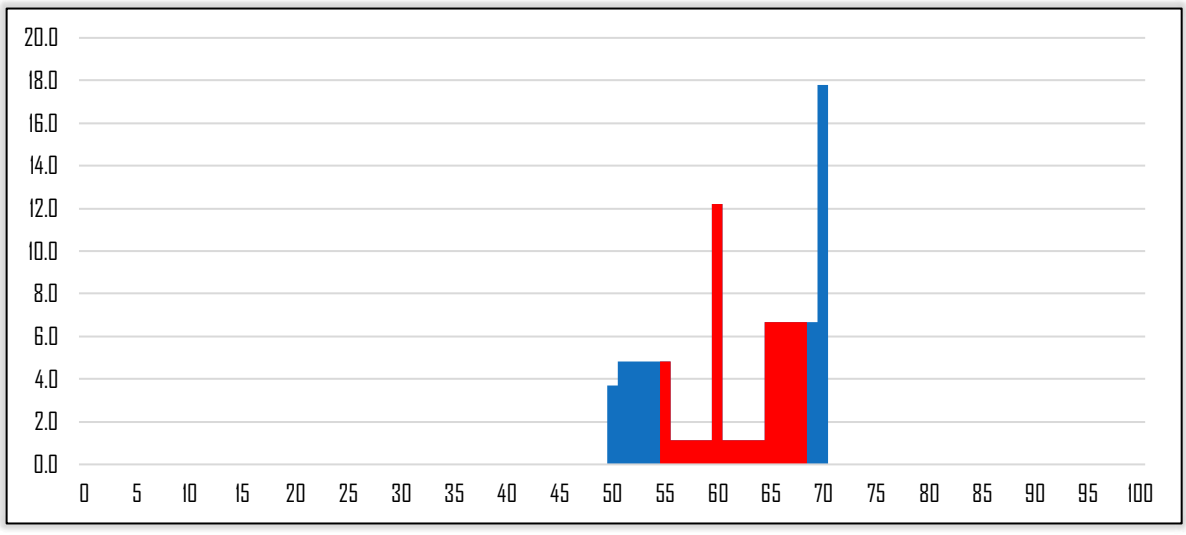
ITEM	IPERTENSIONE ARTERIOSA CON MARCATA IPERTROFIA VENTRICOLARE SINISTRA, ALTERAZIONI DEL FUNDUS OCULI DI III GRADO E INSUFFICIENZA RENALE MODERATA-GRAVE
	36-55%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



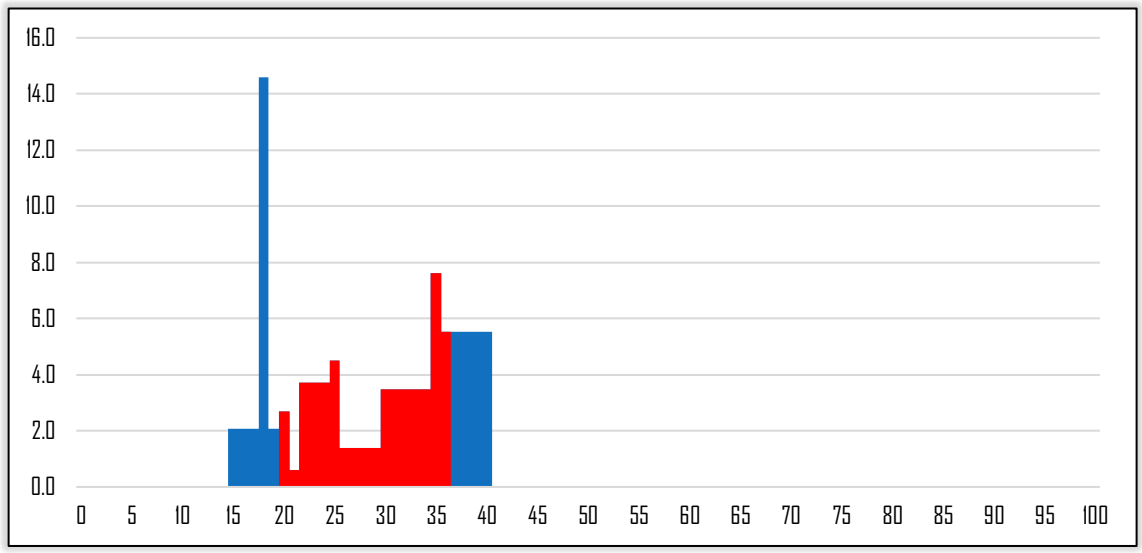
ITEM	IPERTENSIONE ARTERIOSA BEN CONTROLLATA DA TERAPIA DIETETICA E/O FARMACOLOGICA MA CON NECESSITÀ DI FREQUENTI ADEGUAMENTI TERAPEUTICI E MODERATE MANIFESTAZIONI CLINICHE
	10-15%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



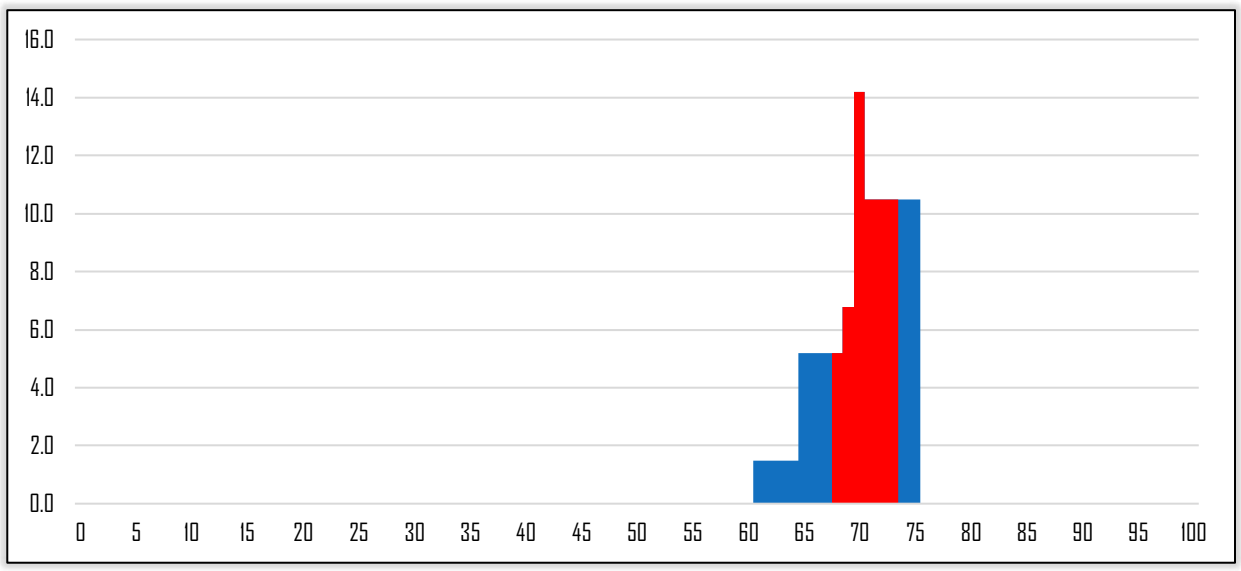
ITEM	ESITI DI TRAPIANTO CARDIACO CON COMPLICANZE DI GRADO MODERATO
	55-68%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



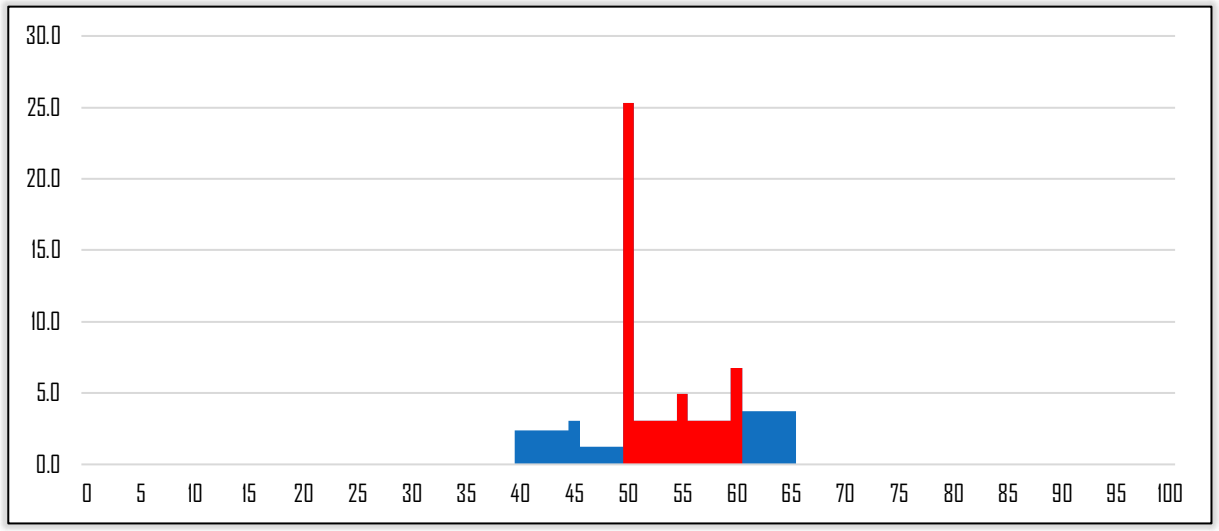
ITEM	ESITI DI ANEURISMA AORTICO TRATTATO CHIRURGICAMENTE CON TUBO VALVOLATO
	20-36%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



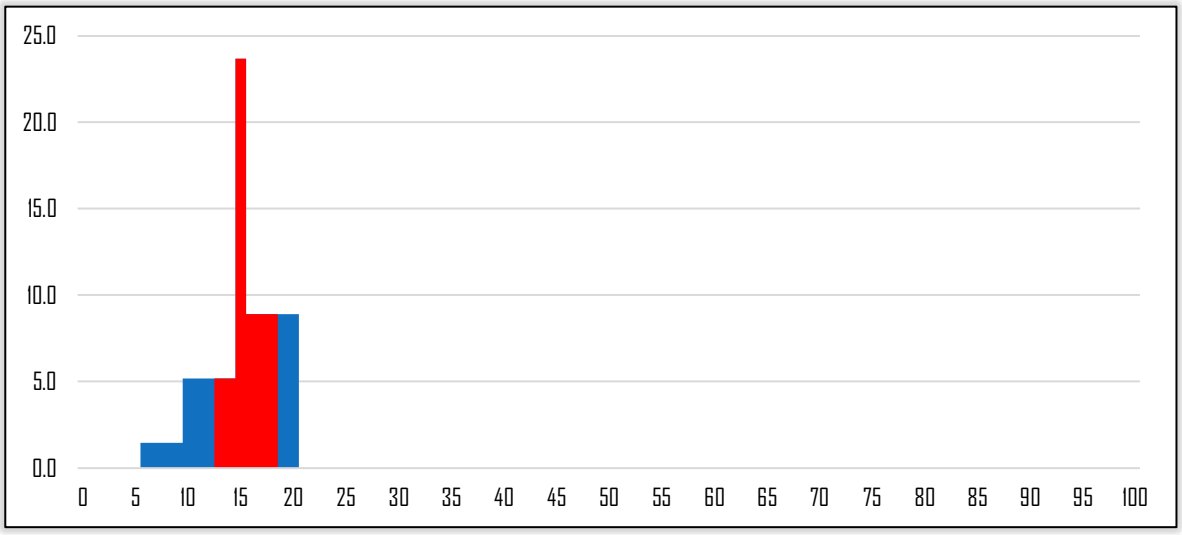
ITEM	ARTERIOPATIA OBLITERANTE CRONICA AAII IN STADIO IVA E IVB DI LERICHE-FONTAINE
	68-73%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



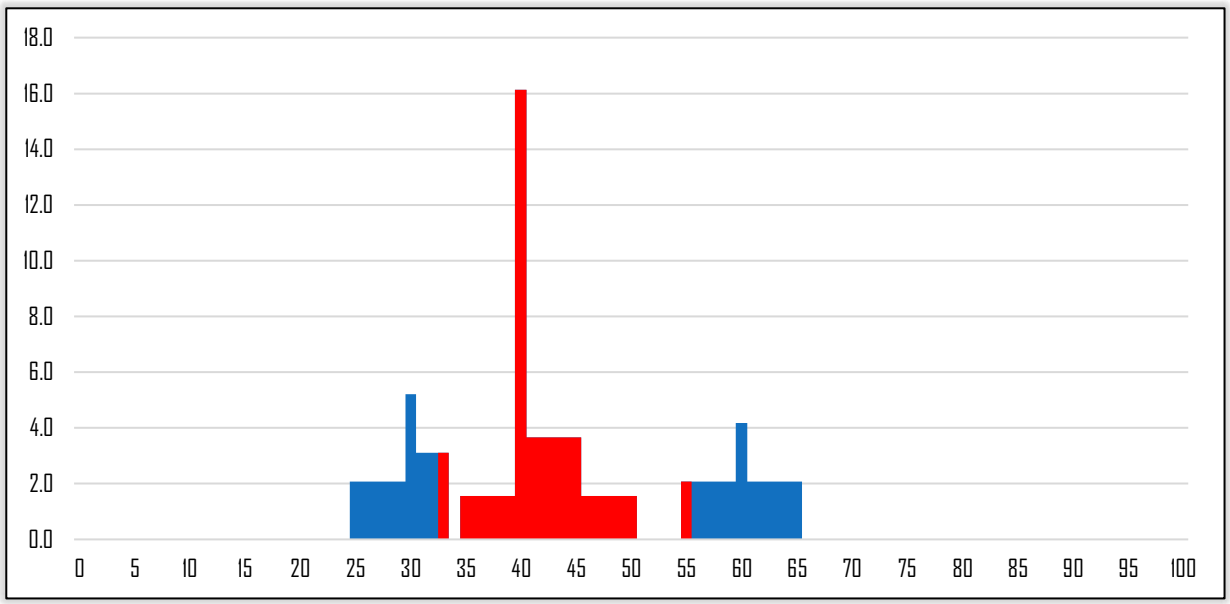
ITEM	ARTERIOPATIA OBLITERANTE CRONICA AAII IN STADIO IIIA DI LERICHE-FONTAINE
	50-60%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



ITEM	ARTERIOPATIA OBLITERANTE CRONICA AAII IN STADIO IIA DI LERICHE-FONTAINE
	13-18%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



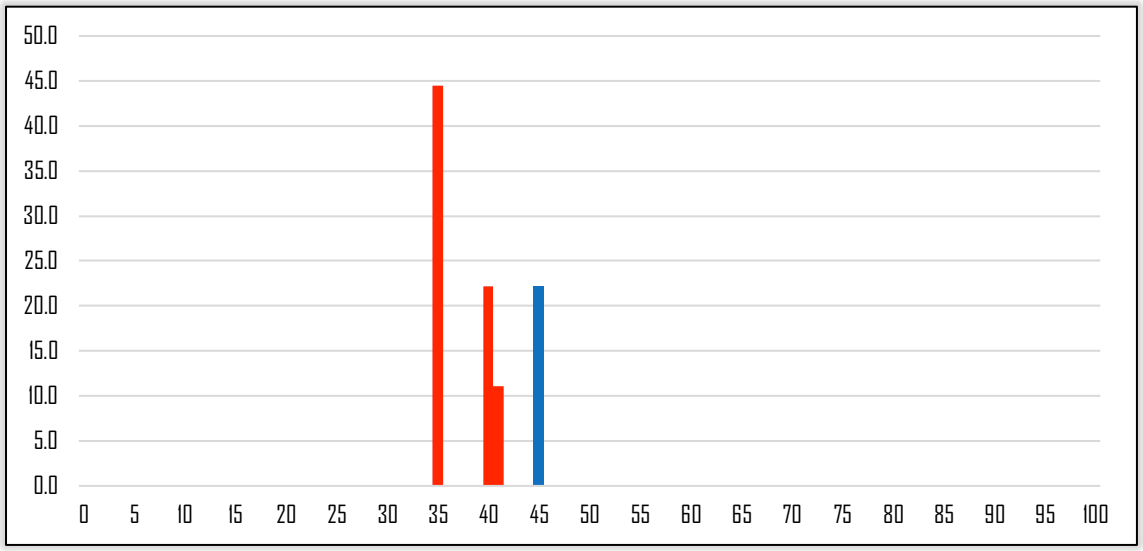
ITEM	FLEBOLINFOPATIA FORMA GRAVE
	33-55%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



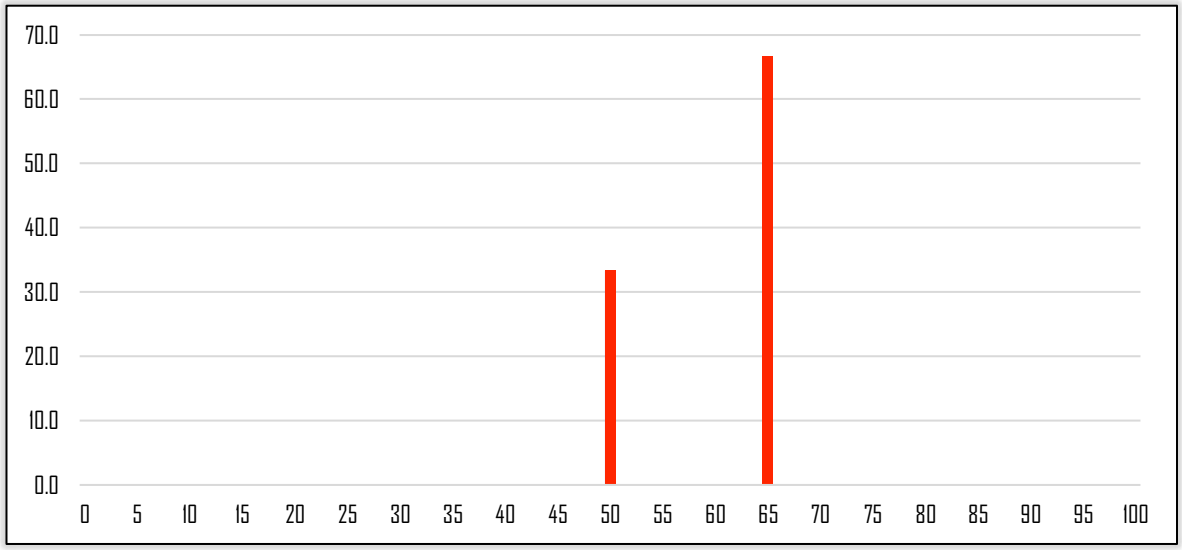
8. **MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE STOMATOGNATICA**

ITEM / VOCI
Perdita di tutti i denti e dell'osso alveolare
Amputazione totale della lingua
Amputazione parziale della lingua con severi disturbi funzionali
Amputazione parziale della lingua con moderati disturbi funzionali
Perdita del labbro inferiore con pregiudizio estetico molto rilevante e gravi difficoltà di linguaggio
Perdita dell’emilabbro superiore con pregiudizio estetico molto rilevante e gravi difficoltà di linguaggio
Anchilosi completa dell'articolazione temporo-mandibolare con gravi difficoltà di linguaggio e funzione masticatoria sostanzialmente abolita
Limitazione dell’apertura della bocca con distanza interincisiva massima di 2 cm
Malocclusione di grado moderato con asimmetria dento-facciale di grado moderato e lievi difficoltà masticatorie

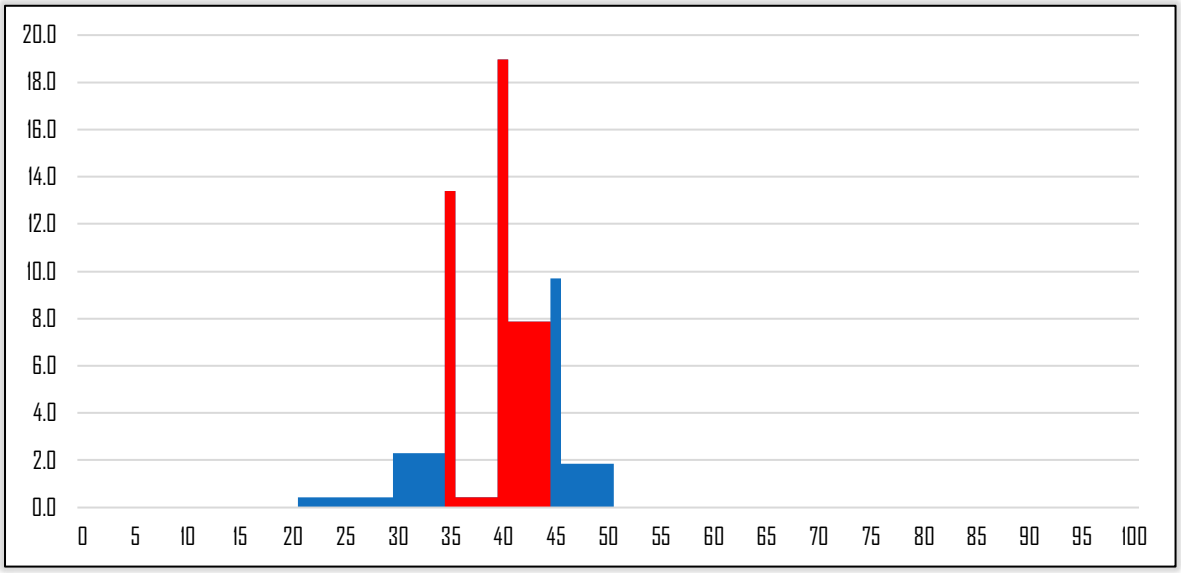
ITEM	PERDITA DI TUTTI I DENTI E DELL'OSSO ALVEOLARE
	35-41%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



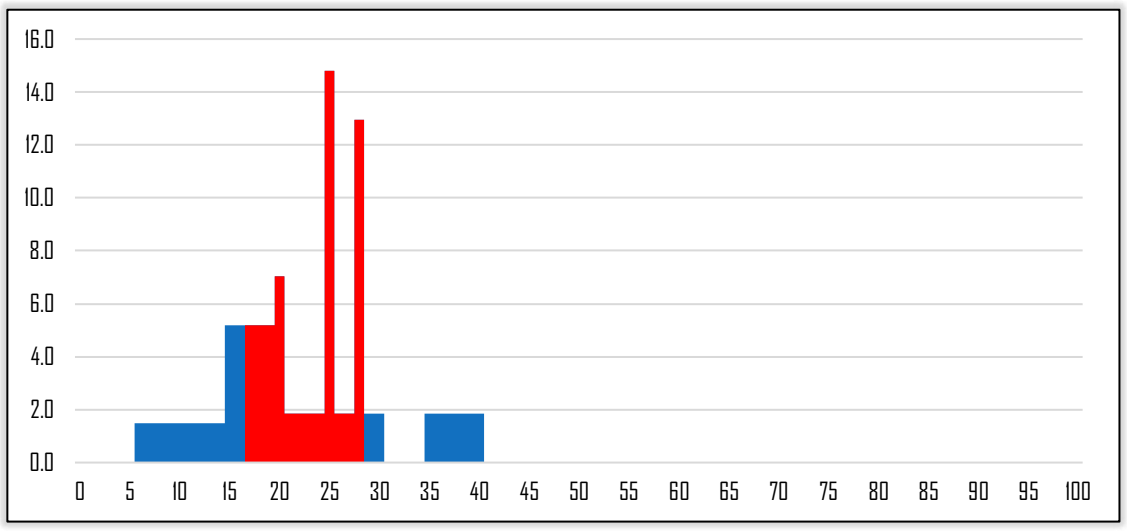
ITEM	AMPUTAZIONE TOTALE DELLA LINGUA
	50-65%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



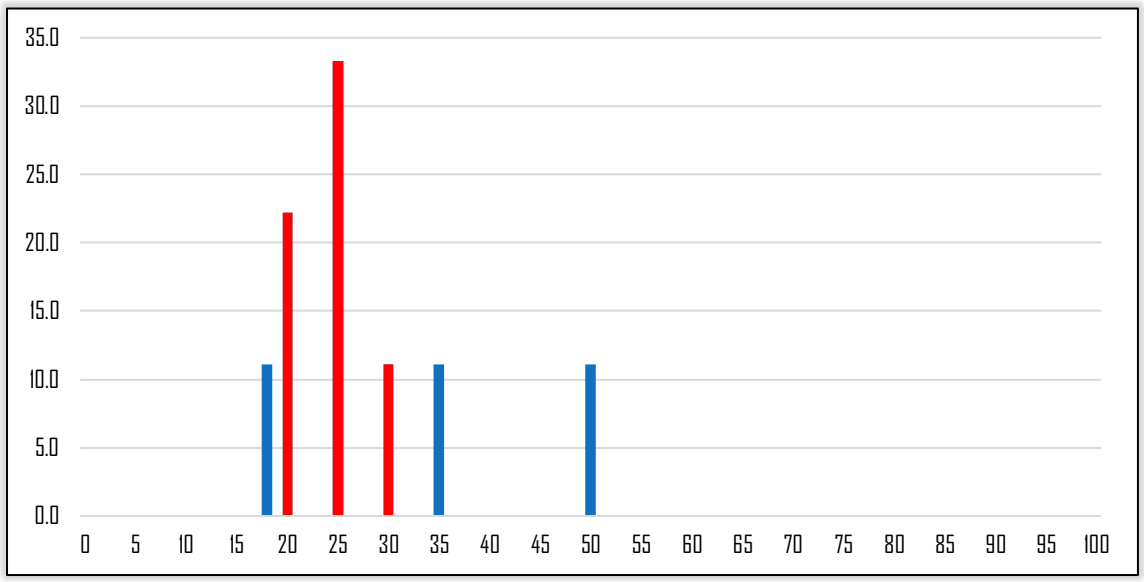
ITEM	AMPUTAZIONE PARZIALE DELLA LINGUA CON SEVERI DISTURBI FUNZIONALI
	35-44%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



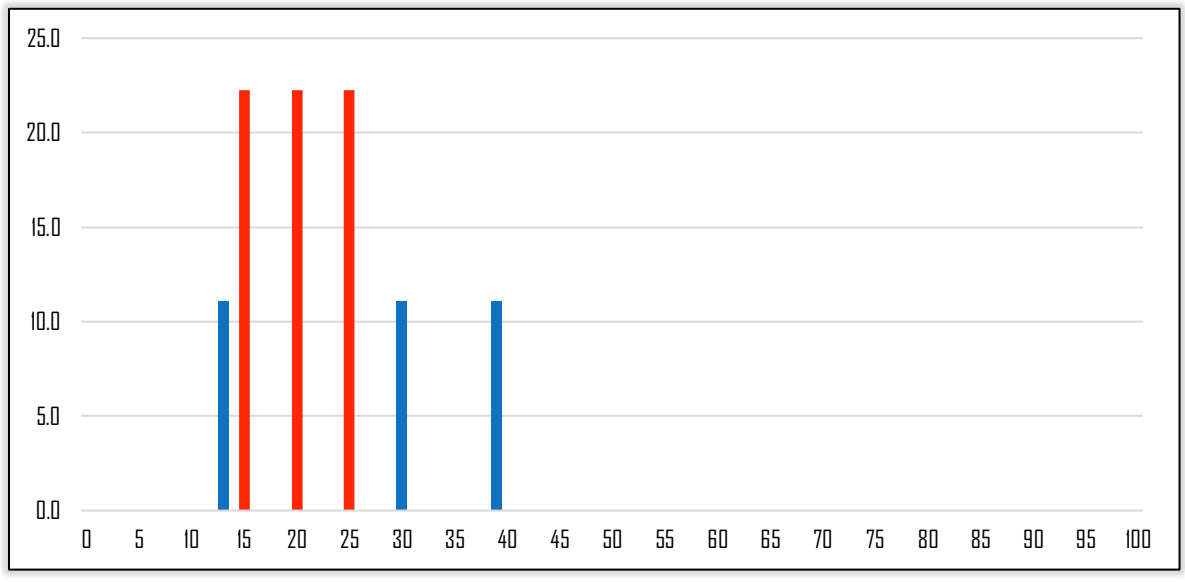
ITEM	AMPUTAZIONE PARZIALE DELLA LINGUA CON MODERATI DISTURBI FUNZIONALI
	17-28%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



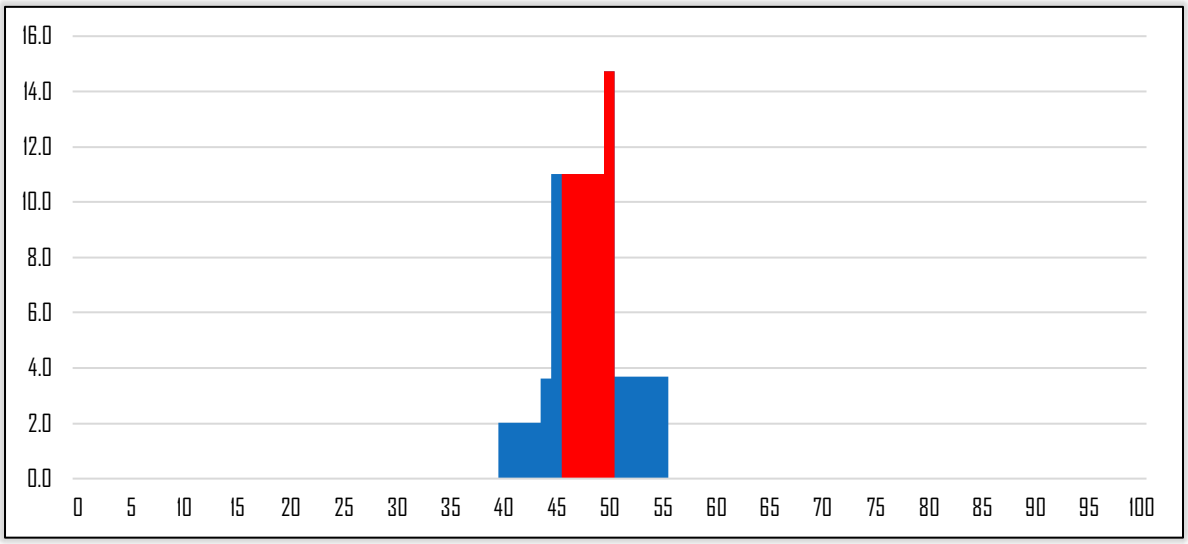
ITEM	PERDITA DEL LABBRO INFERIORE CON PREGIUDIZIO ESTETICO MOLTO RILEVANTE E GRAVI DIFFICOLTÀ DI LINGUAGGIO
	20-30%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



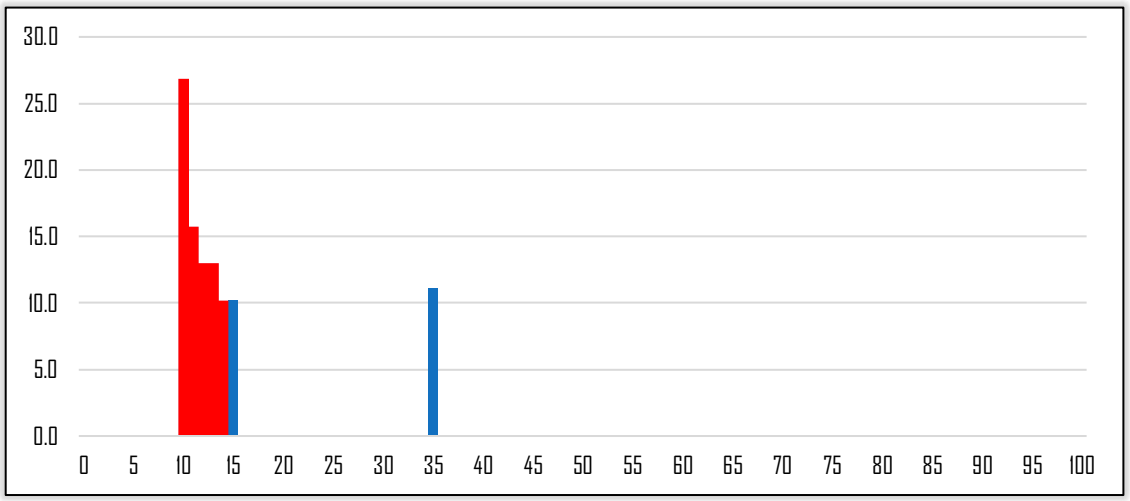
ITEM	PERDITA DELL'EMILABBRO SUPERIORE CON PREGIUDIZIO ESTETICO MOLTO RILEVANTE E GRAVI DIFFICOLTÀ DI LINGUAGGIO
	15-25%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



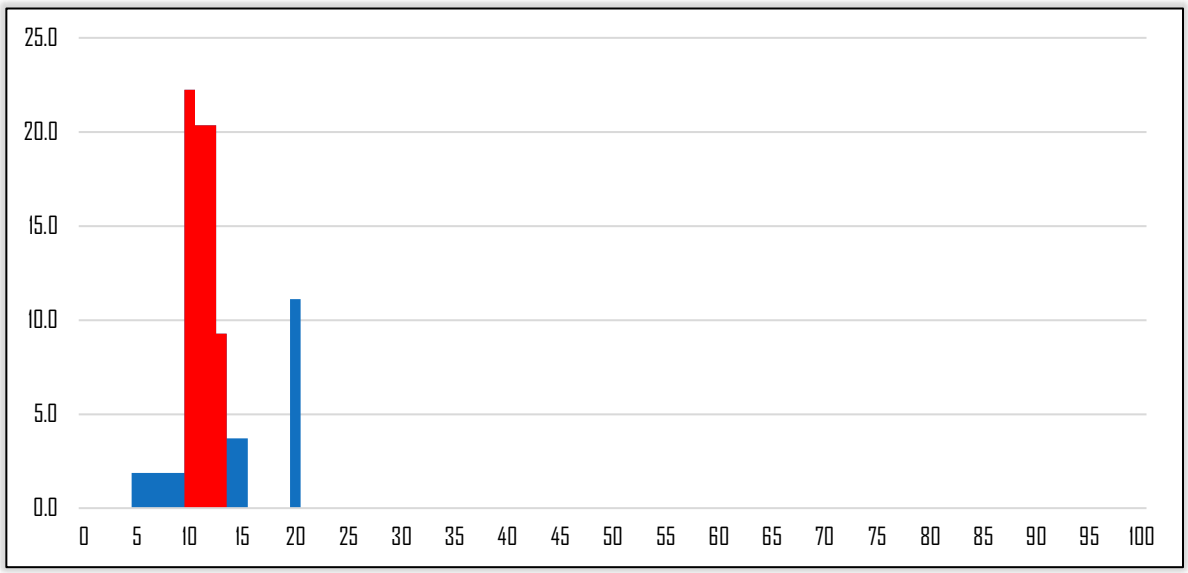
ITEM	ANCHILOSI COMPLETA DELL'ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE CON GRAVI DIFFICOLTÀ DI LINGUAGGIO E FUNZIONE MASTICATORIA SOSTANZIALMENTE ABOLITA
	46-50%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



ITEM	LIMITAZIONE DELL'APERTURA DELLA BOCCA CON DISTANZA INTERINCISIVA MASSIMA DI 2 CM
	10-14%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



ITEM	MALOCCLUSIONE DI GRADO MODERATO CON ASIMMETRIA DENTO-FACCIALE DI GRADO MODERATO E LIEVI DIFFICOLTÀ MASTICATORIE
	10-13%
GRADO DI ACCORDO	FAIR

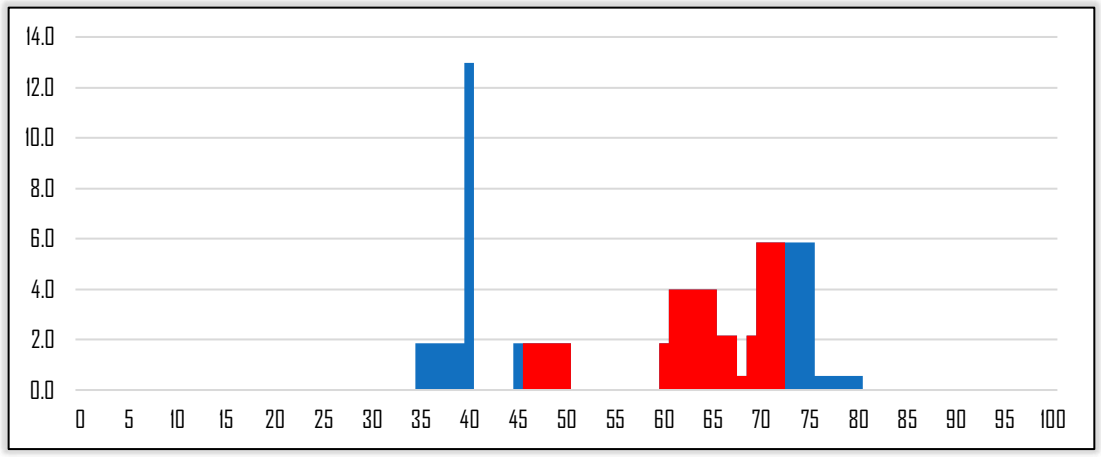


9. **MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE DIGERENTE**

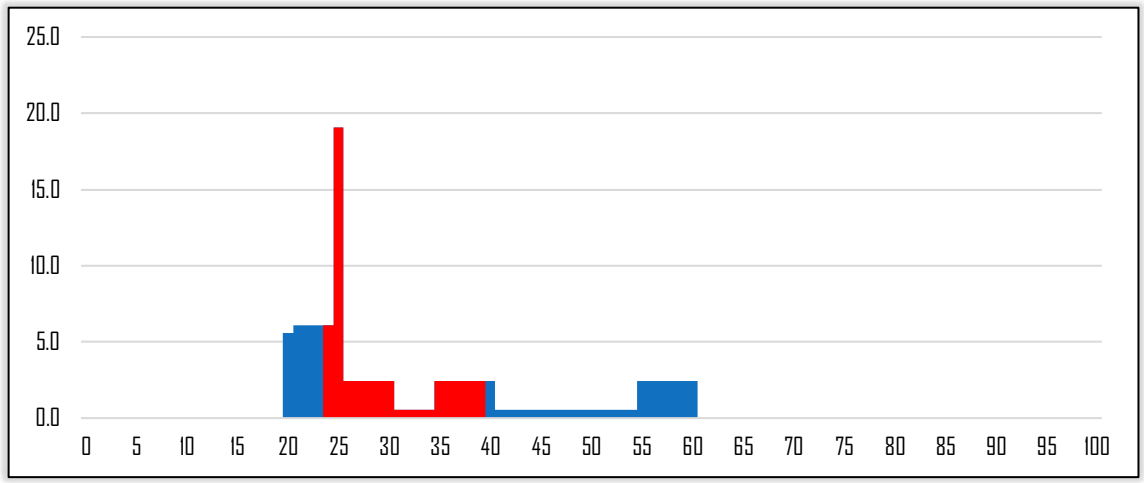
ITEM / VOCI
Patologia del tratto gastro-enterico (esofago-duodeno-digiuno-ileo-colon) di grado severo: stenosi superiore al 50% o resezione superiore al 50% del tratto interessato, sintomi gravi e frequenti, influenzanti in maniera significativa la qualità di vita, necessità di modifiche dietetiche estreme e di trattamento farmacologico intensivo, stato generale gravemente compromesso, perdita di peso superiore al 10% del peso corporeo abituale
Patologia del tratto gastro-enterico (esofago-duodeno-digiuno-ileo-colon) di grado moderato: stenosi compresa tra il 25% e il 50% o resezione compresa tra il 25% e il 50% del tratto interessato, sintomi moderati e occasionali, influenzanti in maniera apprezzabile la qualità di vita, necessità di modifiche dietetiche rilevanti e di trattamento farmacologico, stato generale moderatamente compromesso, perdita di peso tra il 5% e il 10% del peso corporeo abituale
Patologia del tratto gastro-enterico (esofago-duodeno-digiuno-ileo-colon) di grado lieve: stenosi inferiore al 25% o resezione inferiore al 25% del tratto interessato, sintomi lievi e sporadici, non influenzanti in maniera apprezzabile la qualità di vita, necessità di modifiche dietetiche lievi in assenza di trattamento farmacologico, stato generale non compromesso o lievemente compromesso, perdita di peso inferiore al 5% del peso corporeo abituale
Incontinenza dello sfintere anale con perdita di gas e feci incontrollabile
Patologia anorettale su base funzionale con funzione defecatoria preservata
Patologia del pancreas di grado severo: insufficienza esocrina grave (riduzione > 50% dell'attività enzimatica), crisi dolorose frequenti e di elevata intensità, aumento significativo degli enzimi pancreatici e/o di PCR e leucociti, perdita di peso > 10% del peso abituale, importanti ripercussioni sullo stato generale, diabete mellito scompensato
Patologia del pancreas di grado moderato: insufficienza esocrina moderata (riduzione tra il 25% e il 50% dell'attività enzimatica), crisi dolorose occasionali e di intensità moderata, aumento moderato degli enzimi pancreatici e/o alterazione di PCR e leucociti, perdita di peso tra il 5% e il 10% del peso abituale, ripercussioni sullo stato generale limitate ma presenti, pregiudizio della funzione endocrina con alterazione dell'equilibrio glicometabolico pur in assenza di diagnosi di diabete

Patologia del pancreas di grado lieve: insufficienza esocrina lieve (riduzione < 25% dell'attività enzimatica), crisi dolorose sporadiche e di intensità lieve, lieve aumento degli enzimi pancreatici, perdita di peso inferiore al 5% rispetto al peso abituale, ripercussioni sullo stato generale minime o assenti, funzione endocrina conservata o lievi alterazioni dell'equilibrio glicometabolico
Insufficienza epatica di grado severo: indice di fibrosi F4 (cirrosi), punteggio Child-Pugh 10-15, sintomi e segni gravi (encefalopatia di grado 3-4), sanguinamenti variceali frequenti)
Insufficienza epatica di grado moderato: indice di fibrosi F2-F3, punteggio Child-Pugh 7-9, sintomi e segni moderati (ittero moderato, ascite, encefalopatia di grado 1-2)
Insufficienza epatica di grado lieve: indice di fibrosi F0-F1, punteggio Child-Pugh 5-6, sintomi e segni lievi (astenia, subittero, splenomegalia non significativa)
Esiti di trapianto epatico a seconda dell'età, della funzione epatica residua, degli effetti della terapia immunosoppressiva, della stimata percentuale di sopravvivenza, dell'eventuale presenza di fattori di rischio per complicanze

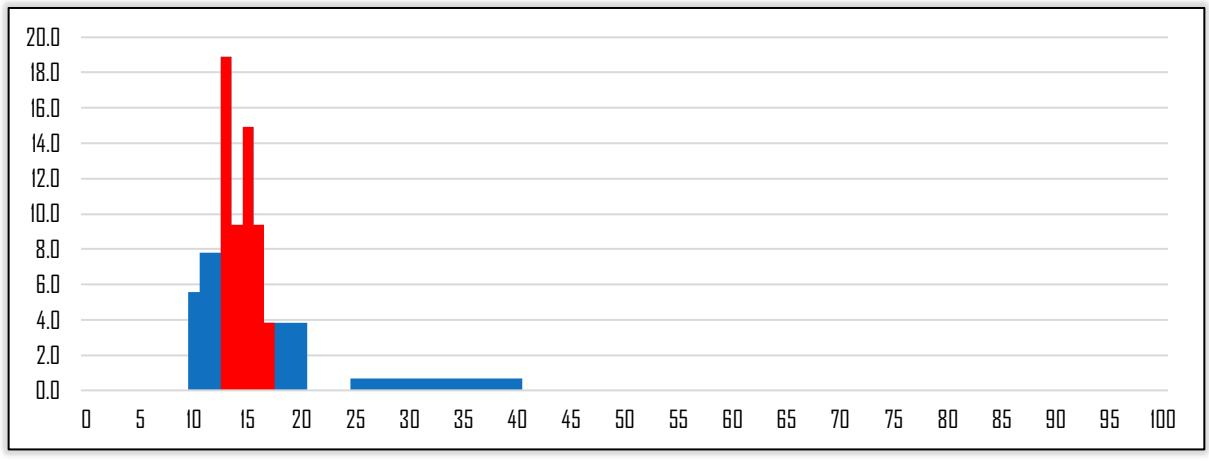
ITEM	PATOLOGIA DEL TRATTO GASTRO-ENTERICO (ESOFAGO-DUODENO-DIGIUNO-ILEO-COLON) DI GRADO SEVERO: STENOSI SUPERIORE AL 50% O RESEZIONE SUPERIORE AL 50% DEL TRATTO INTERESSATO, SINTOMI GRAVI E FREQUENTI, INFLUENZANTI IN MANIERA SIGNIFICATIVA LA QUALITÀ DI VITA, NECESSITÀ DI MODIFICHE DIETETICHE ESTREME E DI TRATTAMENTO FARMACOLOGICO INTENSIVO, STATO GENERALE GRAVEMENTE COMPROMESSO, PERDITA DI PESO SUPERIORE AL 10% DEL PESO CORPOREO ABITUALE
	46-72%
GRADO DI ACCORDO	POOR



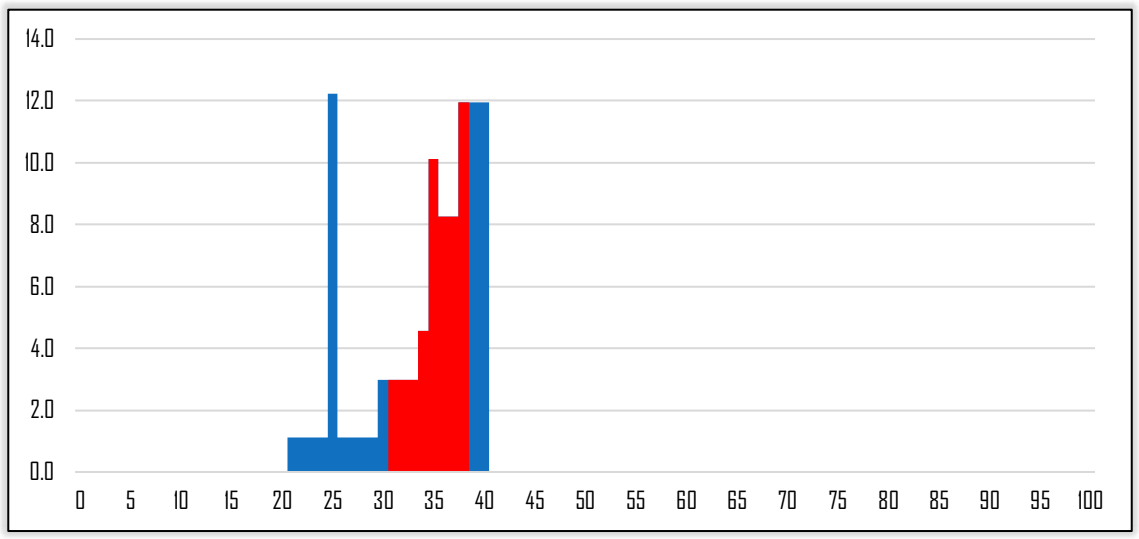
ITEM	PATOLOGIA DEL TRATTO GASTRO-ENTERICO (ESOFAGO-DUODENO-DIGIUNO-ILEO-COLON) DI GRADO MODERATO: STENOSI COMPRESA TRA IL 25% E IL 50% O RESEZIONE COMPRESA TRA IL 25% E IL 50% DEL TRATTO INTERESSATO, SINTOMI MODERATI E OCCASIONALI, INFLUENZANTI IN MANIERA APPREZZABILE LA QUALITÀ DI VITA, NECESSITÀ DI MODIFICHE DIETETICHE RILEVANTI E DI TRATTAMENTO FARMACOLOGICO, STATO GENERALE MODERATAMENTE COMPROMESSO, PERDITA DI PESO TRA IL 5% E IL 10% DEL PESO CORPOREO ABITUALE
	24-39%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



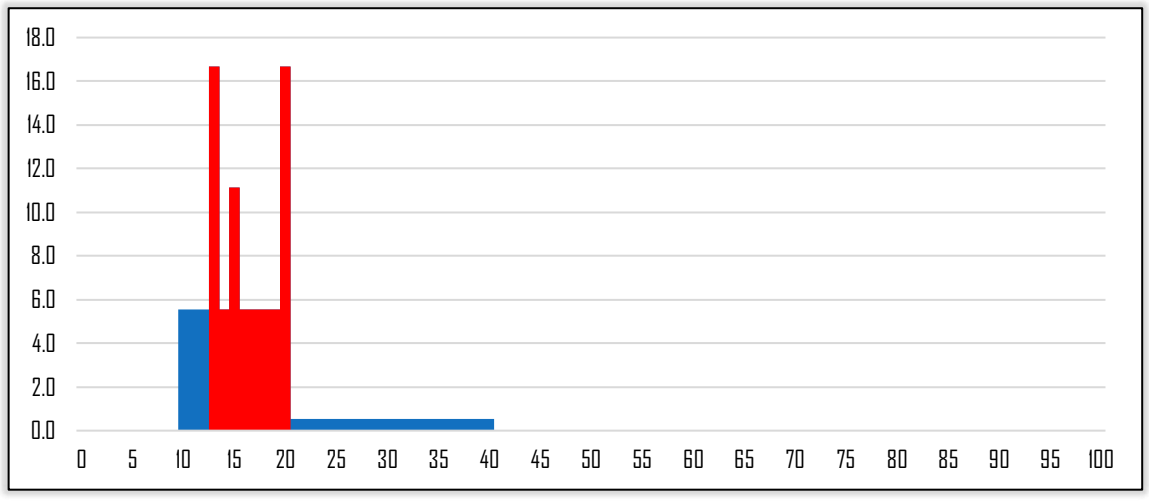
ITEM	PATOLOGIA DEL TRATTO GASTRO-ENTERICO (ESOFAGO-DUODENO-DIGIUNO-ILEO-COLON) DI GRADO LIEVE: STENOSI INFERIORE AL 25% O RESEZIONE INFERIORE AL 25% DEL TRATTO INTERESSATO, SINTOMI LIEVI E SPORADICI, NON INFLUENZANTI IN MANIERA APPREZZABILE LA QUALITÀ DI VITA, NECESSITÀ DI MODIFICHE DIETETICHE LIEVI IN ASSENZA DI TRATTAMENTO FARMACOLOGICO, STATO GENERALE NON COMPROMESSO O LIEVEMENTE COMPROMESSO, PERDITA DI PESO INFERIORE AL 5% DEL PESO CORPOREO ABITUALE
	13-17%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



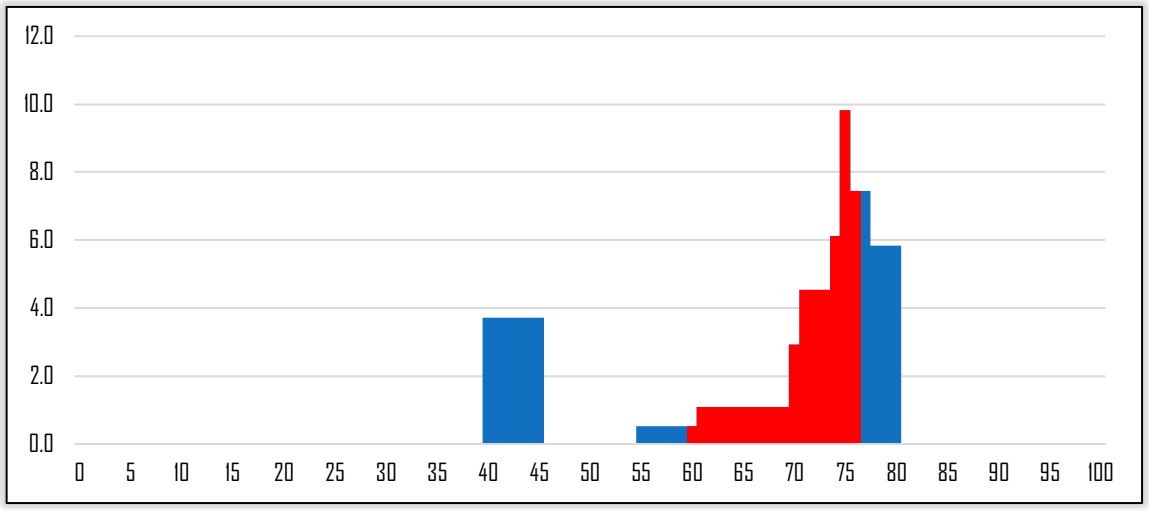
ITEM	INCONTINENZA DELLO SFINTERE ANALE CON PERDITA DI GAS E FECI INCONTROLLABILE
	31-38%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



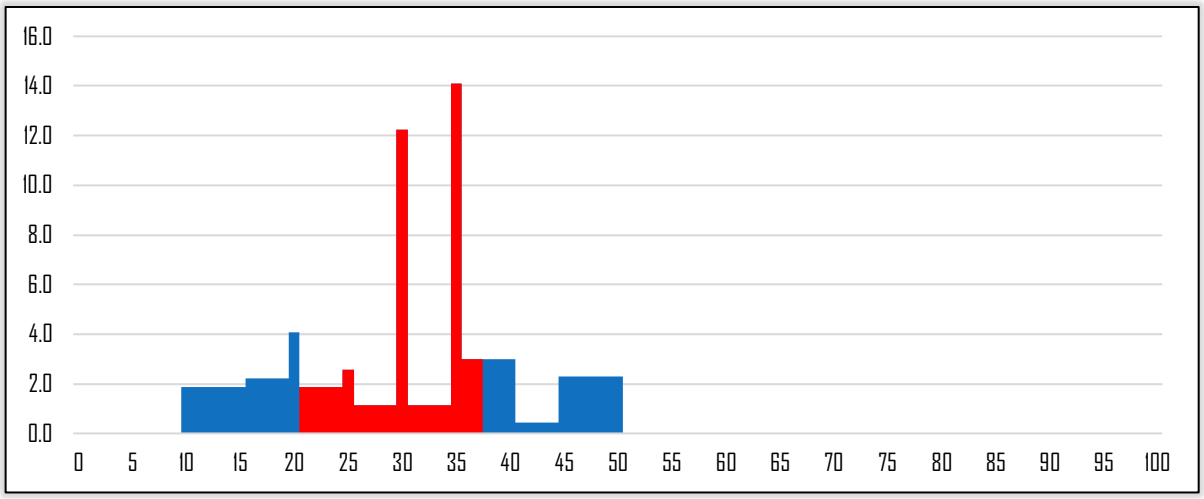
ITEM	PATOLOGIA ANORETTALE SU BASE FUNZIONALE CON FUNZIONE DEFECATORIA PRESERVATA
	13-20%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



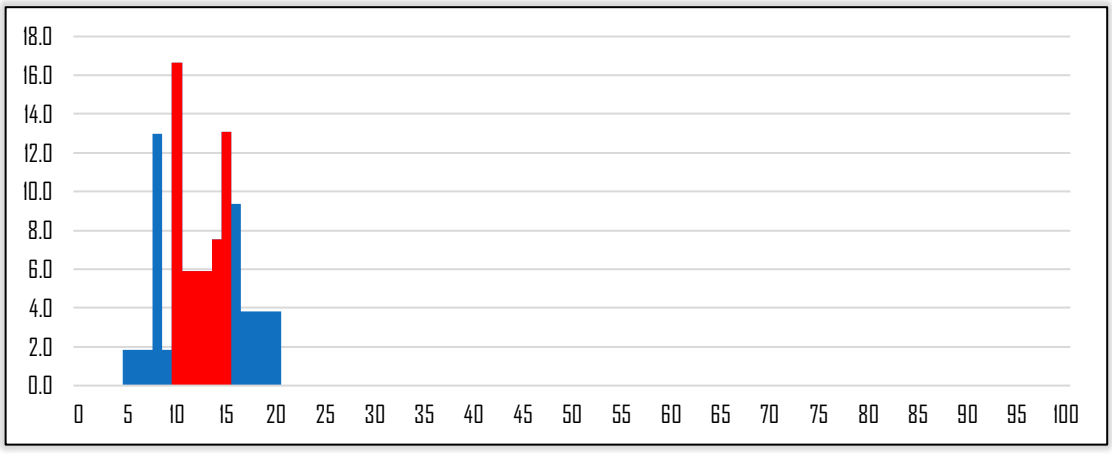
ITEM	PATOLOGIA DEL PANCREAS DI GRADO SEVERO: INSUFFICIENZA ESOCRINA GRAVE (RIDUZIONE > 50% DELL'ATTIVITÀ ENZIMATICA), CRISI DOLOROSE FREQUENTI E DI ELEVATA INTENSITÀ, AUMENTO SIGNIFICATIVO DEGLI ENZIMI PANCREATICI E/O DI PCR E LEUCOCITI, PERDITA DI PESO > 10% DEL PESO ABITUALE, IMPORTANTI RIPERCUSSIONI SULLO STATO GENERALE, DIABETE MELLITO SCOMPENSATO
	60-76%
GRADO DI ACCORDO	POOR



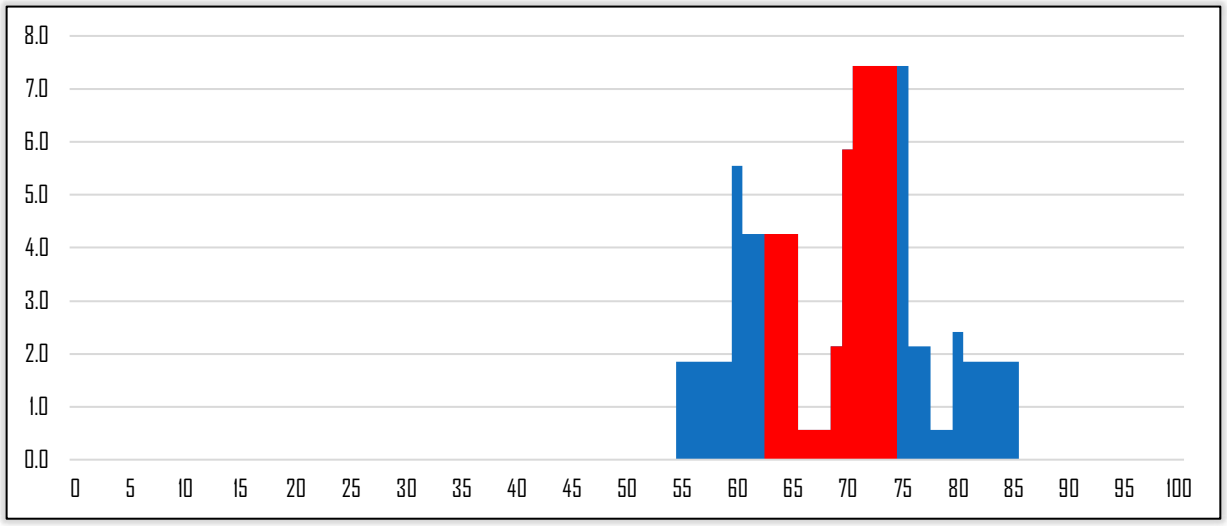
ITEM	PATOLOGIA DEL PANCREAS DI GRADO MODERATO: INSUFFICIENZA ESOCRINA MODERATA (RIDUZIONE TRA IL 25% E IL 50% DELL'ATTIVITÀ ENZIMATICA), CRISI DOLOROSE OCCASIONALI E DI INTENSITÀ MODERATA, AUMENTO MODERATO DEGLI ENZIMI PANCREATICI E/O ALTERAZIONE DI PCR E LEUCOCITI, PERDITA DI PESO TRA IL 5% E IL 10% DEL PESO ABITUALE, RIPERCUSSIONI SULLO STATO GENERALE LIMITATE MA PRESENTI, PREGIUDIZIO DELLA FUNZIONE ENDOCRINA CON ALTERAZIONE DELL'EQUILIBRIO GLICOMETABOLICO PUR IN ASSENZA DI DIAGNOSI DI DIABETE
	21-37%
GRADO DI ACCORDO	POOR



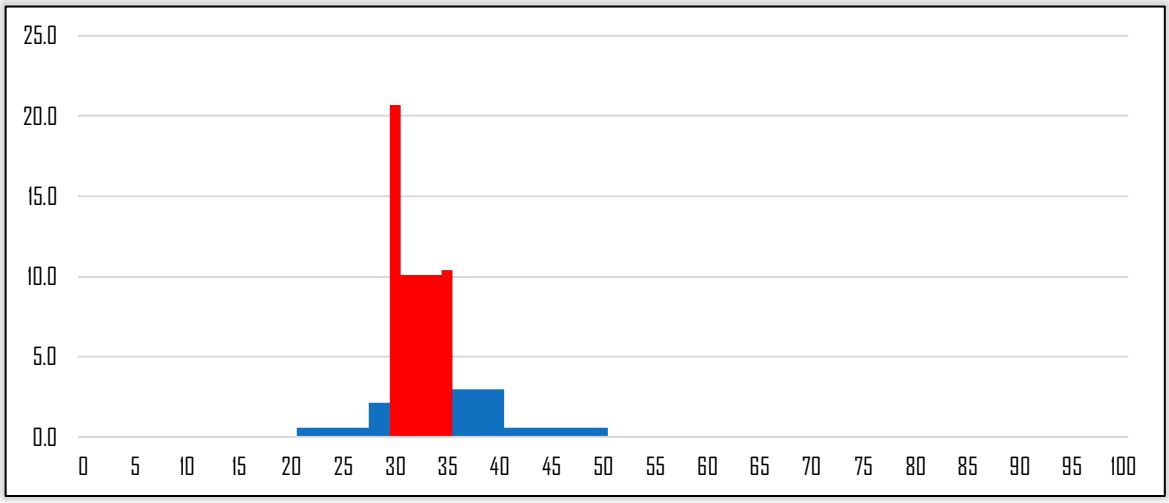
ITEM	PATOLOGIA DEL PANCREAS DI GRADO LIEVE: INSUFFICIENZA ESOCRINA LIEVE (RIDUZIONE < 25% DELL' ATTIVITÀ ENZIMATICA), CRISI DOLOROSE SPORADICHE E DI INTENSITÀ LIEVE, LIEVE AUMENTO DEGLI ENZIMI PANCREATICI, PERDITA DI PESO INFERIORE AL 5% RISPETTO AL PESO ABITUALE, RIPERCUSSIONI SULLO STATO GENERALE MINIME O ASSENTI, FUNZIONE ENDOCRINA CONSERVATA O LIEVI ALTERAZIONI DELL'EQUILIBRIO GLICOMETABOLICO
	10-15%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



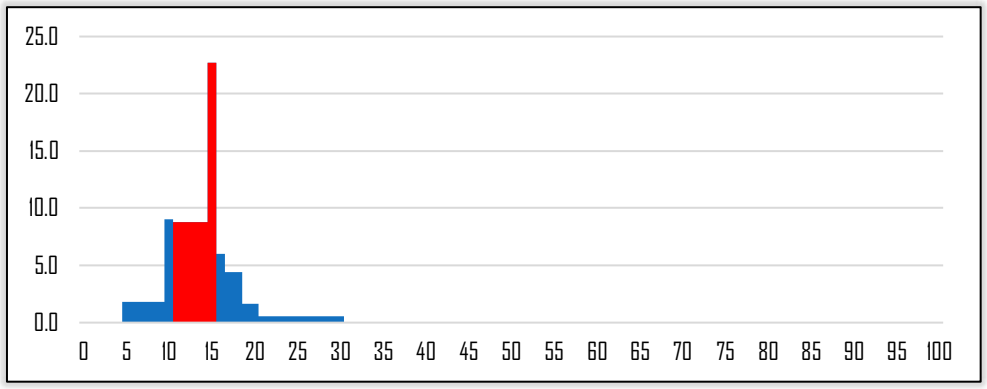
ITEM	INSUFFICIENZA EPATICA DI GRADO SEVERO: INDICE DI FIBROSI F4 (CIRROSI), PUNTEGGIO CHILD-PUGH 10-15, SINTOMI E SEGNI GRAVI (ENCEFALOPATIA DI GRADO 3-4), SANGUINAMENTI VARICEALI FREQUENTI)
	63-74%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



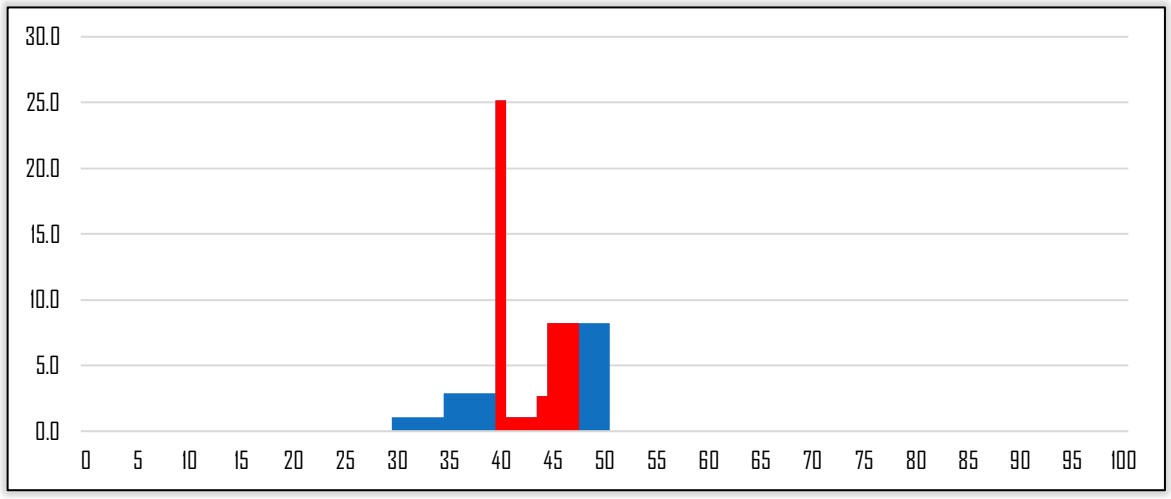
ITEM	INSUFFICIENZA EPATICA DI GRADO MODERATO: INDICE DI FIBROSI F2-F3, PUNTEGGIO CHILD-PUGH 7-9, SINTOMI E SEGNI MODERATI (ITTERO MODERATO, ASCITE, ENCEFALOPATIA DI GRADO 1-2)
	30-35%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



ITEM	INSUFFICIENZA EPATICA DI GRADO LIEVE: INDICE DI FIBROSI F0-F1, PUNTEGGIO CHILD-PUGH 5-6, SINTOMI E SEGNI LIEVI (ASTENIA, SUBITTERO, SPLENOMEGALIA NON SIGNIFICATIVA)
	11-15%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



ITEM	ESITI DI TRAPIANTO EPATICO A SECONDA DELL'ETÀ, DELLA FUNZIONE EPATICA RESIDUA, DEGLI EFFETTI DELLA TERAPIA IMMUNOSOPPRESSIVA, DELLA STIMATA PERCENTUALE DI SOPRAVVIVENZA, DELL'EVENTUALE PRESENZA DI FATTORI DI RISCHIO PER COMPLICANZE
	40-47%
GRADO DI ACCORDO	FAIR

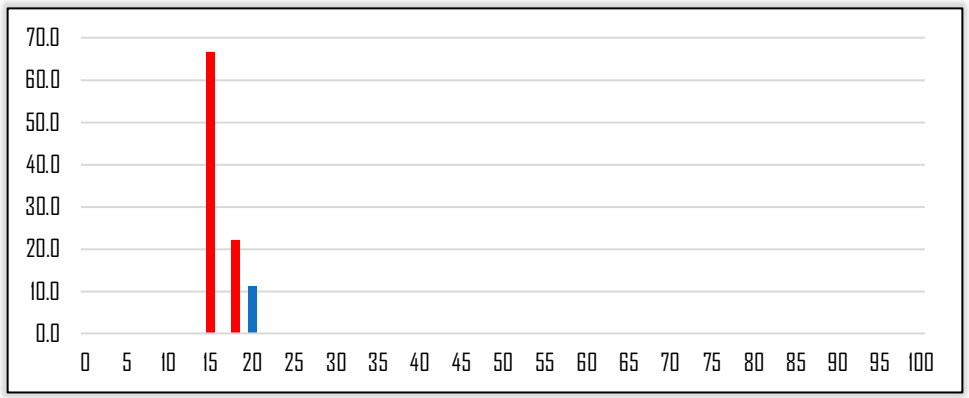


10. **MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE NEFRO-UROLOGICA**

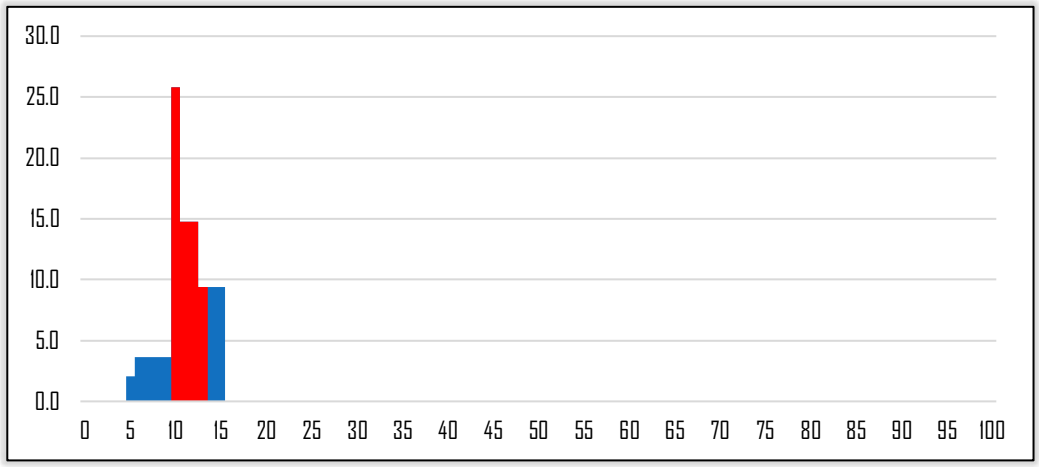
ITEM / VOCI
Perdita di un rene con rene superstite normo funzionante

Rene a ferro di cavallo e rene policistico dell'adulto
Insufficienza renale grave: creatinina plasmatica: > 4 mg/dL, filtrato glomerulare < 30 ml/min/1.73 m², azotemia: > 80 mg/dL, anemia severa, oligoanuria, disturbi idroelettrolitici severi e di difficile controllo con terapia, manifestazioni sistemiche severe, necessità di dialisi o trapianto renale, ripercussioni cardiovascolari severe e potenzialmente letali
Insufficienza renale moderata: creatinina plasmatica: 2-4 mg/dL, filtrato glomerulare 30-59 ml/min/1.73 m², azotemia: 40-80 mg/dL, anemia moderata, volume urinario ridotto, disturbi idroelettrolitici presenti ma controllabili con terapia, manifestazioni sistemiche presenti ma controllabili, non necessità di dialisi, ripercussioni cardiovascolari moderate
Insufficienza renale lieve: creatinina plasmatica: 1.5-2 mg/dL (uomini), 1.3-1.9 mg/dL (donne), filtrato glomerulare 60-89 ml/min/1.73 m², azotemia: 20-40 mg/dL, lieve anemia, volume urinario normale, disturbi idroelettrolitici assenti o lievi, manifestazioni sistemiche assenti o lievi, non necessità di dialisi, ripercussioni cardiovascolari minime o assenti
Esito di trapianto renale con insufficiente ripristino della funzionalità e complicanze di grado grave
Esito di trapianto renale con soddisfacente ripristino della funzionalità e complicanze assenti o di grado lieve
Sindrome nefrosica persistente
Nefrostomia o ureterocutaneostomia definitiva
Ritenzione urinaria cronica con necessità di frequenti cateterismi
Incontinenza urinaria totale

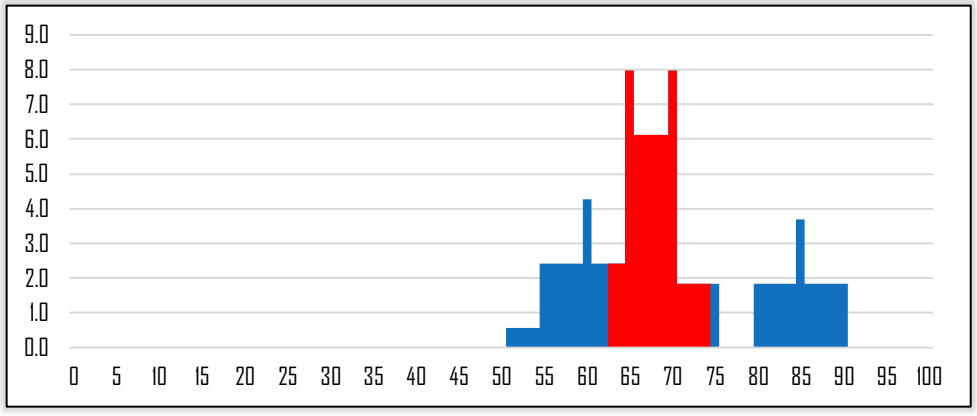
ITEM	PERDITA DI UN RENE CON RENE SUPERSTITE NORMOFUNZIONANTE
RANGE	15-18%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



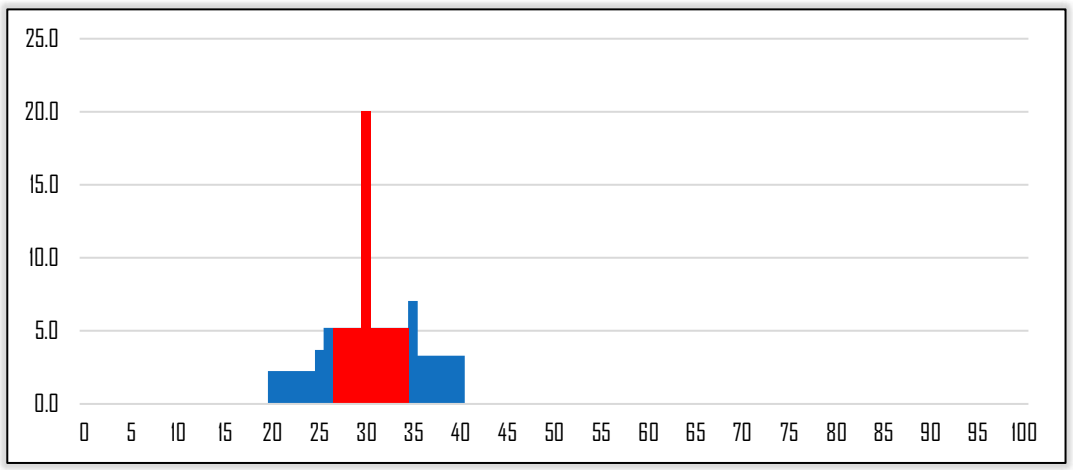
ITEM	RENE A FERRO DI CAVALLO E RENE POLICISTICO DELL'ADULTO
RANGE	10-13%
MEDIANA	12%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



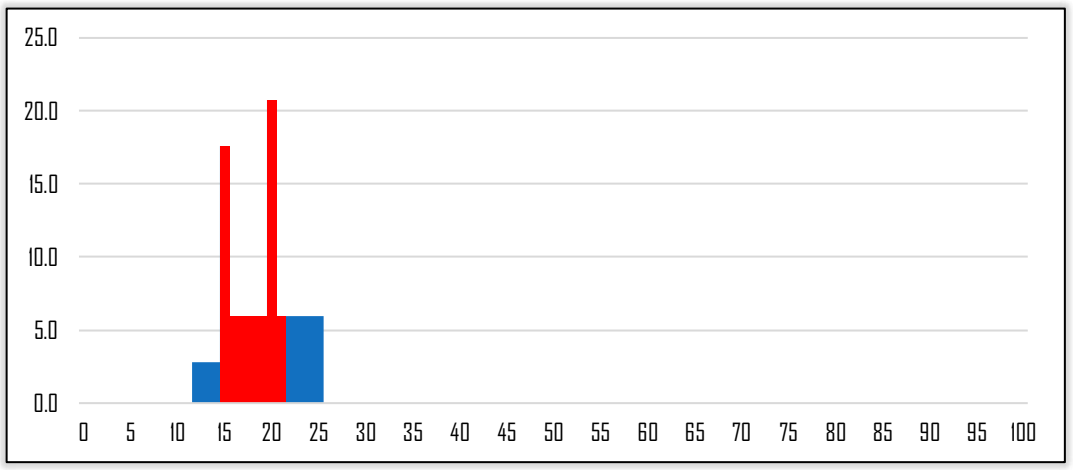
ITEM	INSUFFICIENZA RENALE GRAVE: > 4 MG/DL, FILTRATO GLOMERULARE < 30 ML/MIN/1.73 M², AZOTEMIA: > 80 MG/DL, ANEMIA SEVERA, OLIGOANURIA, DISTURBI IDROELETTROLITICI SEVERI E DI DIFFICILE CONTROLLO CON TERAPIA, MANIFESTAZIONI SISTEMICHE SEVERE , NECESSITÀ DI DIALISI O TRAPIANTO RENALE, RIPERCUSSIONI CARDIOVASCOLARI SEVERE E POTENZIALMENTE LETALI
	63-74%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



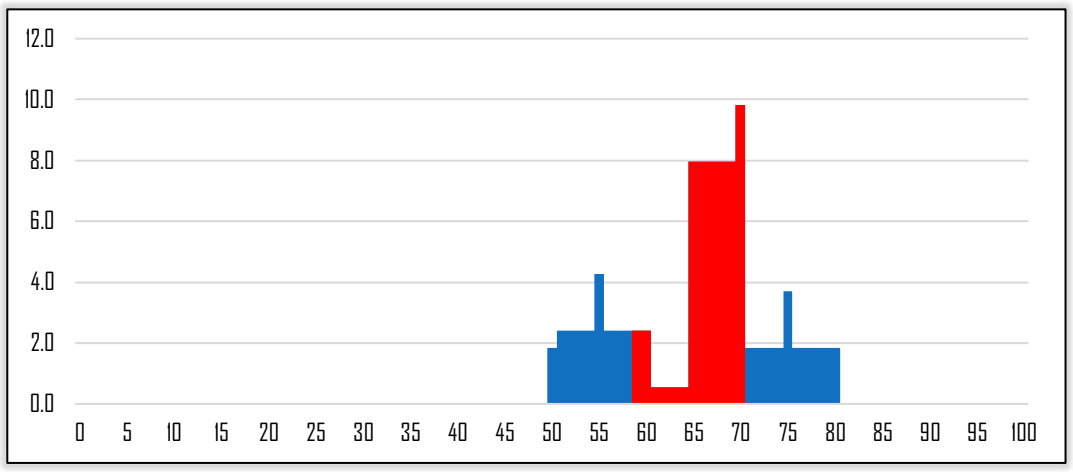
ITEM	INSUFFICIENZA RENALE MODERATA: CREATININA PLASMATICA: 2-4 MG/DL, FILTRATO GLOMERULARE 30-59 ML/MIN/1.73 M², AZOTEMIA: 40-80 MG/DL, ANEMIA MODERATA, VOLUME URINARIO RIDOTTO, DISTURBI IDROELETTROLITICI PRESENTI MA CONTROLLABILI CON TERAPIA, MANIFESTAZIONI SISTEMICHE PRESENTI MA CRONTROLLABILI, NON NECESSITÀ DI DIALISI, RIPERCUSSIONI CARDIOVASCOLARI MODERATE
	27-34%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



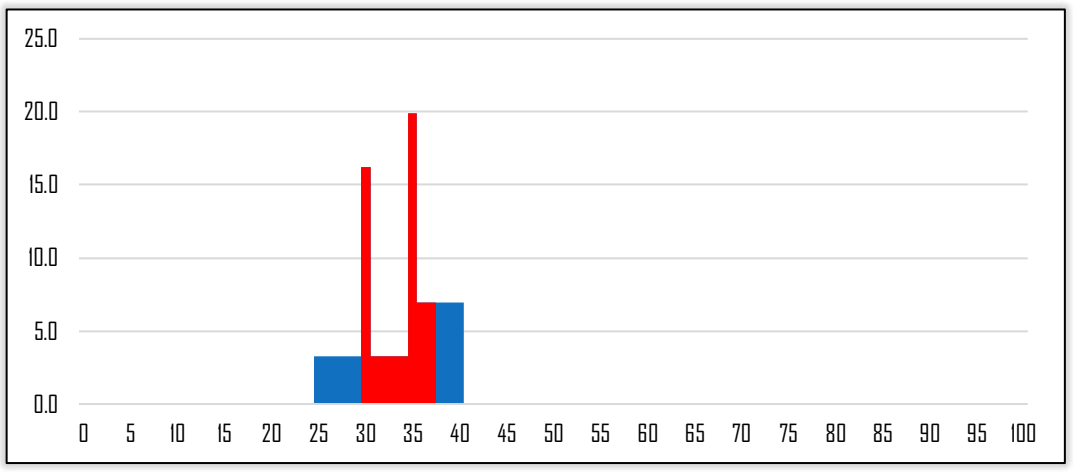
ITEM	INSUFFICIENZA RENALE LIEVE: CREATININA PLASMATICA: 1.5-2 MG/DL (UOMINI), 1.3-1.9 MG/DL (DONNE), FILTRATO GLOMERULARE 60-89 ML/MIN/1.73 M², AZOTEMIA: 20-40 MG/DL, LIEVE ANEMIA, VOLUME URINARIO NORMALE, DISTURBI IDROELETTROLITICI ASSENTI O LIEVI, MANIFESTAZIONI SISTEMICHE ASSENTI O LIEVI, NON NECESSITÀ DI DIALISI, RIPERCUSSIONI CARDIOVASCOLARI MINIME O ASSENTI
	15-21%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



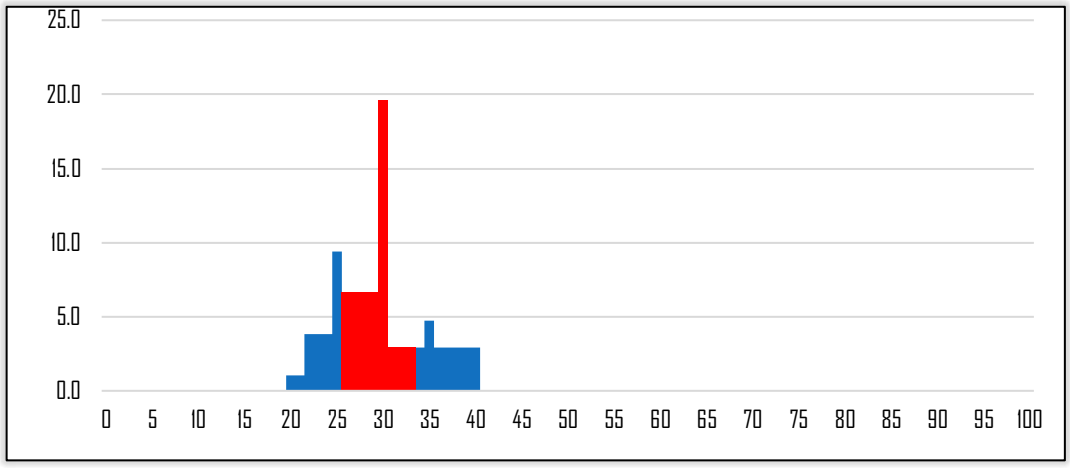
ITEM	ESITO DI TRAPIANTO RENALE CON INSUFFICIENTE RIPRISTINO DELLA FUNZIONALITÀ E COMPLICANZE DI GRADO GRAVE
	64%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



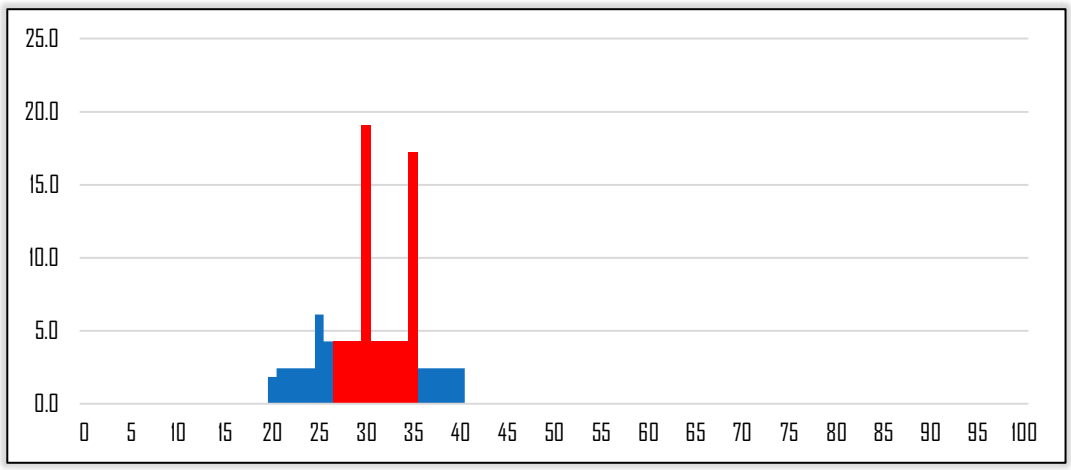
ITEM	ESITO DI TRAPIANTO RENALE CON SODDISFACENTE RIPRISTINO DELLA FUNZIONALITÀ E COMPLICANZE ASSENTI O DI GRADO LIEVE
	30-37%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



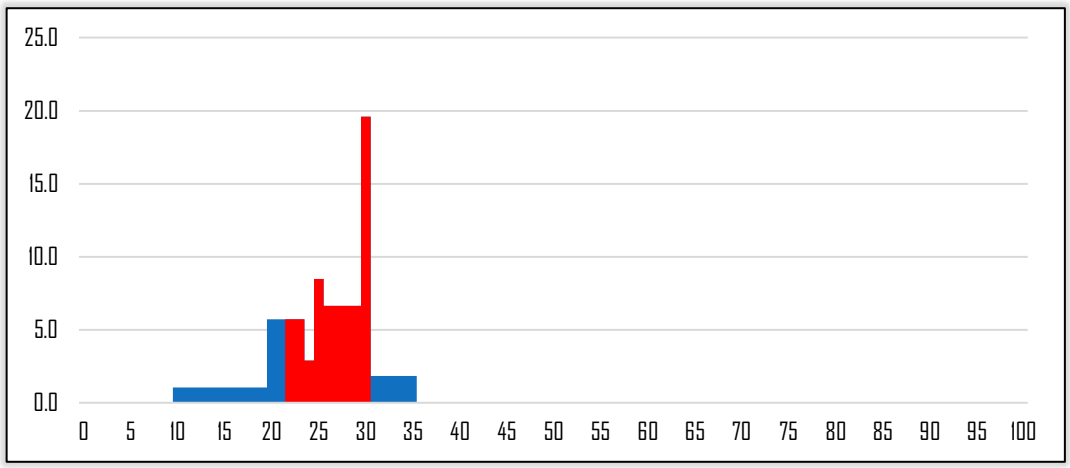
ITEM	SINDROME NEFROSICA PERSISTENTE
	26-33%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



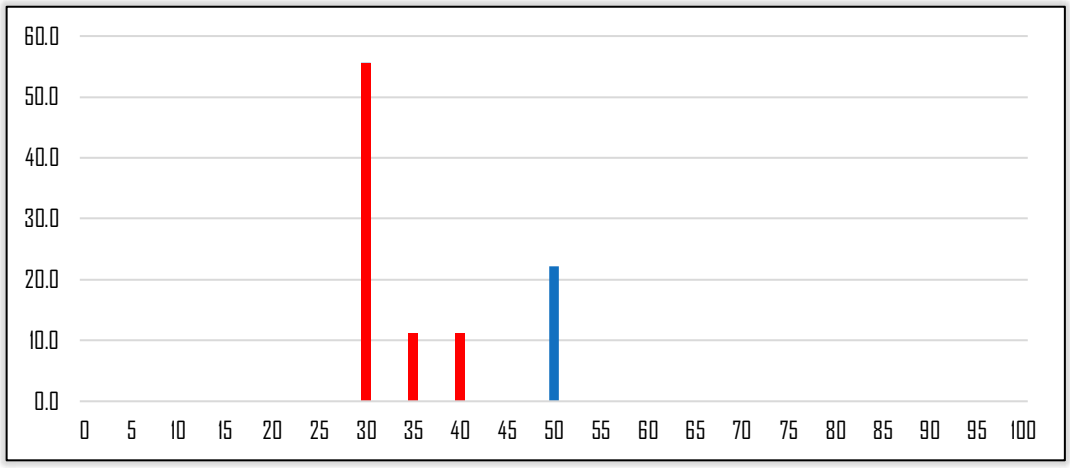
ITEM	NEFROSTOMIA O URETEROCUTANEOSTOMIA DEFINITIVA
	27-35%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



ITEM	RITENZIONE URINARIA CRONICA CON NECESSITÀ DI FREQUENTI CATETERISMI
	22-30%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



ITEM	INCONTINENZA URINARIA TOTALE
	30-40%
GRADO DI ACCORDO	GOOD

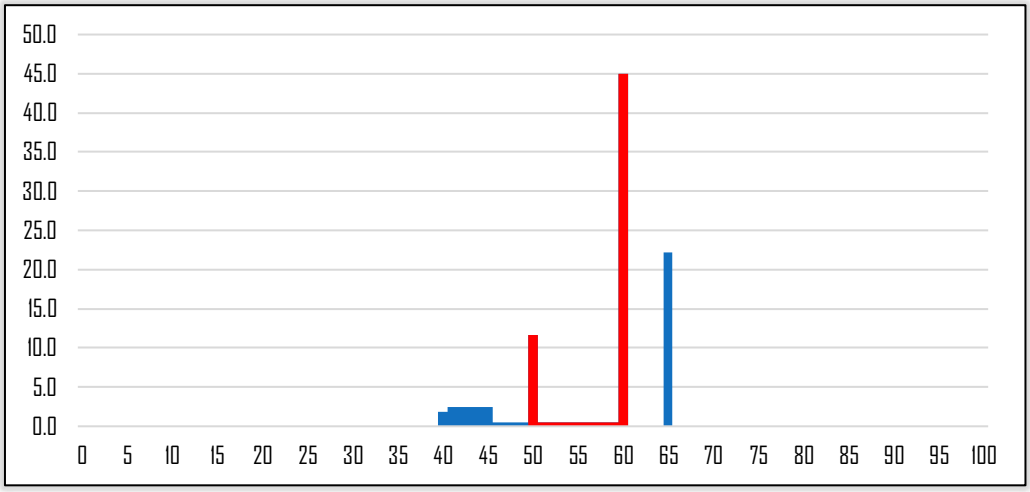


11.MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE SESSUALE E RIPRODUTTIVA

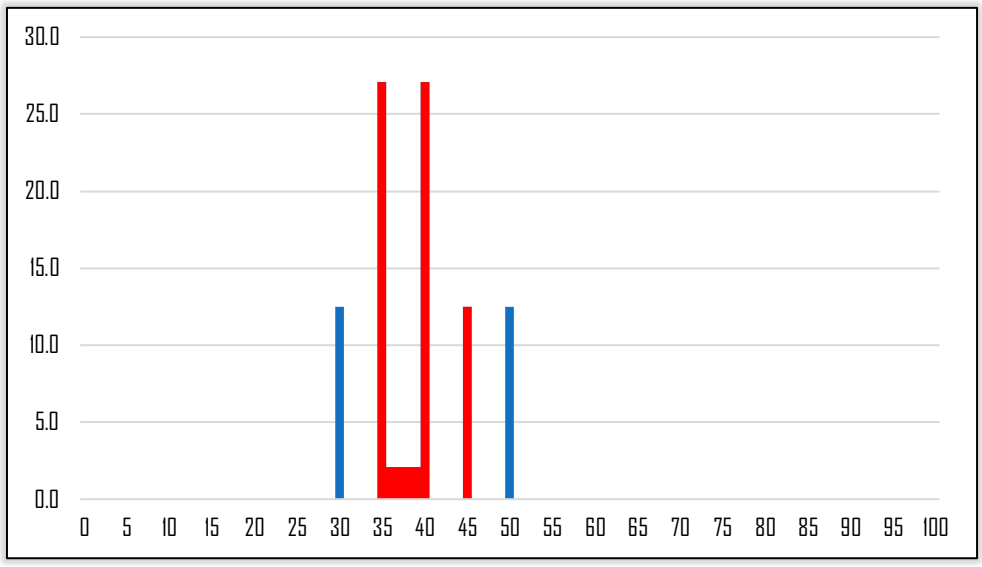
ITEM / VOCI
Perdita del pene e dei testicoli prima della maturazione sessuale a seconda delle turbe endocrino-metaboliche e delle relative disarmonie di sviluppo
Perdita del pene e dei testicoli dopo la maturazione sessuale a seconda dell'età
Prostatite cronica abatterica o sindrome dolorosa pelvica cronica

Perdita anatomica o funzionale dell'utero e degli annessi ed impossibilità al coito prima della maturazione sessuale, a seconda delle turbe endocrino-metaboliche e delle relative disarmonie di sviluppo/atrofia vaginale in età non fertile
Perdita dell'utero e degli annessi prima della maturazione sessuale
Perdita anatomica di utero e annessi dopo la maturazione sessuale (impotenza generandi e menopausa iatrogena)
Perdita anatomica o funzionale delle salpingi in età prepubere o fertile con preservazione della capacità al coito e possibilità di conduzione a termine di gravidanza a seguito di tecniche di procreazione assistita
Endometriosi in fase avanzata con infertilità, importante sintomatologia dolorosa pelvica e eventuali complicanze a carico dell'apparato urinario o gastro-enterico
Mutilazioni genitali femminili tipo III
Mutilazioni genitali femminili di tipo I Escissione del prepuzio clitorideo con asportazione totale o parziale del clitoride
Esiti di mastectomia bilaterale non protesizzata
Esiti di mastectomia monolaterale non protesizzata comportante pregiudizio sotto il profilo fisiognomico ed estetico

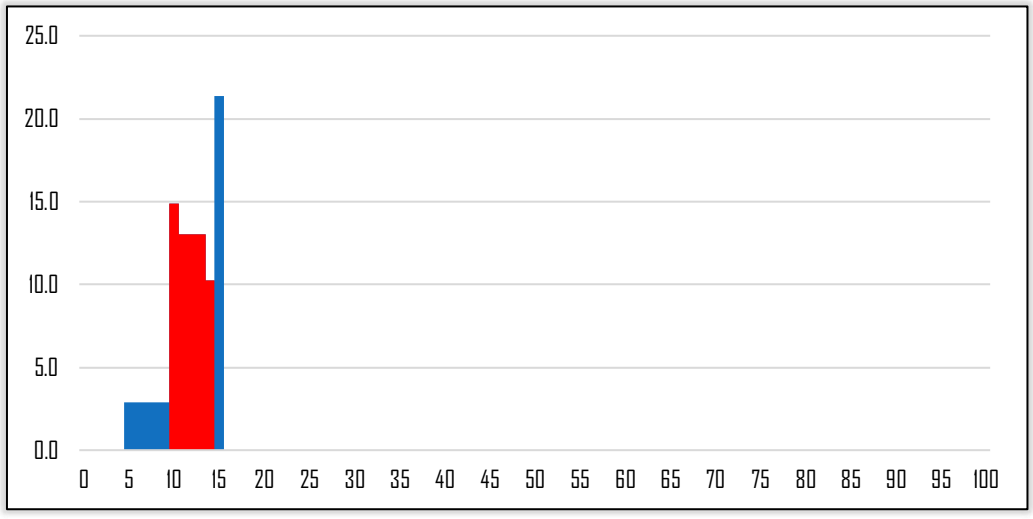
ITEM	PERDITA DEL PENE E DEI TESTICOLI PRIMA DELLA MATURAZIONE SESSUALE A SECONDA DELLE TURBE ENDOCRINO-METABOLICHE E DELLE RELATIVE DISARMONIE DI SVILUPPO
	50-60%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



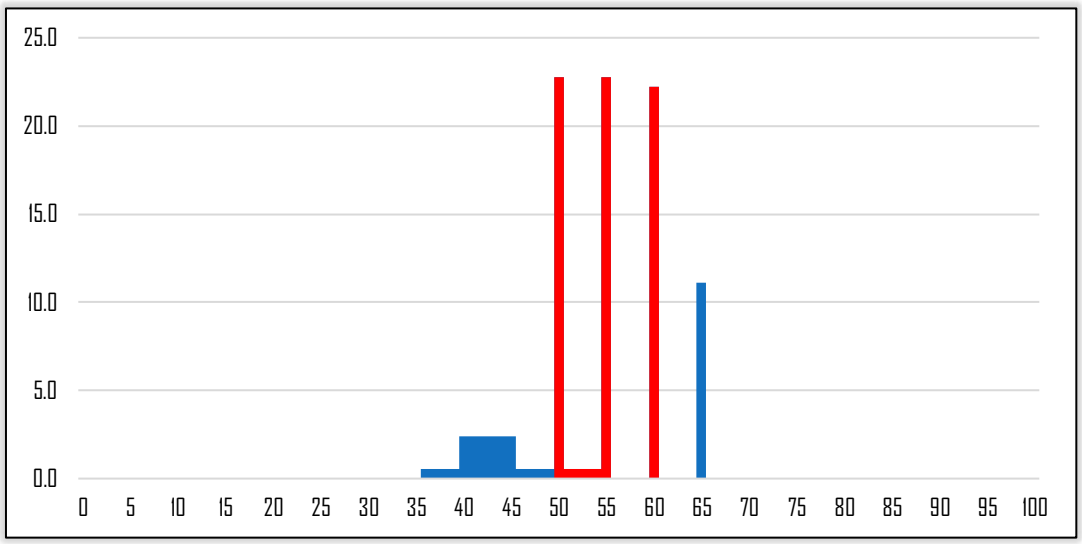
ITEM	PERDITA DEL PENE E DEI TESTICOLI DOPO LA MATURAZIONE SESSUALE A SECONDA DELL'ETÀ
	35-45%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



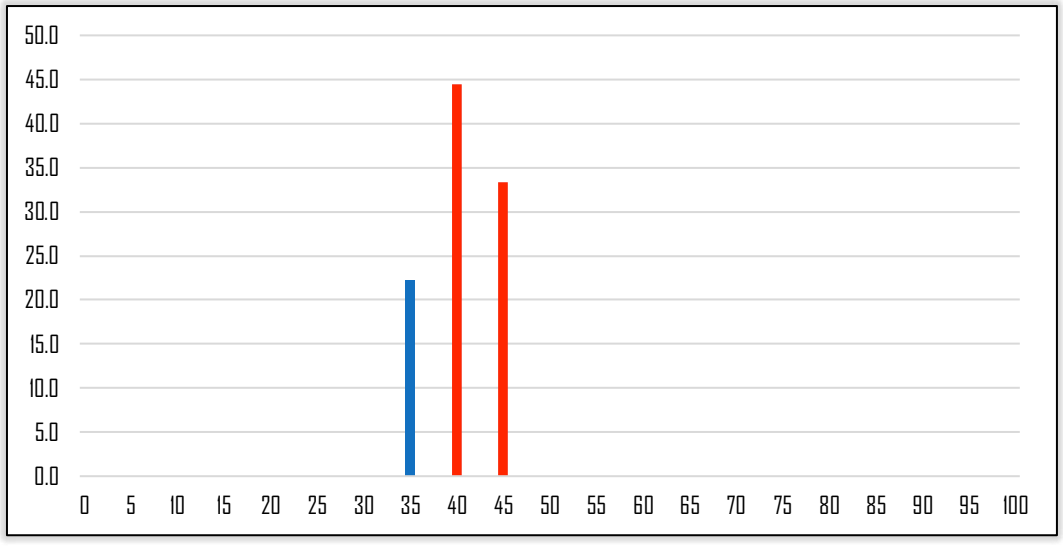
ITEM	PROSTATITE CRONICA ABATTERICA O SINDROME DOLOROSA PELVICA CRONICA
	10-14%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



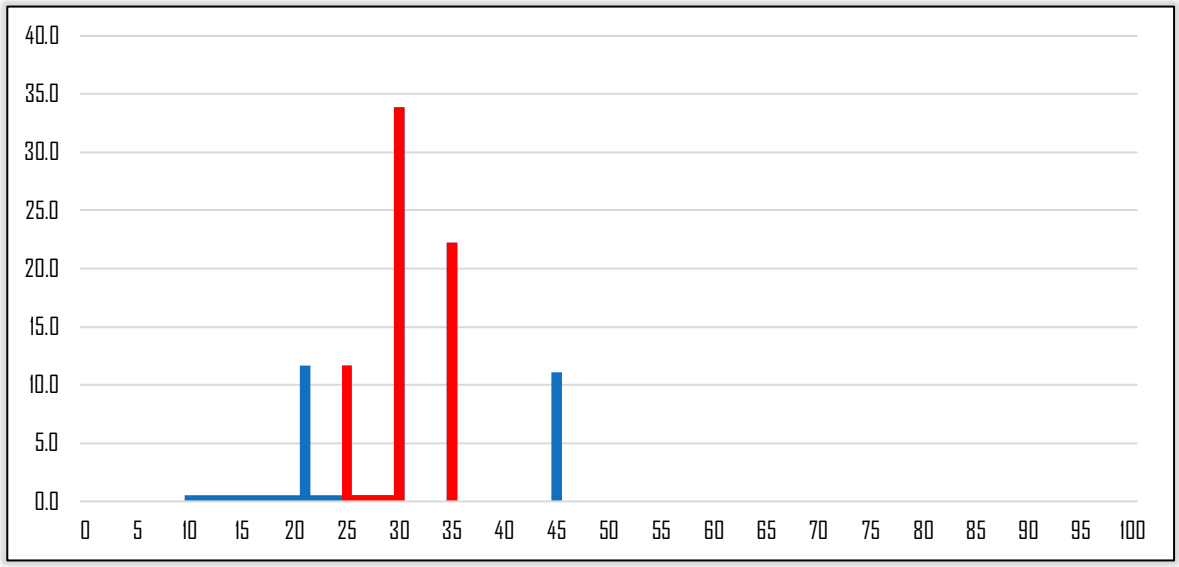
ITEM	PERDITA ANATOMICA O FUNZIONALE DELL'UTERO E DEGLI ANNESSI ED IMPOSSIBILITÀ AL COITO PRIMA DELLA MATURAZIONE SESSUALE, A SECONDA DELLE TURBE ENDOCRINO-METABOLICHE E DELLE RELATIVE DISARMONIE DI SVILUPPO/ATROFIA VAGINALE IN ETÀ NON FERTILE
	50-60%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



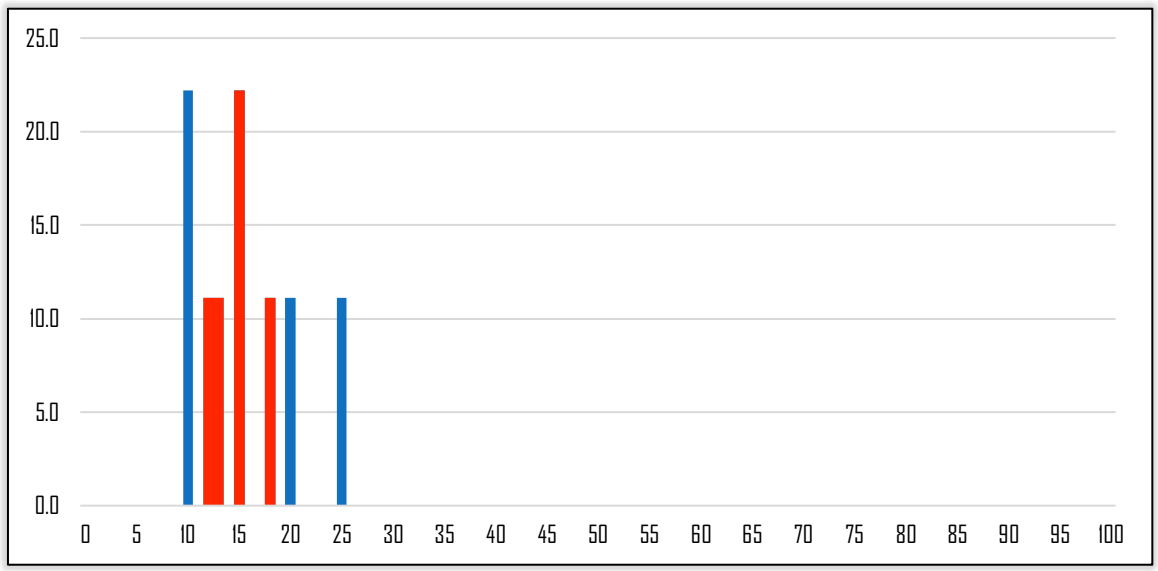
ITEM	PERDITA DELL'UTERO E DEGLI ANNESSI PRIMA DELLA MATURAZIONE SESSUALE
	40-45%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



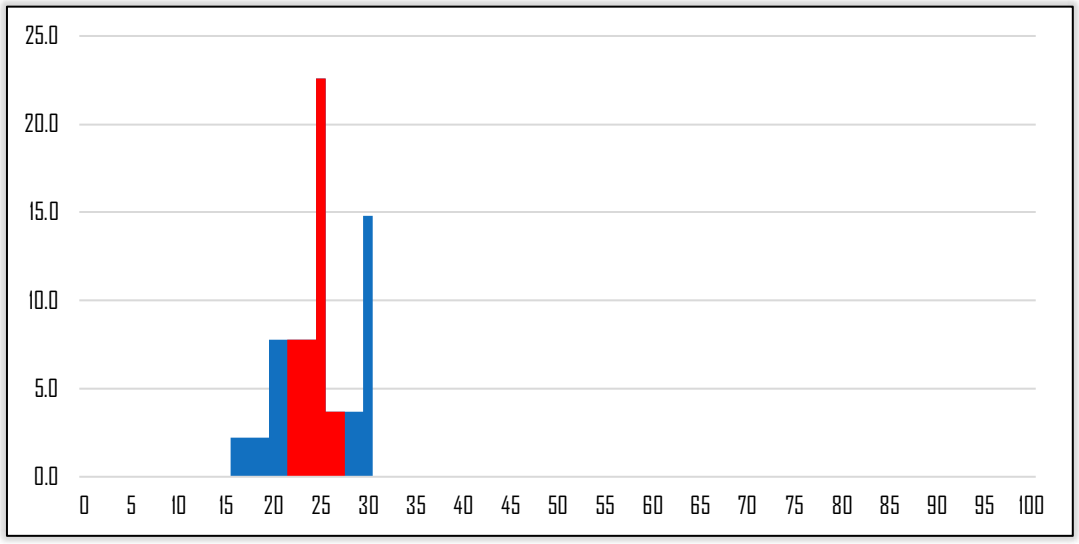
ITEM	PERDITA ANATOMICA DI UTERO E ANNESSI DOPO LA MATURAZIONE SESSUALE (IMPOTENZA GENERANDI E MENOPAUSA IATROGENA)
	25-35%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



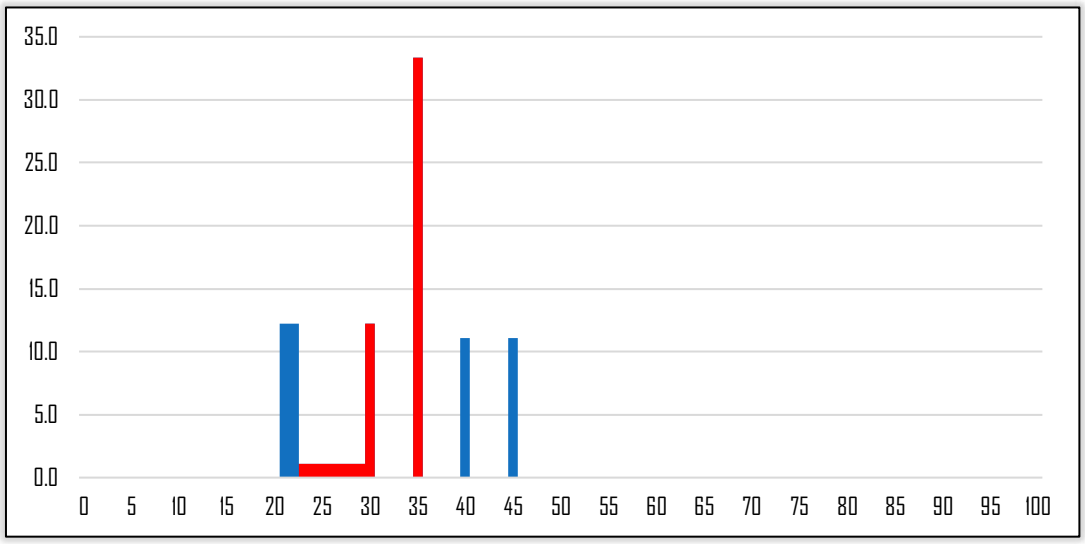
ITEM	PERDITA ANATOMICA O FUNZIONALE DELLE SALPINGI IN ETÀ PREPUBERE O FERTILE CON PRESERVAZIONE DELLA CAPACITÀ AL COITO E POSSIBILITÀ DI CONDUZIONE A TERMINE DI GRAVIDANZA A SEGUITO DI TECNICHE DI PROCREAZIONE ASSISTITA
	12-18%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



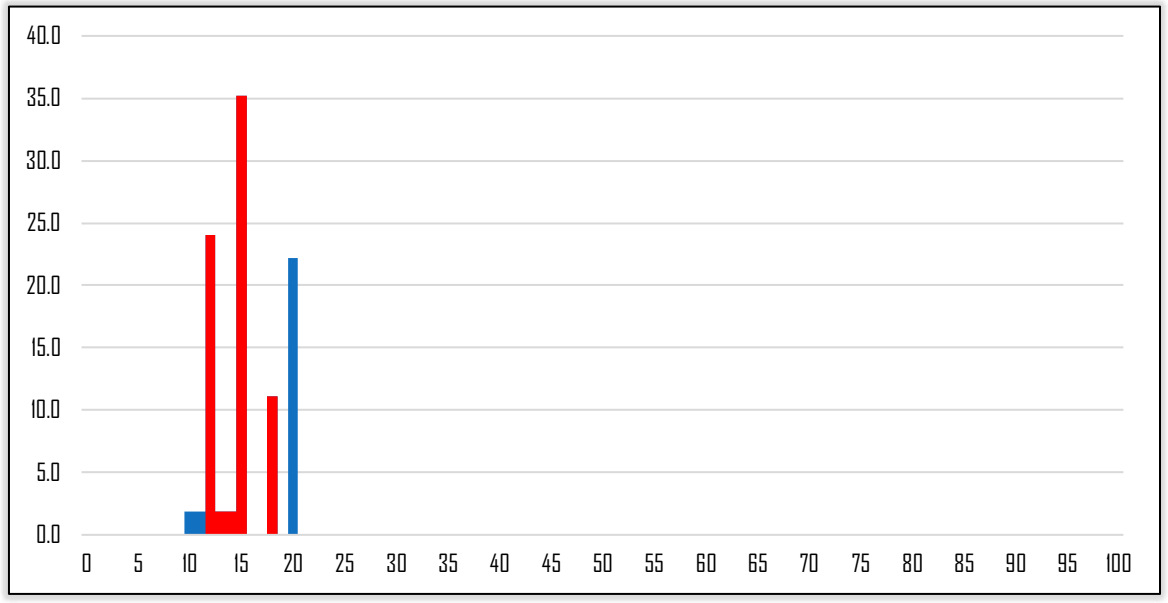
ITEM	ENDOMETRIOSI IN FASE AVANZATA CON INFERTILITÀ, IMPORTANTE SINTOMATOLOGIA DOLOROSA PELVICA E EVENTUALI COMPLICANZE A CARICO DELL'APPARATO URINARIO O GASTRO-ENTERICO
	22-27%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



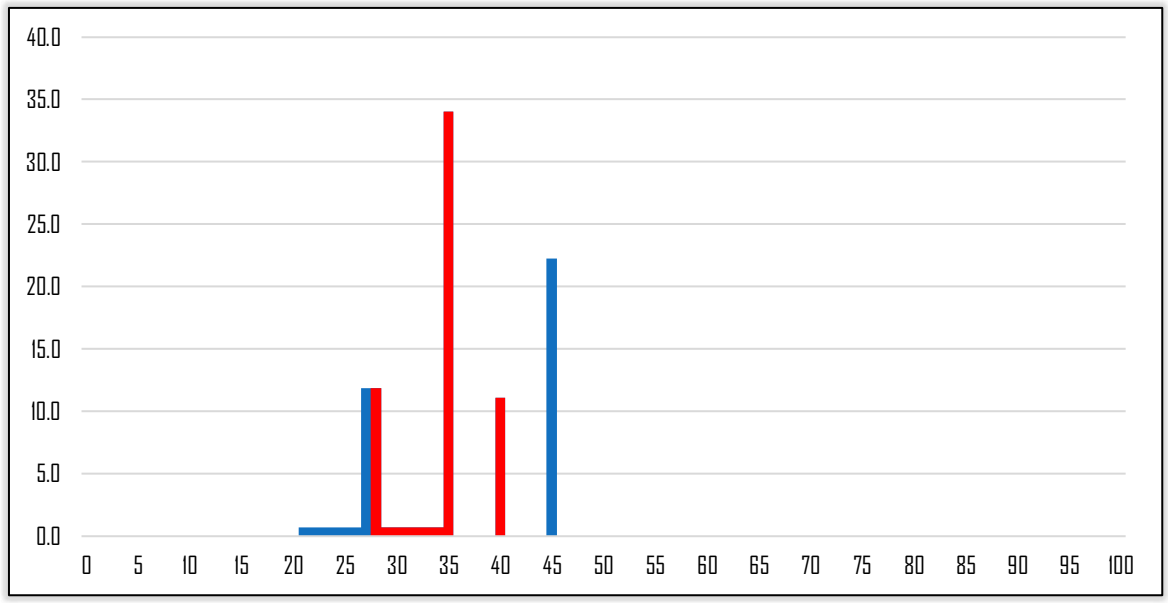
ITEM	MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI TIPO III ASPORTAZIONE TOTALE DEL CLITORIDE CON ESCISSIONE DELLE PICCOLE LABBRA E DELLA SUPERFICIE INTERNA DELLE GRANDI LABBRA E CHIUSURA DEI MARGINI CON MINIMALE PERVIETÀ RESIDUA ATTA A CONSENTIRE LA MINZIONE ED IL FLUSSO MESTRUALE
	23-35%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



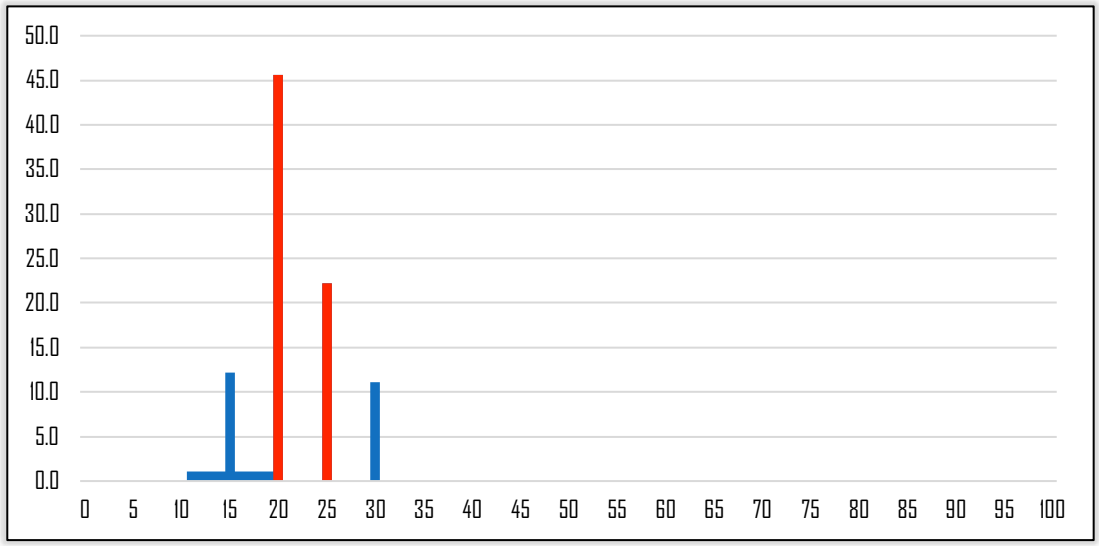
ITEM	MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI DI TIPO I: ESCISSIONE DEL PREPUZIO CLITORIDEO CON ASPORTAZIONE TOTALE O PARZIALE DEL CLITORIDE
	12-18%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



ITEM	ESITI DI MASTECTOMIA BILATERALE NON PROTESIZZATA
	28-40%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



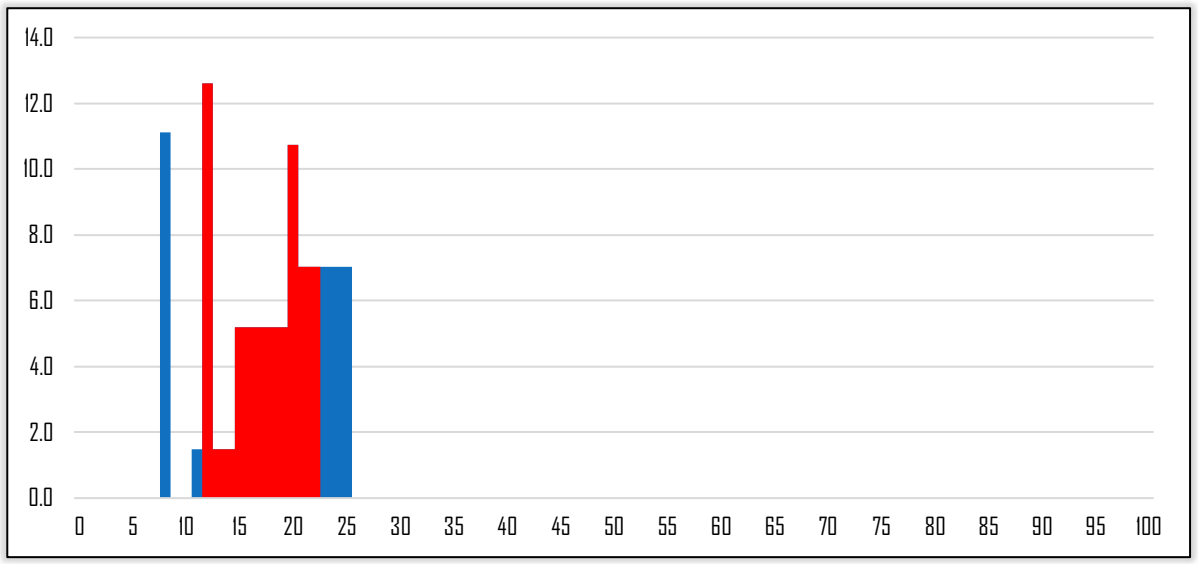
ITEM	ESITI DI MASTECTOMIA MONOLATERALE NON PROTESIZZATA COMPORTANTE PREGIUDIZIO SOTTO IL PROFILO FISIOGNOMICO ED ESTETICO
	20-25%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



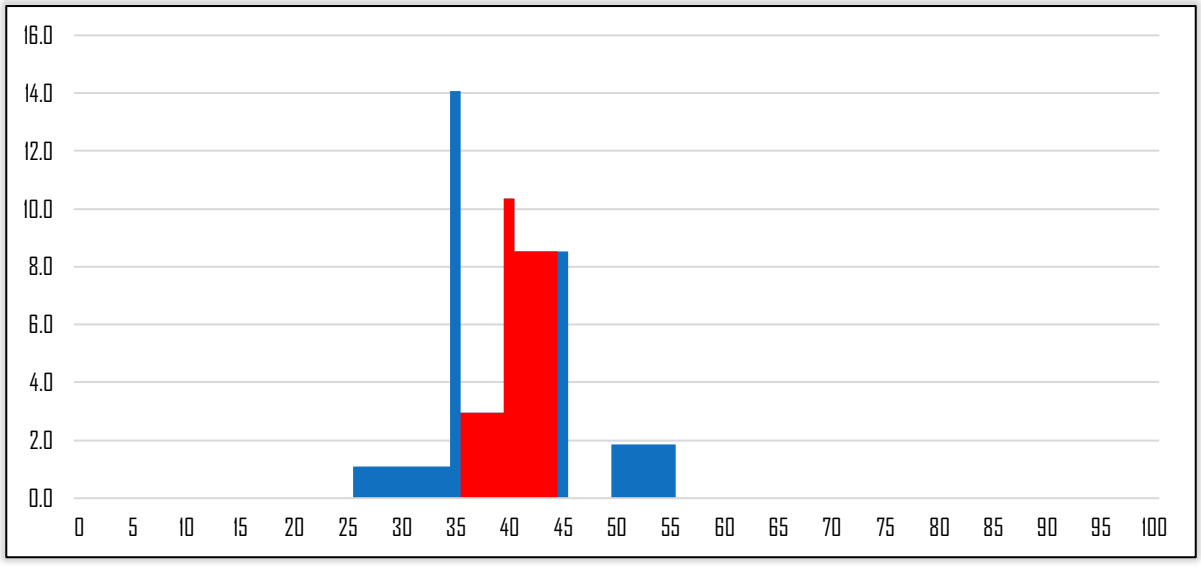
12. **FUNZIONE EMOLINFO-IMMUNITARIA**

ITEM / VOCI
Piastrinopenia moderata-grave con fenomeni emorragici spontanei ma in assenza di complicanze
Emofilia grave
Trombocitosi grave
Aplasia midollare gravissima
Aplasia midollare lieve: granulociti neutrofili > 1500/µL, piastrine > 100.000/µL, cellule midollari totali ridotte rispetto al normale
Anemia di grado moderato (Hb 5-9 g/dL con sintomatologia rilevante e necessità di 1-2 trattamenti trasfusionali/mese)
Malattia da HIV avanzata (categoria C3)
Infezione da HIV Stadio B1, B2, B3
Linfoma Non Hodgkin HIV-relato
Policitemia rubra vera in trasformazione leucemica

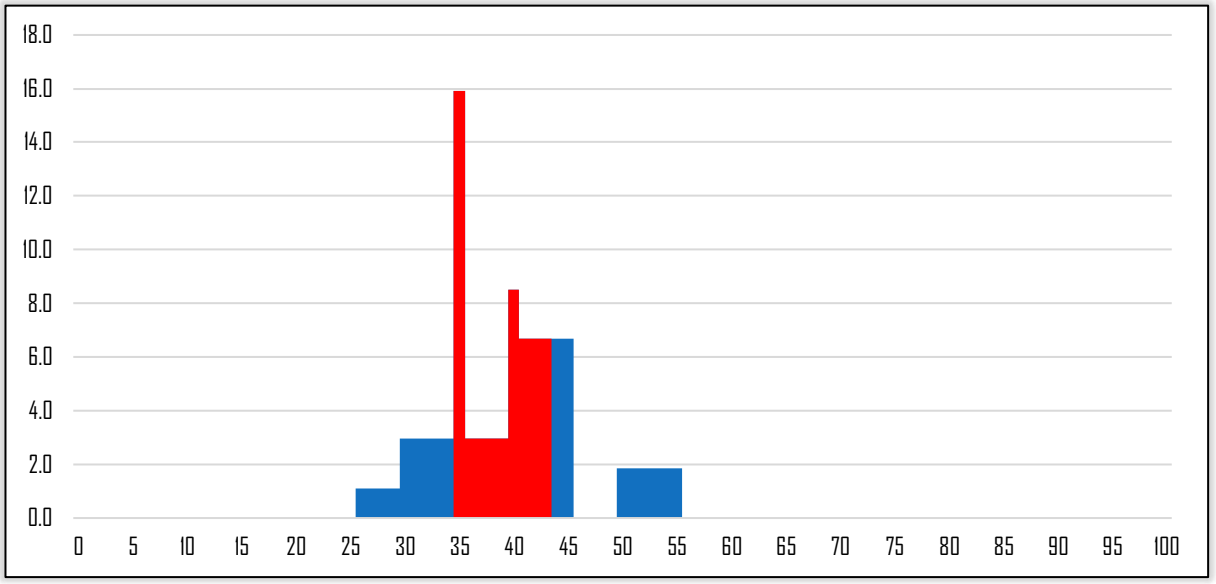
ITEM	PIASTRINOPENIA MODERATA-GRAVE CON FENOMENI EMORRAGICI SPONTANEI MA IN ASSENZA DI COMPLICANZE
	12-22%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



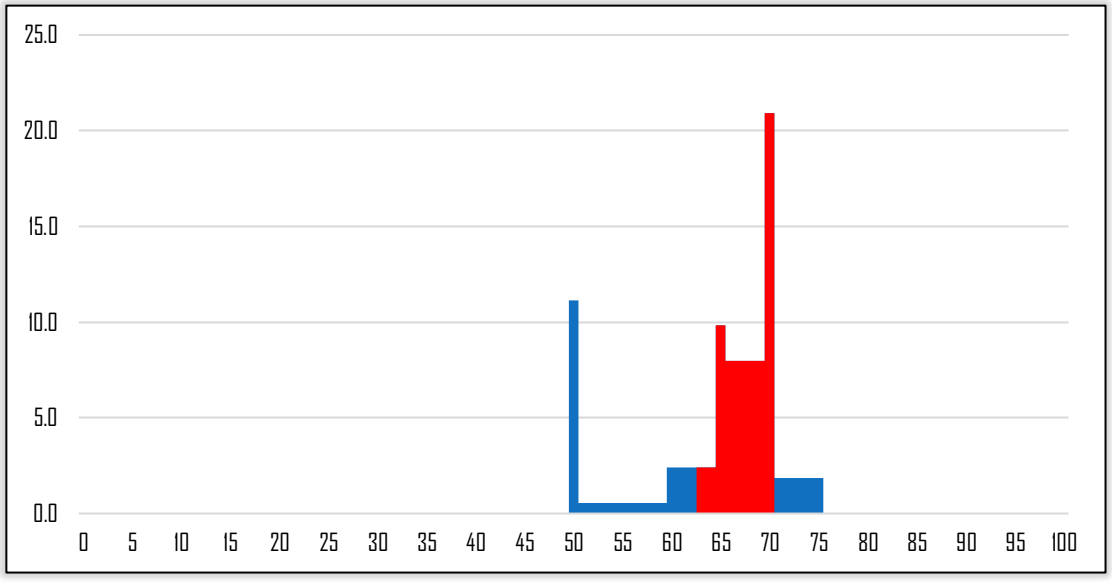
ITEM	EMOFILIA GRAVE
	36-44%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



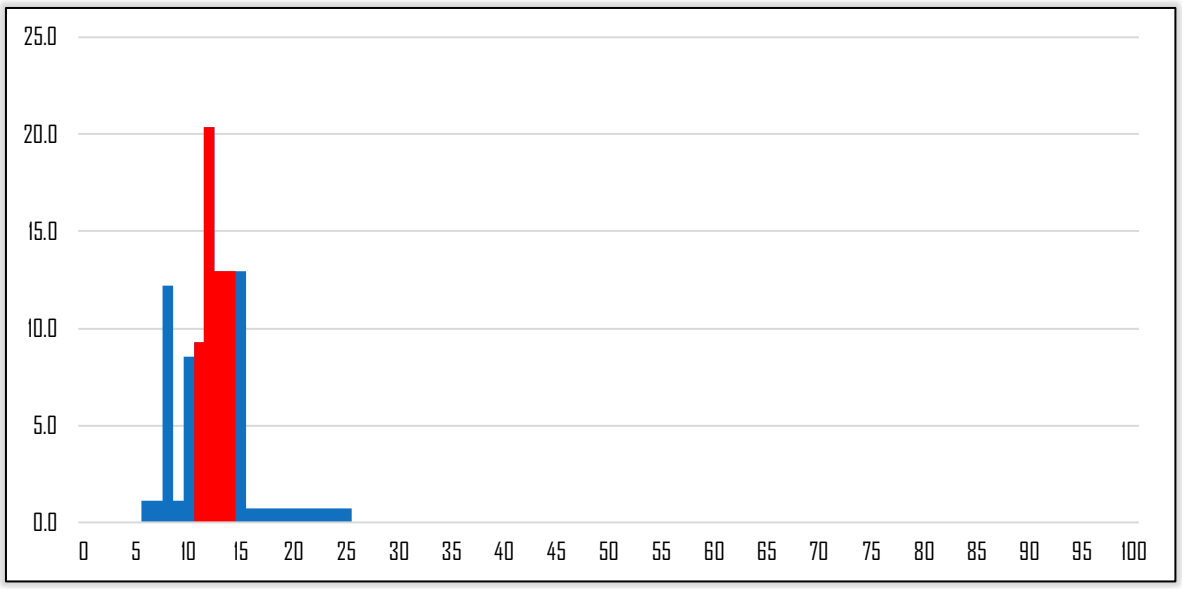
ITEM	TROMBOCITOSI GRAVE
	35-43%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



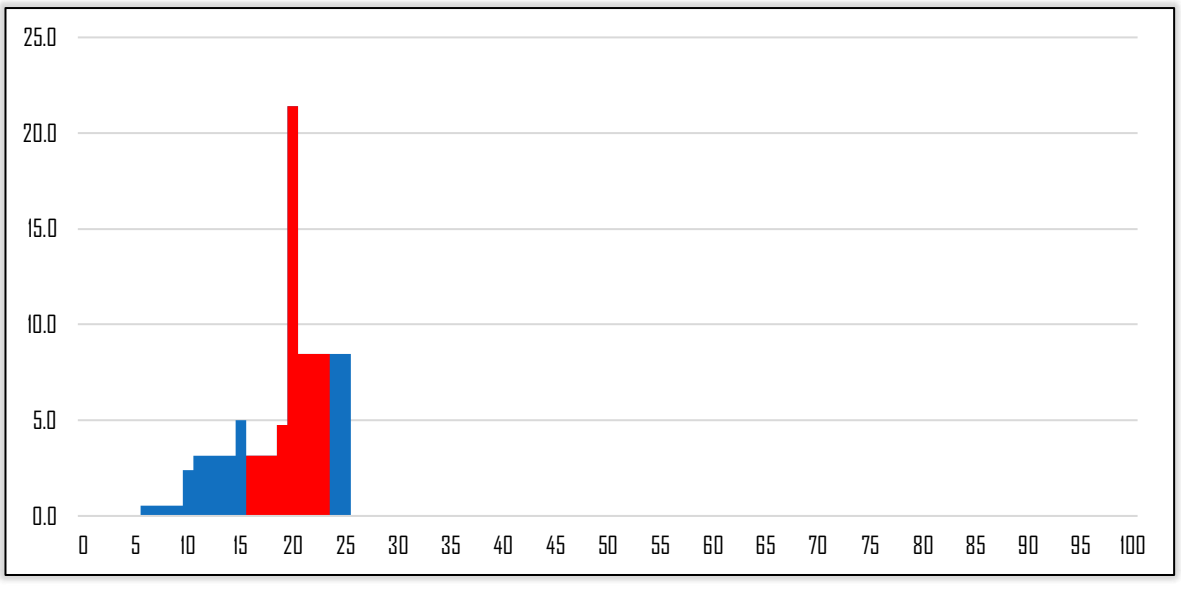
ITEM	APLASIA MIDOLLARE GRAVISSIMA
	63-70%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



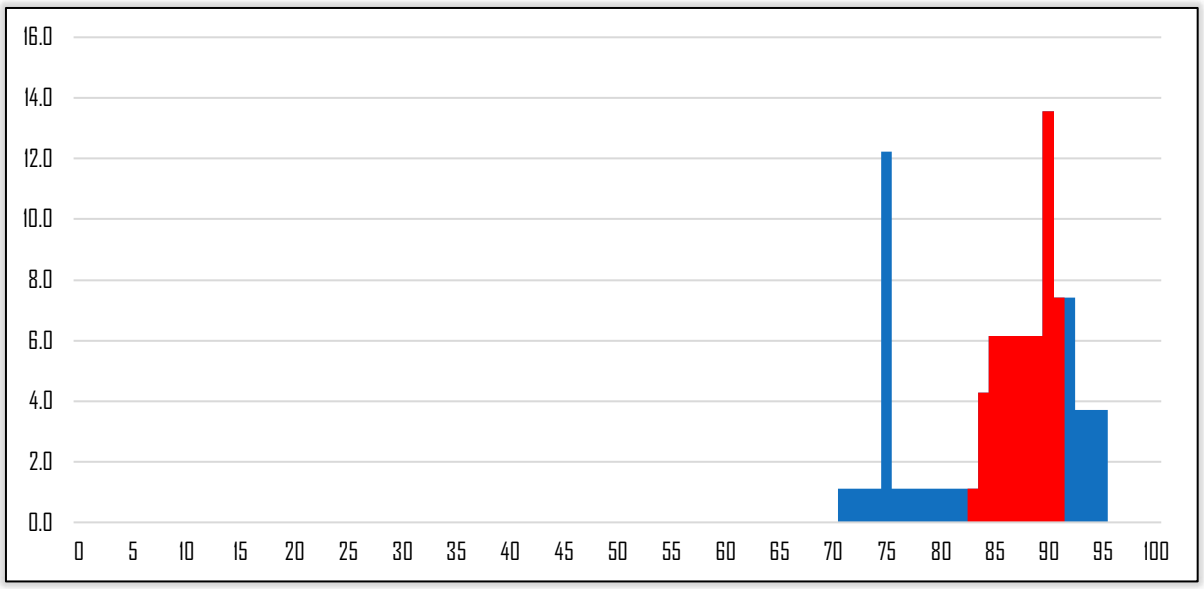
ITEM	APLASIA MIDOLLARE LIEVE: GRANULOCITI NEUTROFILI > 1500/µL, PIASTRINE > 100.000/µL, CELLULE MIDOLLARI TOTALI RIDOTTE RISPETTO AL NORMALE
	11-14%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



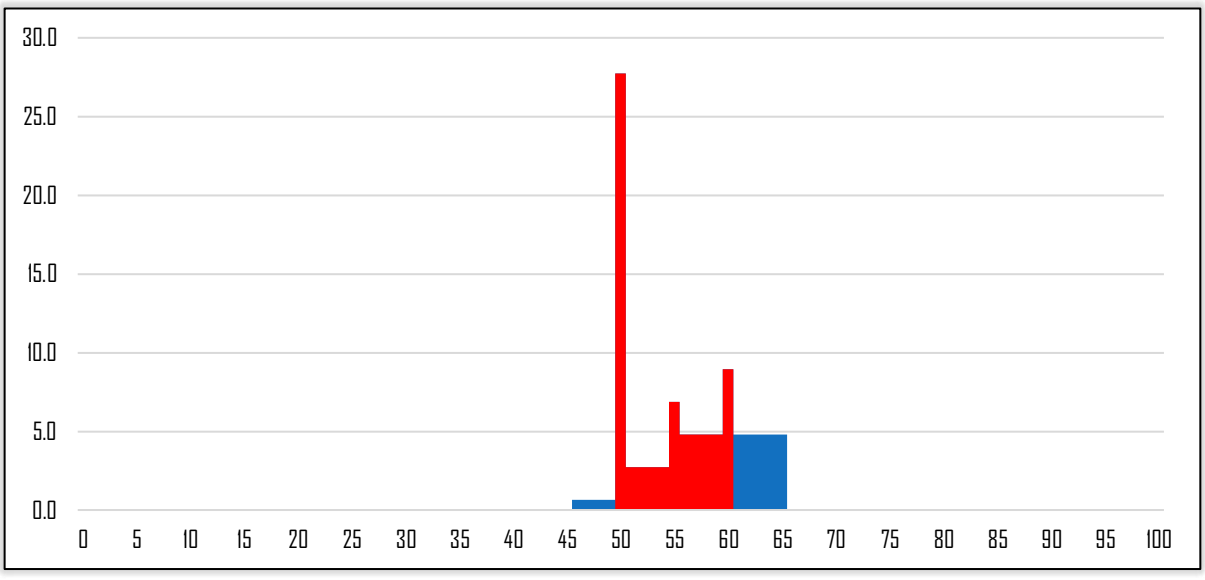
ITEM	ANEMIA DI GRADO MODERATO (HB 5-9 G/DL CON SINTOMATOLOGIA RILEVANTE E NECESSITÀ DI 1-2 TRATTAMENTI TRASFUSIONALI/MESE)
	16-23%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



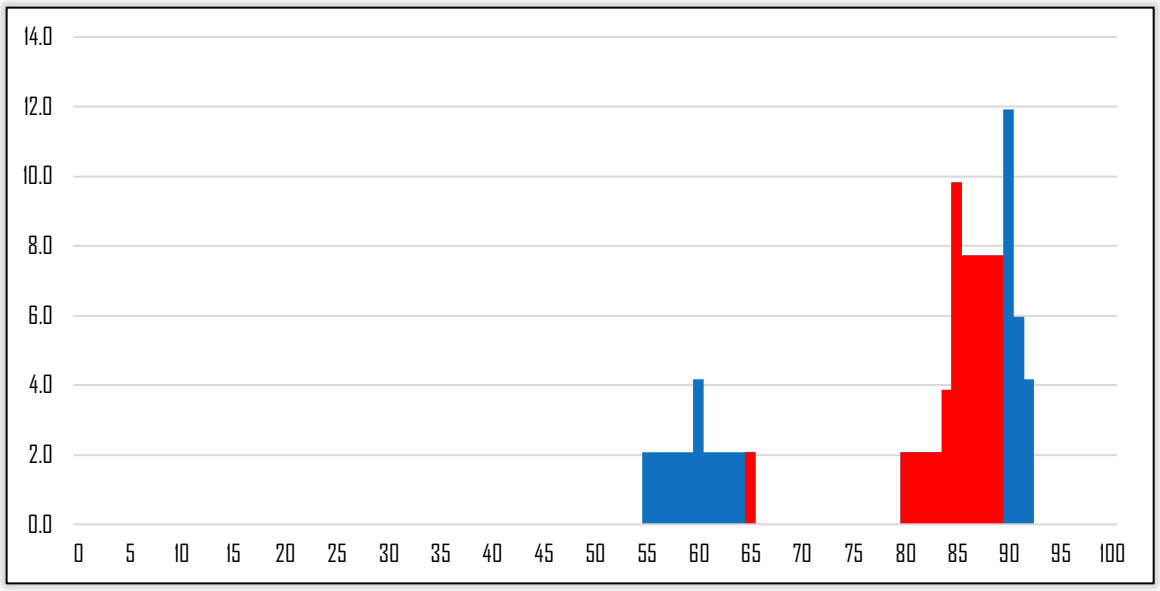
ITEM	MALATTIA DA HIV AVANZATA (CATEGORIA C3)
	83-91%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



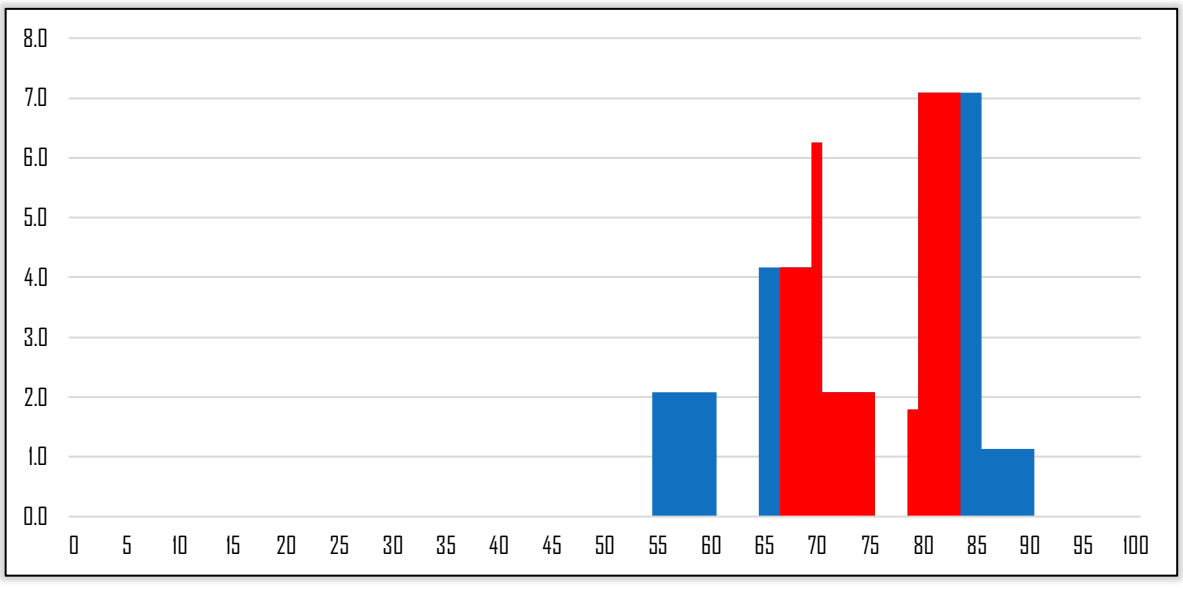
ITEM	INFEZIONE DA HIV STADIO B1, B2, B3, HIV
	50-60%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



ITEM	LINFOMA NON HODGKIN HIV-RELATO
	65-89%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



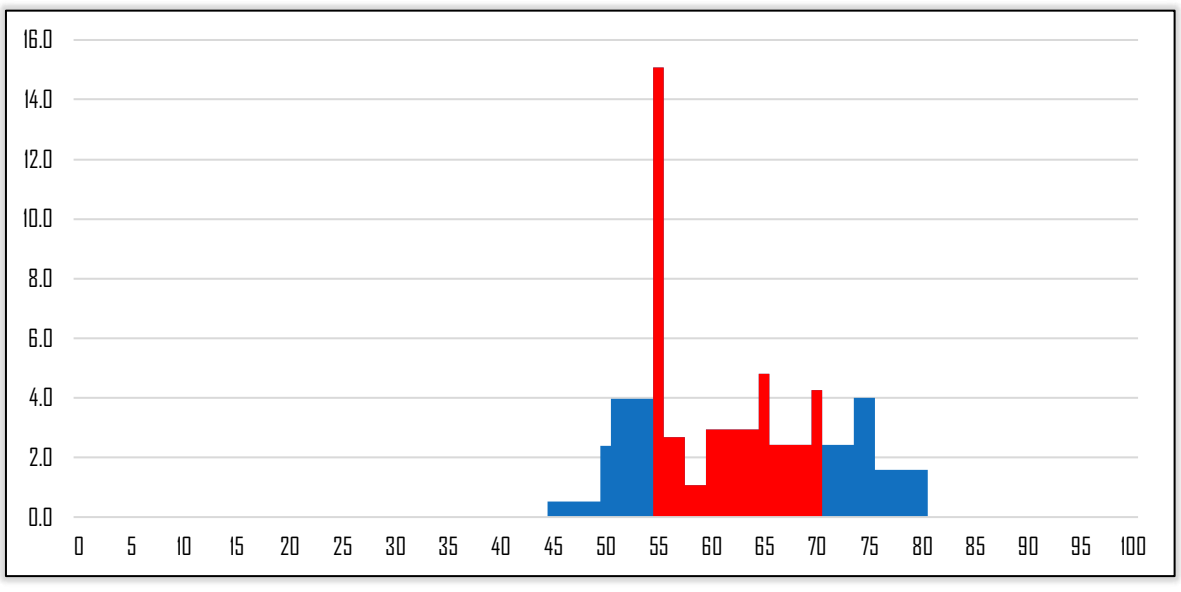
ITEM	POLICITEMIA RUBRA VERA IN TRASFORMAZIONE LEUCEMICA
	67-83%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



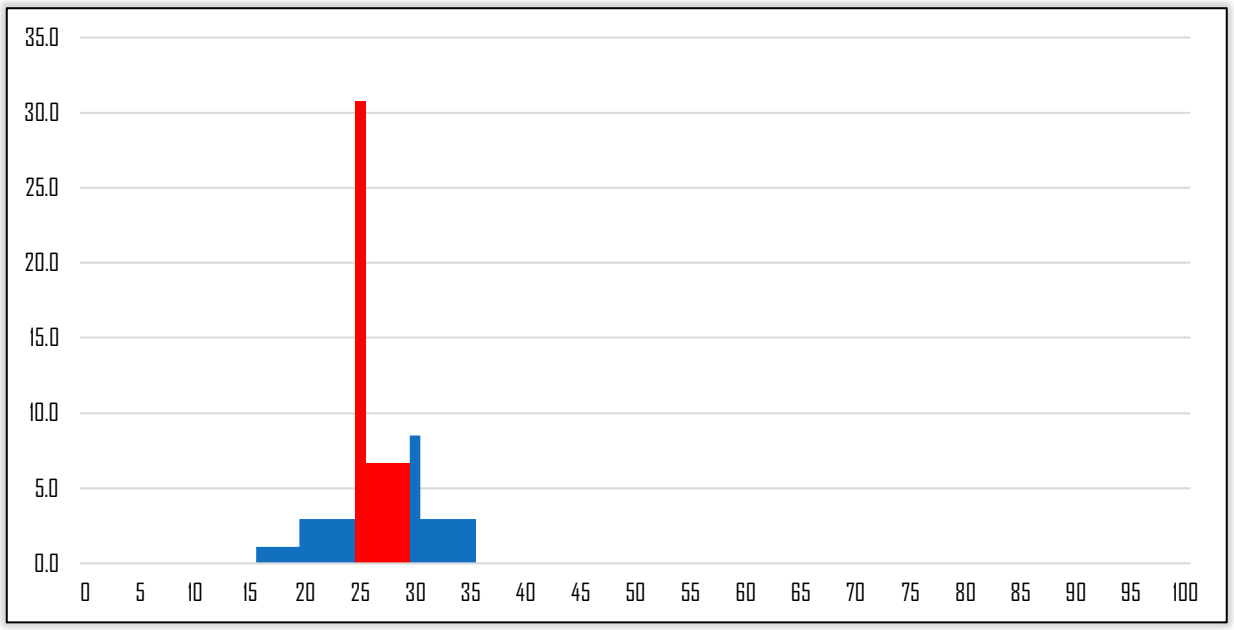
13. MENOMAZIONI DELLE FUNZIONI ENDOCRINO-METABOLICHE

ITEM / VOCI
Gigantismo ad elevata espressività clinica nonostante terapia
Ipertiroidismo in base alla gravità e alla responsività al trattamento farmacologico
Ipotiroidismo in parziale controllo farmacologico
Iperparatiroisidmo sintomatico
Iposurrenalismo grave con persistenti squilibri idro-elettrolitici e crisi addisoniane molto frequenti
Iposurrenalismo con sintomi e segni parzialmente controllati dalla terapia
Adenoma ipofisario in base alla gravità e alla responsività al trattamento
Diabete mellito con complicanze gravi
Diabete mellito con complicanze lievi in base alla gravità e alla responsività al trattamento farmacologico
Diabete mellito non insulino-dipendente in scarso controllo glicemico, con moderata sintomatologia ed apprezzabile incidenza sulla qualità di vita ma senza complicanze sistemiche
Obesità patologica trattata con intervento chirurgico restrittivo
Obesità moderata (BMI 35-39.9) in assenza di significative ripercussioni su organi ed apparati condizionate dall'eccesso ponderale

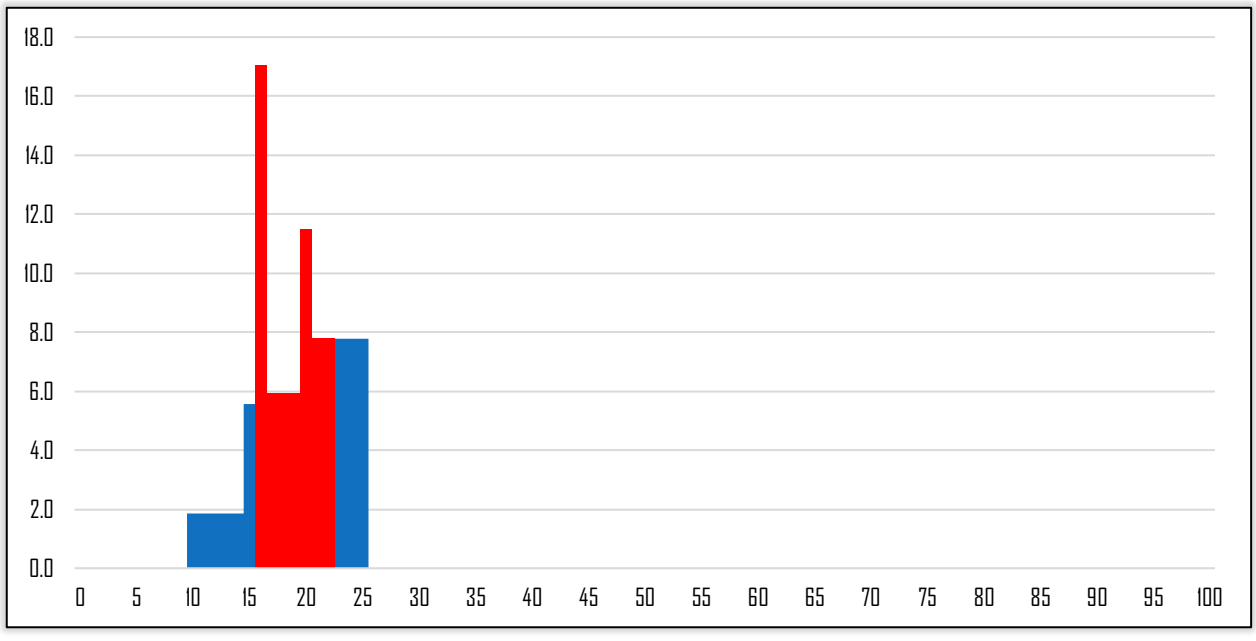
ITEM	GIGANTISMO AD ELEVATA ESPRESSIVITÀ CLINICA NONOSTANTE TERAPIA
	55-70%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



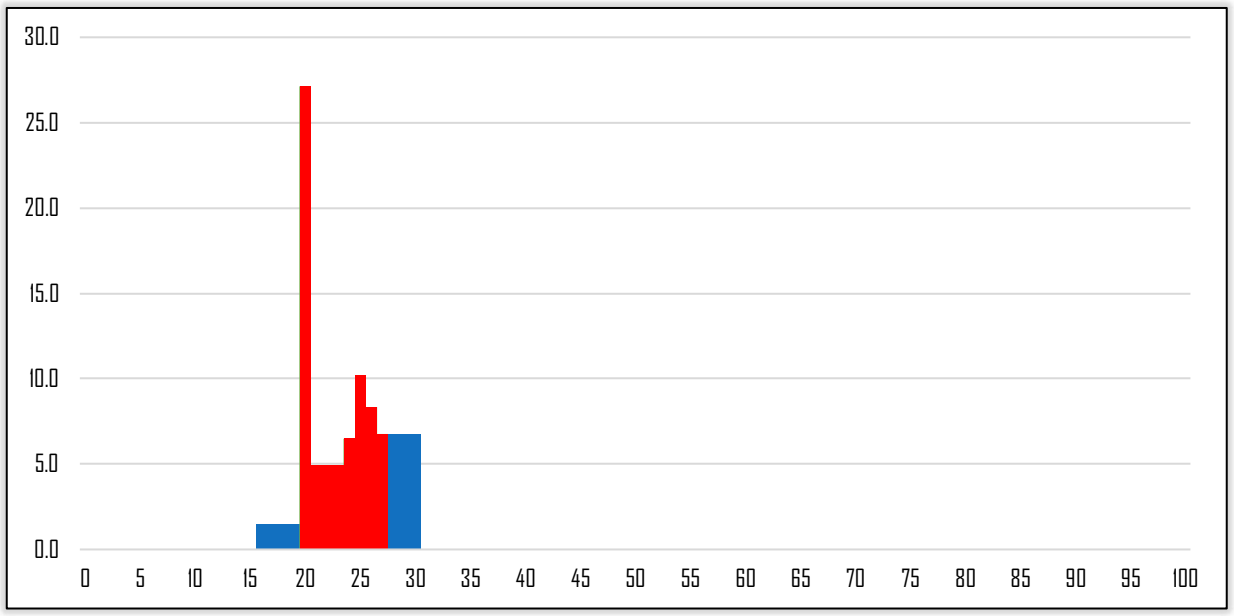
ITEM	IPERTIROIDISMO IN BASE ALLA GRAVITÀ E ALLA RESPONSIVITÀ AL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO
	25-29%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



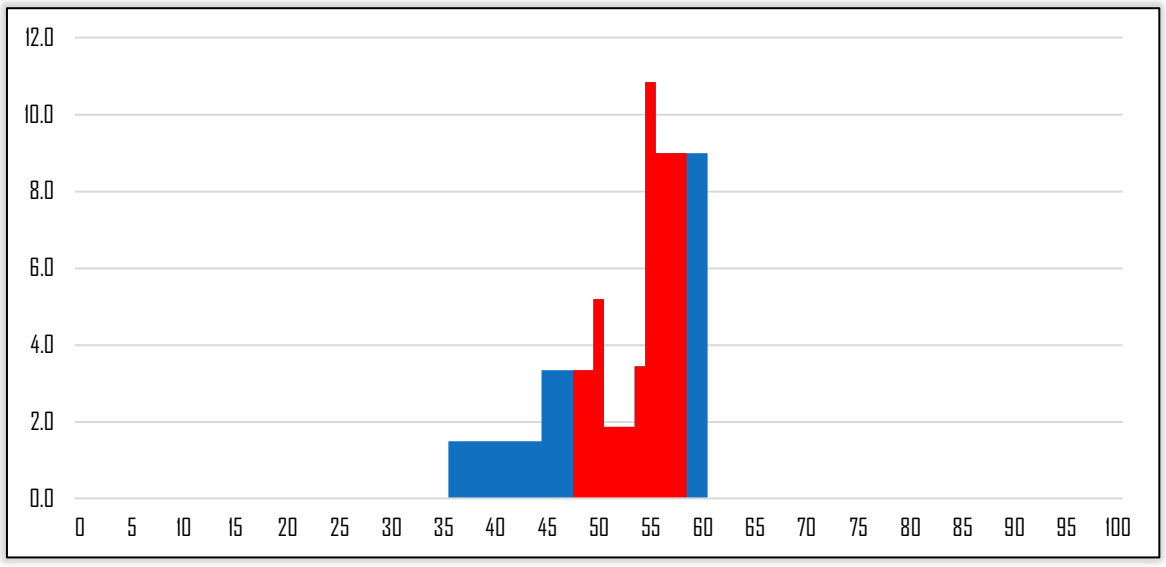
ITEM	IPOTIROIDISMO IN PARZIALE CONTROLLO FARMACOLOGICO
	16-22%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



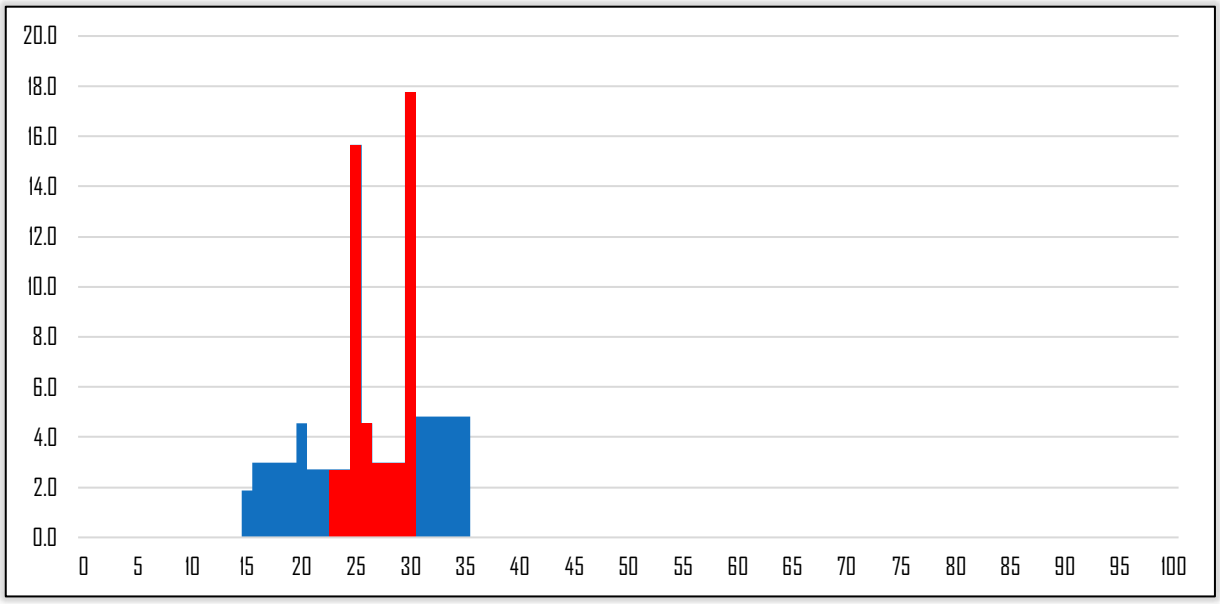
ITEM	IPERPARATIROIDISMO SINTOMATICO
	20-27%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



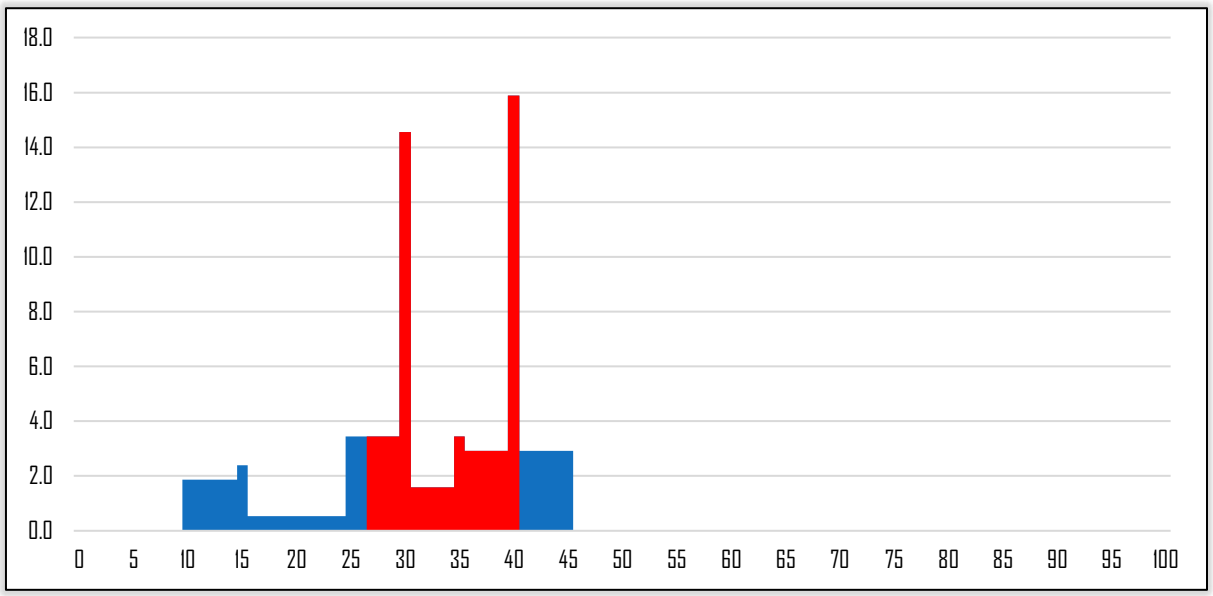
ITEM	IPOSURRENALISMO GRAVE CON PERSISTENTI SQUILIBRI IDRO-ELETTROLITICI E CRISI ADDISONIANE MOLTO FREQUENTI
	48-58%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



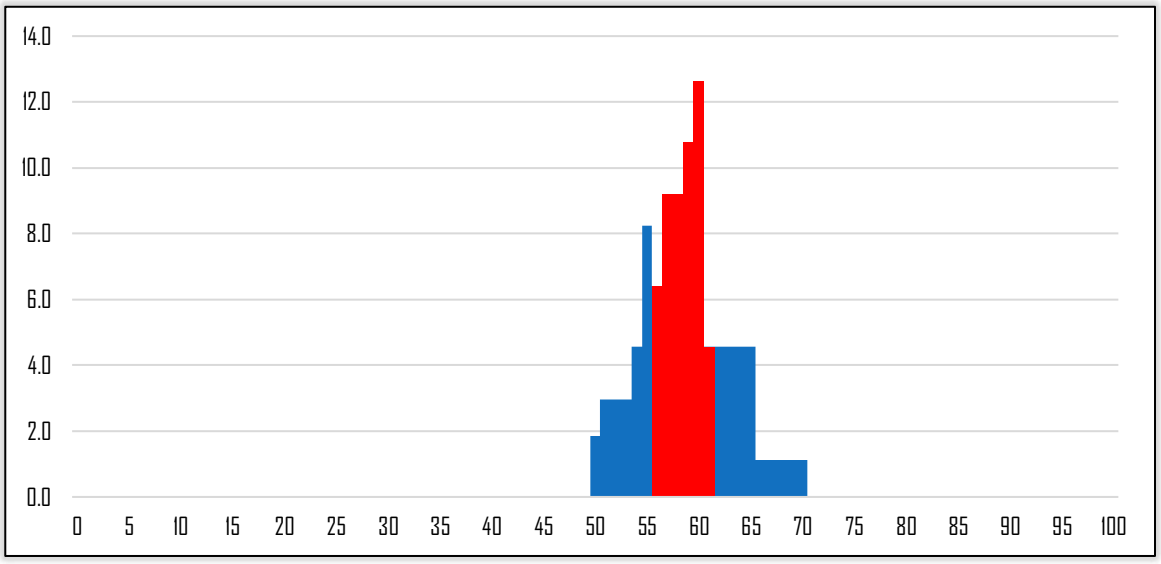
ITEM	IPOSURRENALISMO CON SINTOMI E SEGNI PARZIALMENTE CONTROLLATI DALLA TERAPIA
	23-30%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



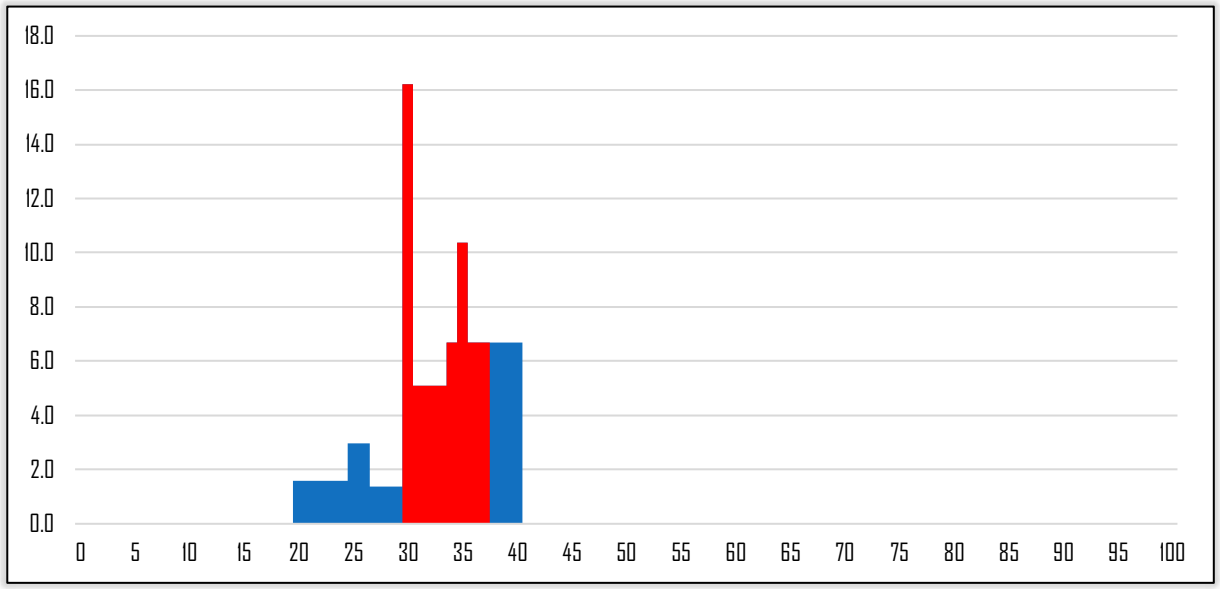
ITEM	ADENOMA IPOFISARIO IN BASE ALLA GRAVITÀ E ALLA RESPONSIVITÀ AL TRATTAMENTO
	27-40%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



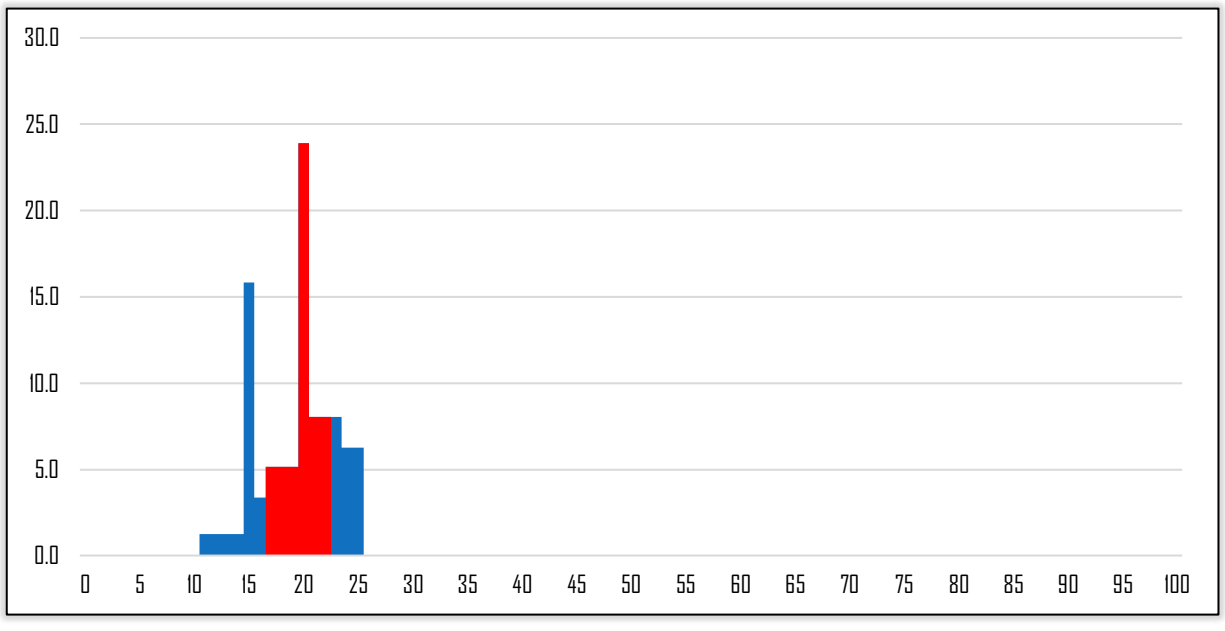
ITEM	DIABETE MELLITO CON COMPLICANZE GRAVI
	56-61%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



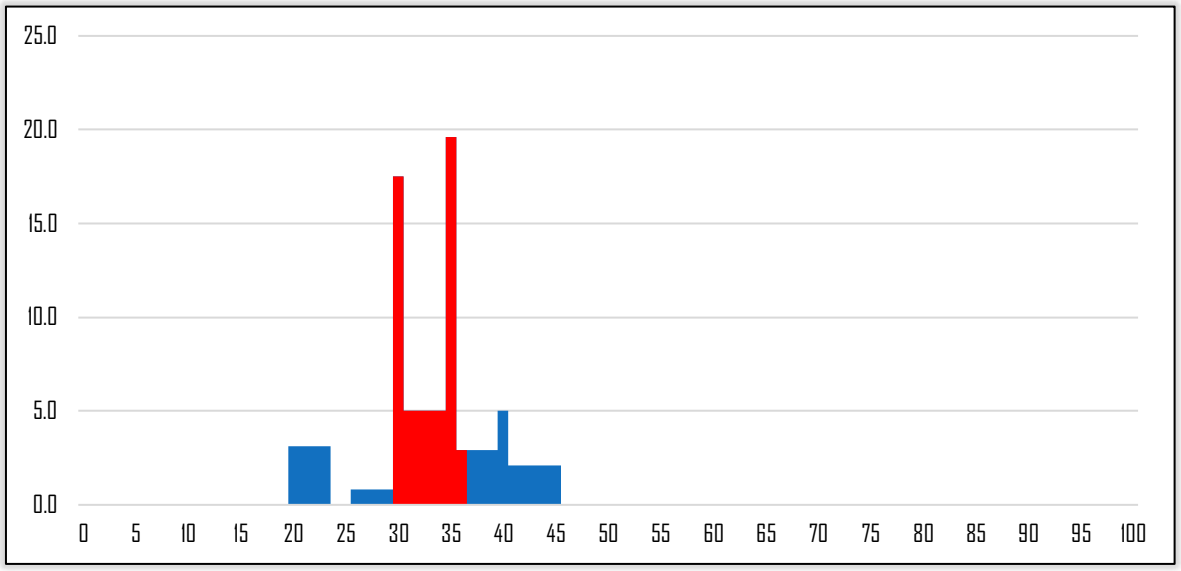
ITEM	DIABETE MELLITO CON COMPLICANZE LIEVI IN BASE ALLA GRAVITÀ E ALLA RESPONSIVITÀ AL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO
	30-37%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



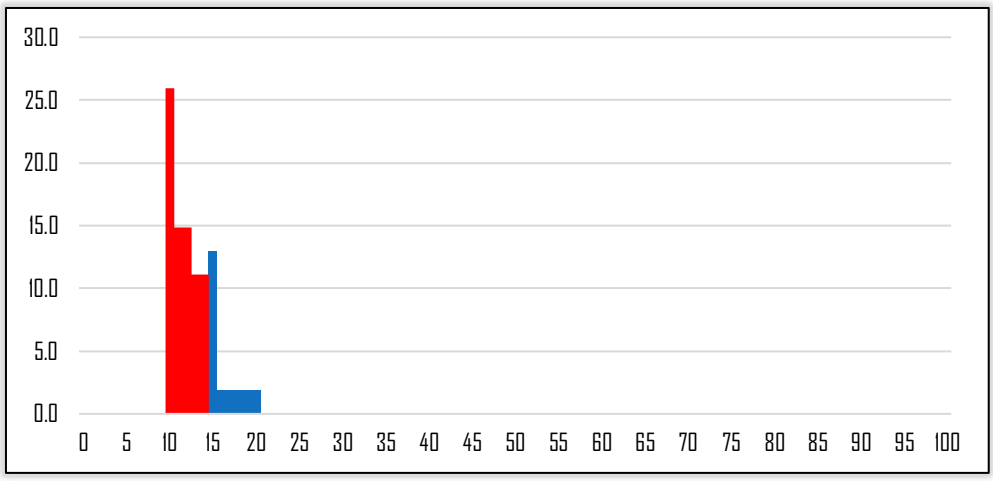
ITEM	DIABETE MELLITO NON INSULINO-DIPENDENTE IN SCARSO CONTROLLO GLICEMICO, CON MODERATA SINTOMATOLOGIA ED APPREZZABILE INCIDENZA SULLA QUALITÀ DI VITA MA SENZA COMPLICANZE SISTEMICHE
	17-22%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



ITEM	OBESITÀ PATOLOGICA TRATTATA CON INTERVENTO CHIRURGICO RESTRITTIVO
	30-36%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



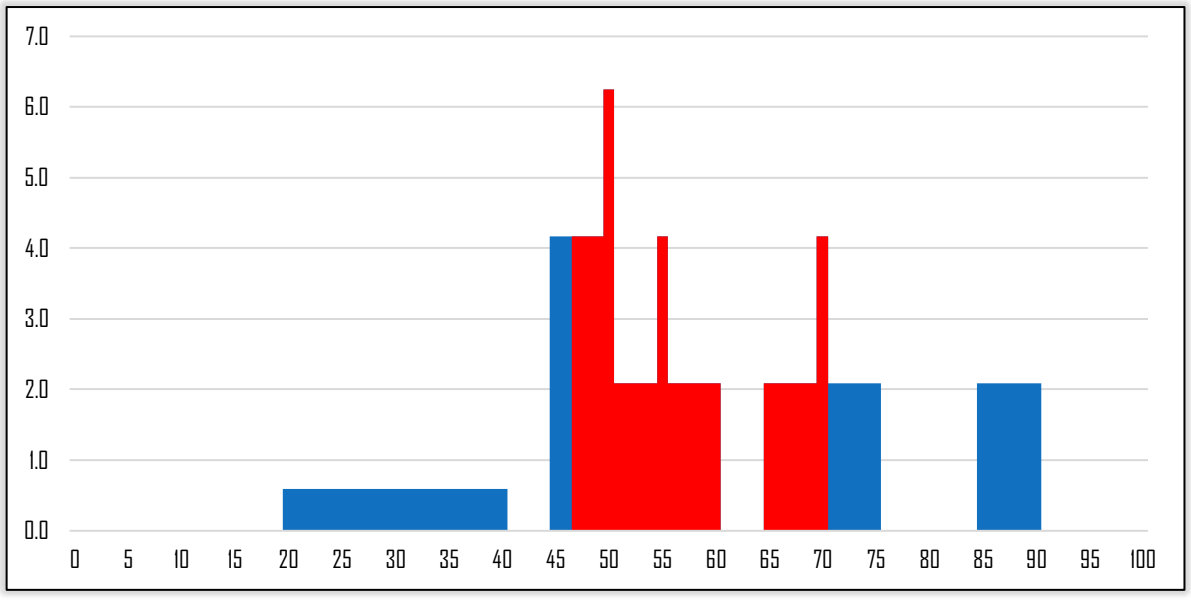
ITEM	OBESITÀ MODERATA (BMI 35-39.9) IN ASSENZA DI SIGNIFICATIVE RIPERCUSSIONI SU ORGANI ED APPARATI CONDIZIONATE DALL'ECCESSO PONDERALE
	10-14%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



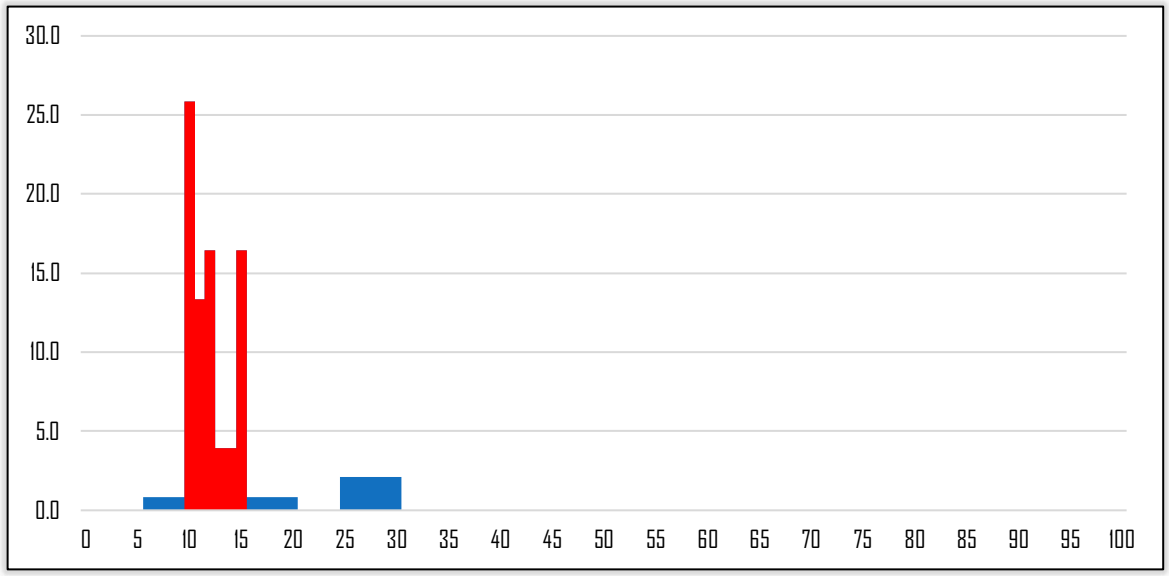
14. **MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE TEGUMENTARIA E DEL CONNETTIVO**

ITEM / VOCI
Sclerodermia variante diffusa con severo impegno sistemico
Sclerodermia variante limitata alla cute
Dermopatia in stadio III, con severo pregiudizio estetico e importante sintomatologia malgrado trattamento farmacologico sistemico
Dermopatia in stadio II, con moderato pregiudizio estetico e sintomatologia non responsiva al solo trattamento farmacologico topico
Dermopatia in stadio I, con lieve pregiudizio estetico e modesta sintomatologia in trattamento farmacologico solo topico
Vasculiti, forma grave (con sintomatologia di entità severa, coinvolgimento multi sistemico e necessità di terapia immunosoppressiva e/o corticosteroidea ad alti dosaggi)
Vasculiti, forma moderata responsiva alla terapia farmacologica
Vasculiti, forma lieve (con sintomatologia di entità modesta e controllabili attraverso blanda terapia antinfiammatoria)

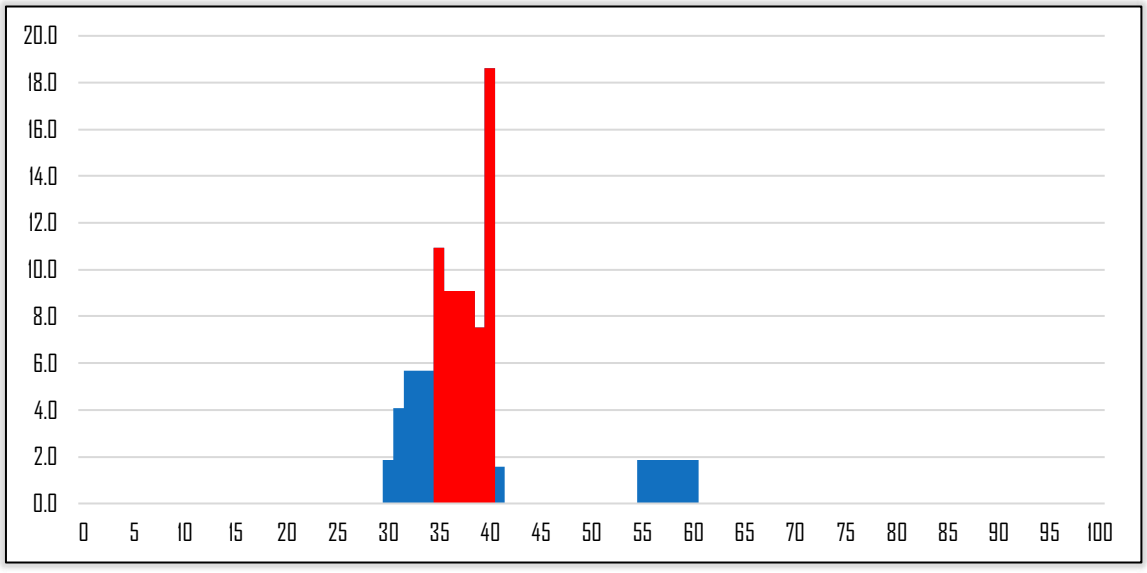
ITEM	SCLERODERMIA VARIANTE DIFFUSA CON SEVERO IMPEGNO SISTEMICO
	47-70%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



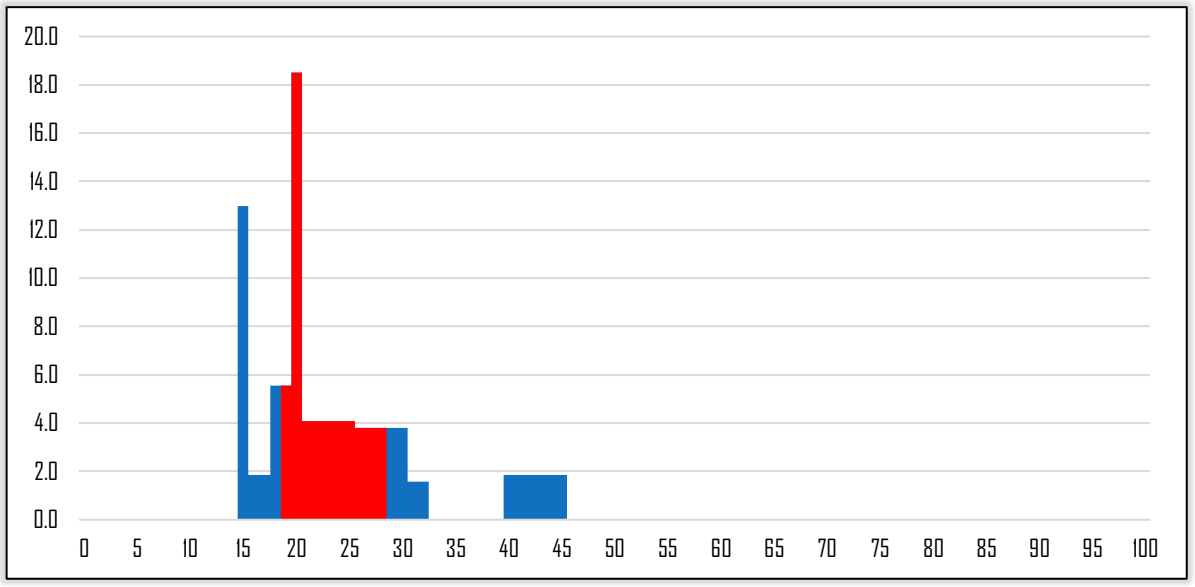
ITEM	SCLERODERMIA VARIANTE LIMITATA ALLA CUTE
	10-15%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



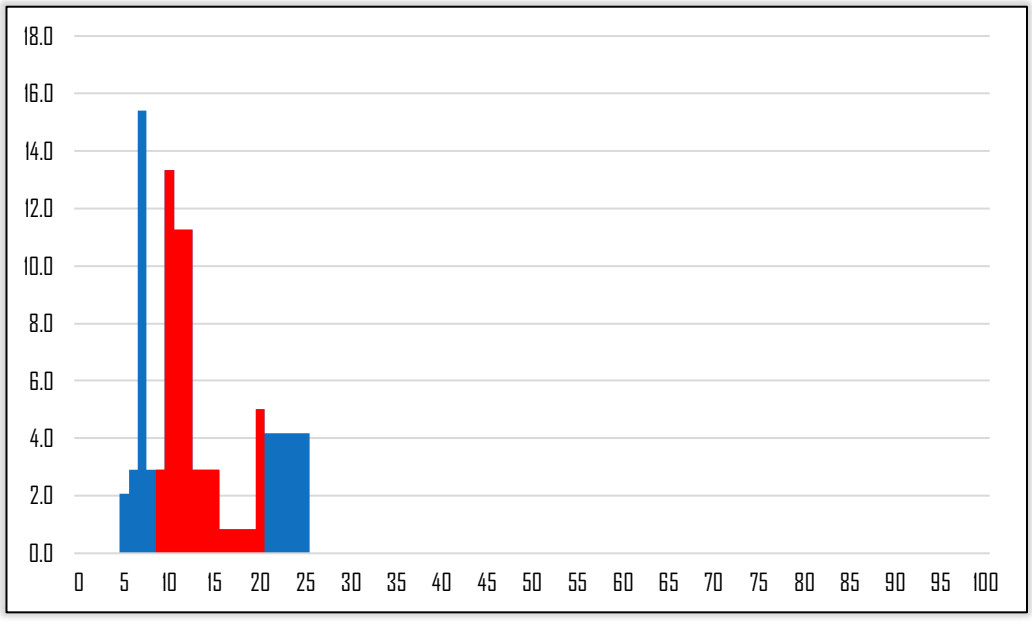
ITEM	DERMOPATIA IN STADIO III, CON SEVERO PREGIUDIZIO ESTETICO E IMPORTANTE SINTOMATOLOGIA MALGRADO TRATTAMENTO FARMACOLOGICO SISTEMICO
	35-40%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



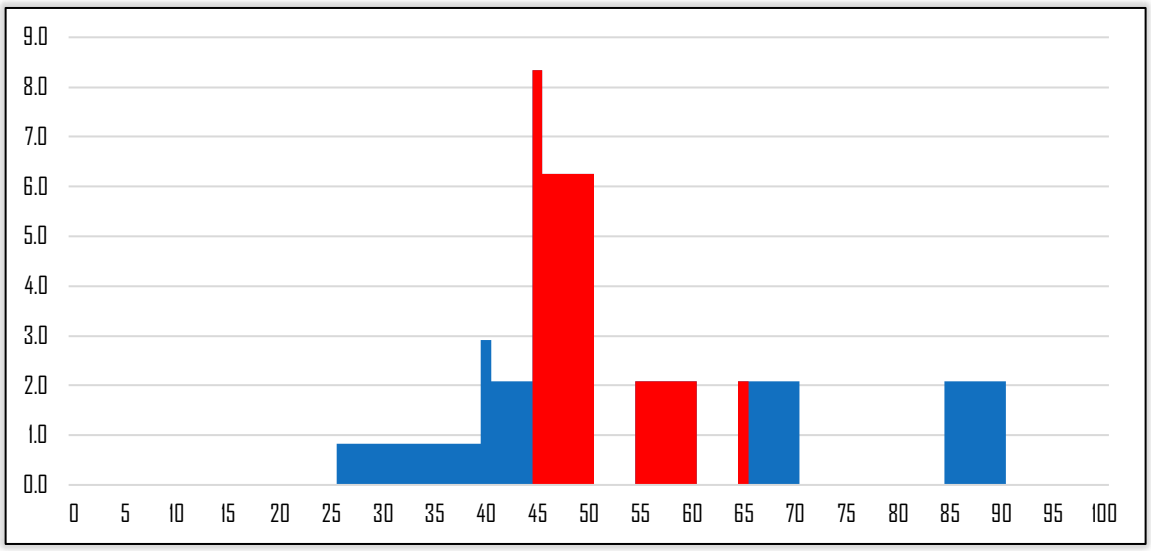
ITEM	DERMOPATIA IN STADIO II, CON MODERATO PREGIUDIZIO ESTETICO E SINTOMATOLOGIA NON RESPONSIVA AL SOLO TRATTAMENTO FARMACOLOGICO TOPICO
	19-28%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



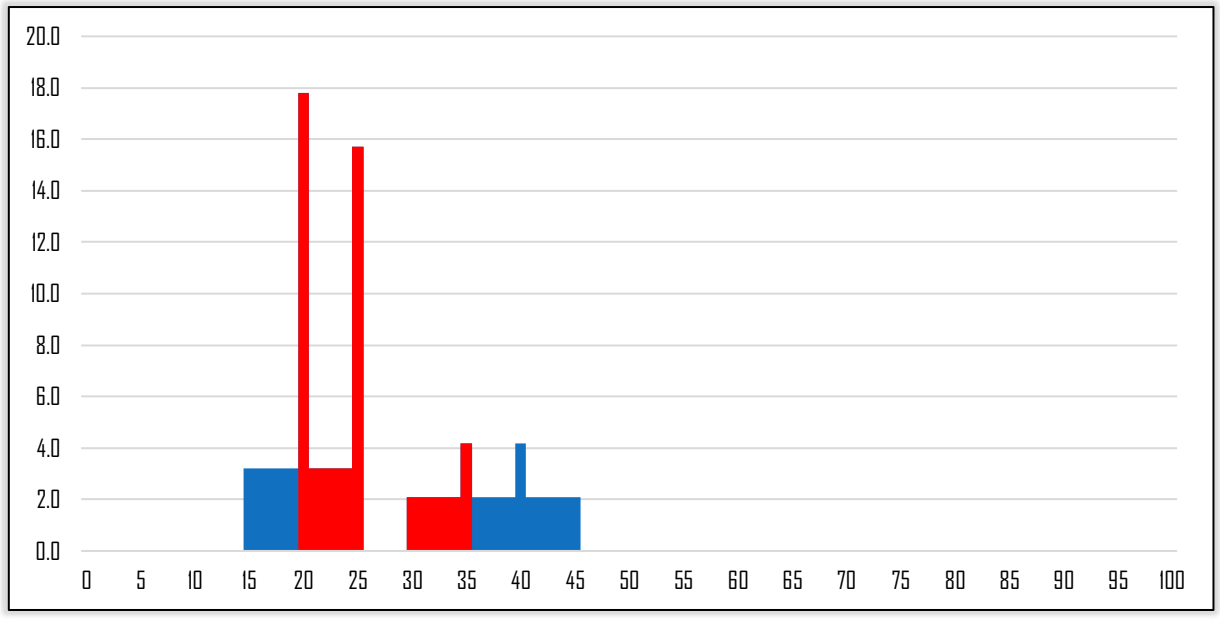
ITEM	DERMOPATIA IN STADIO I, CON LIEVE PREGIUDIZIO ESTETICO E MODESTA SINTOMATOLOGIA IN TRATTAMENTO FARMACOLOGICO SOLO TOPICO
	9-20%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



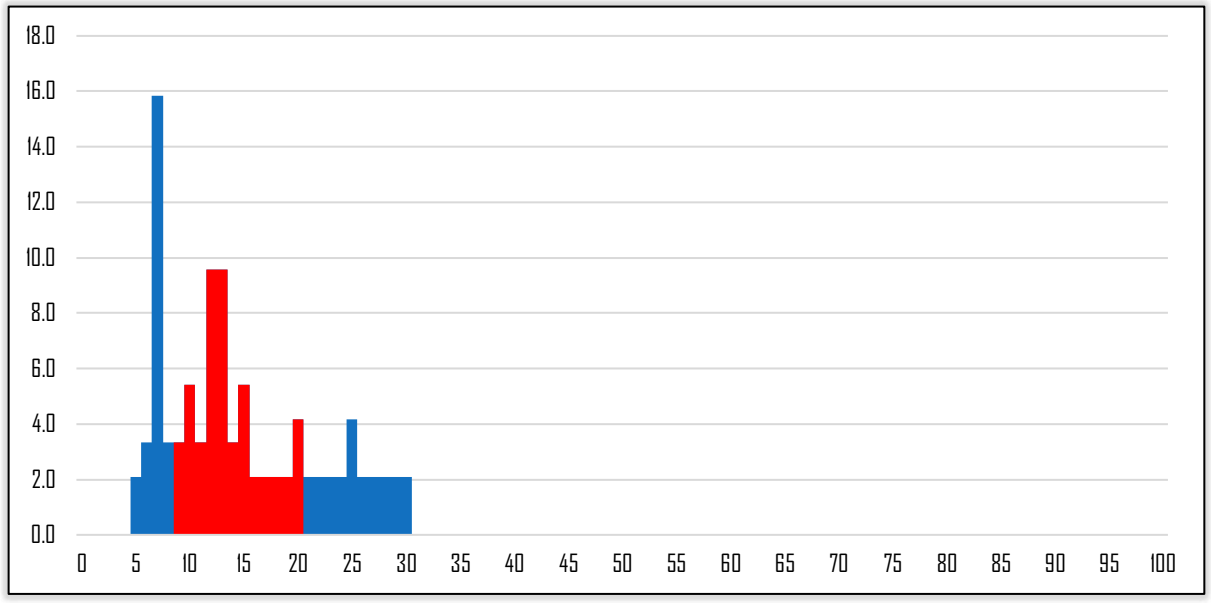
ITEM	VASCULITI, FORMA GRAVE (CON SINTOMATOLOGIA DI ENTITÀ SEVERA, COINVOLGIMENTO MULTISISTEMICO E NECESSITÀ DI TERAPIA IMMUNOSOPPRESSIVA E/O CORTICOSTEROIDEA AD ALTI DOSAGGI)
	45-65%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



ITEM	VASCULITI, FORMA MODERATA RESPONSIVA ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA
	20-35%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



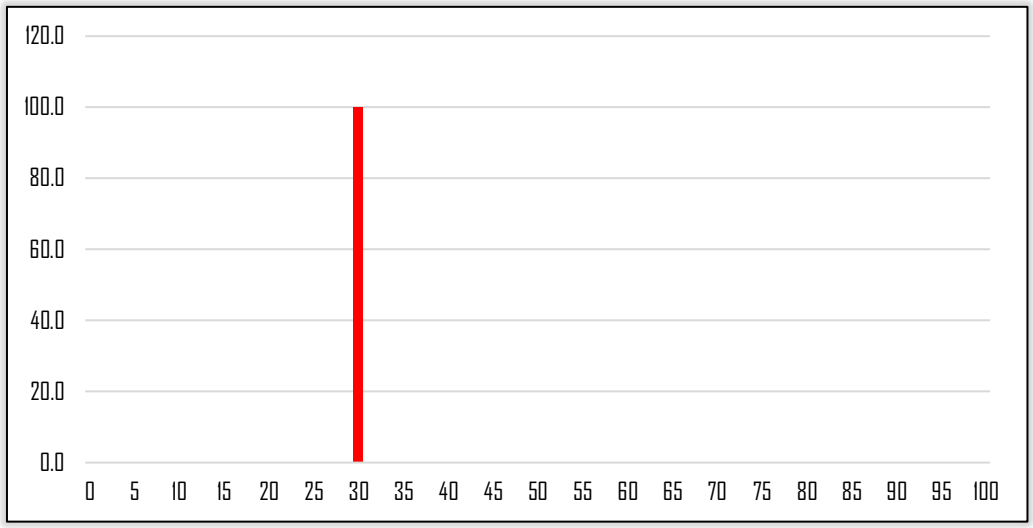
ITEM	VASCULITI, FORMA LIEVE (CON SINTOMATOLOGIA DI ENTITÀ MODESTA E CONTROLLABILI ATTRAVERSO BLANDA TERAPIA ANTINFIAMMATORIA)
	9-20%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



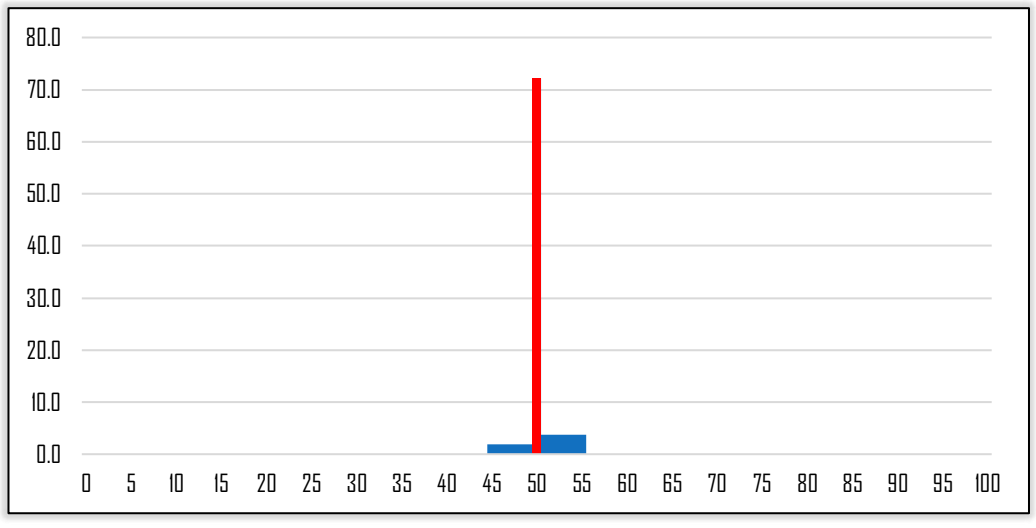
15. **MENOMAZIONI E PROTESI**

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

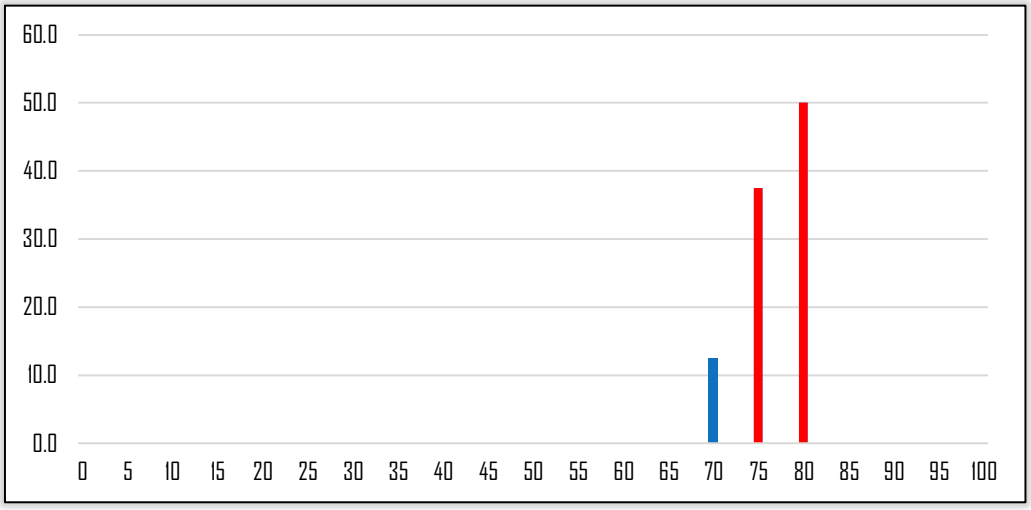
ITEM	ANOFTALMIA CON POSSIBILITÀ DI PROTESI ESTETICA
	30%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



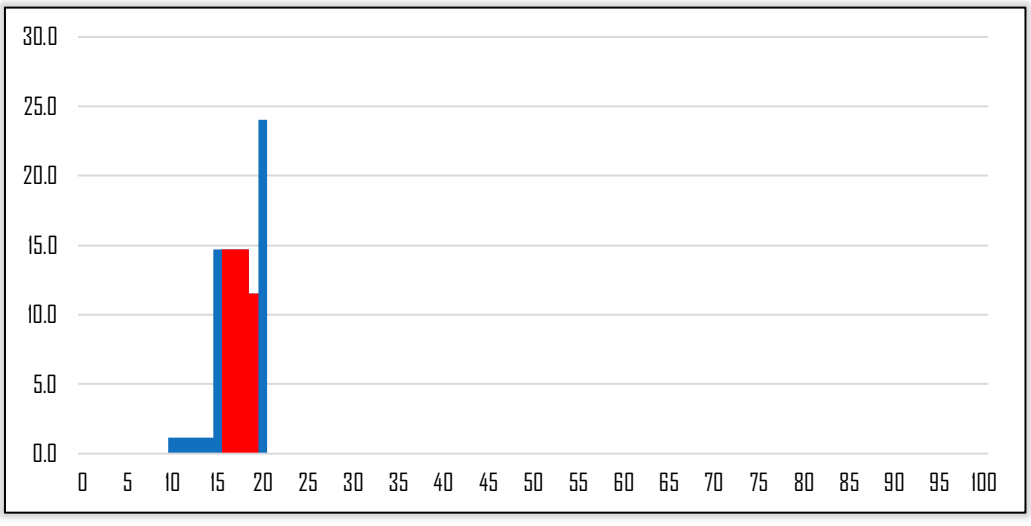
ITEM	PERDITA ANATOMICA DELL'AVAMBRACCIO LATO DOMINANTE A QUALSIASI ALTEZZA IN RAPPORTO ALLA POSSIBILITÀ DI PROTESIZZAZIONE
	50%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



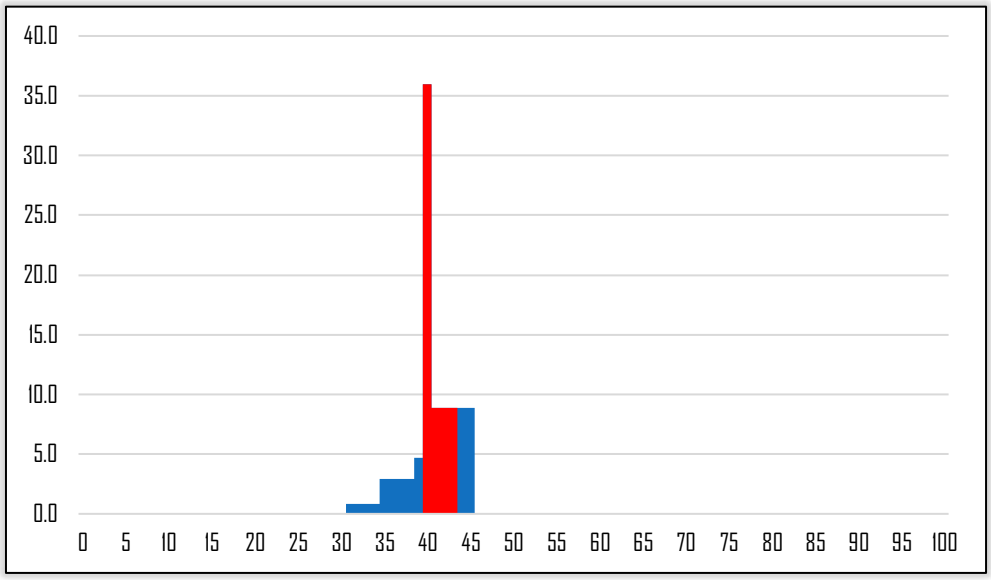
ITEM	PERDITA ANATOMICA DI ENTRAMBI GLI ARTI INFERIORI A QUALSIASI LIVELLO DI COSCIA, IN RAPPORTO ALLA POSSIBILITÀ DI APPLICAZIONE DI PROTESI EFFICACE
	75-80%
GRADO DI ACCORDO	GOOD



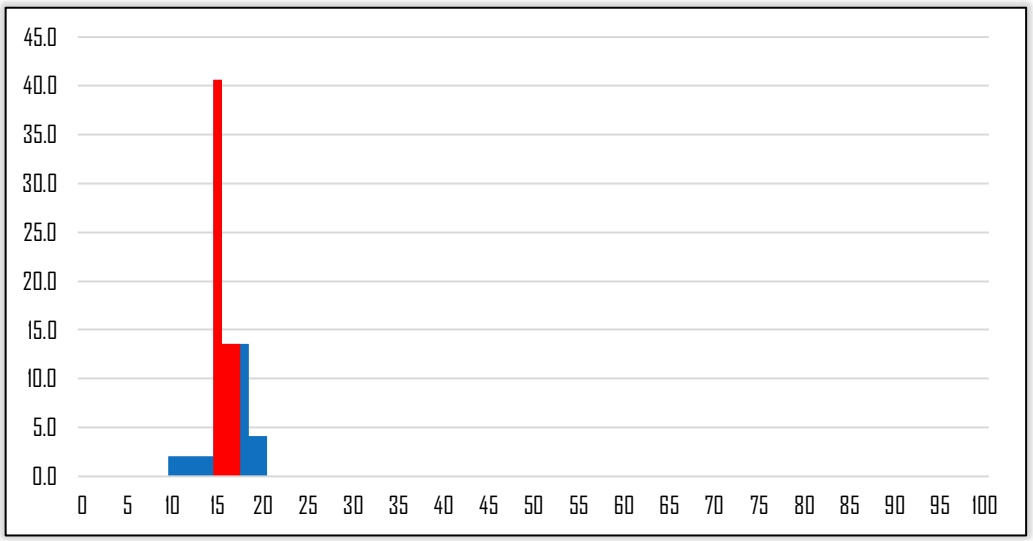
ITEM	PROTESI DI SPALLA ARTO DOMINANTE – CLASSE I- ELEVAZIONE > 100°, ABDUZIONE > 90°, ROTAZIONE ESTERNA AD ARTO ADDOTTO > 30°, MOVIMENTO COMBINATO DI ROTAZIONE INTERNA E ADDUZIONE CON MANO CHE RAGGIUNGE IL PASSAGGIO DORSO-LOMBARE. DOLORE ASSENTE O SALTUARIO, BEN CONTROLLATO CON TERAPIA MEDICA. MOVIMENTO COMPLETO CONTRO GRAVITÀ E CONTRO MASSIMA RESISTENZA (F 5 -NORMALE). ALL'ESAME RADIOGRAFICO: PROTESI BEN POSIZIONATA, ASSENZA DI CALCIFICAZIONI
	16-19%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



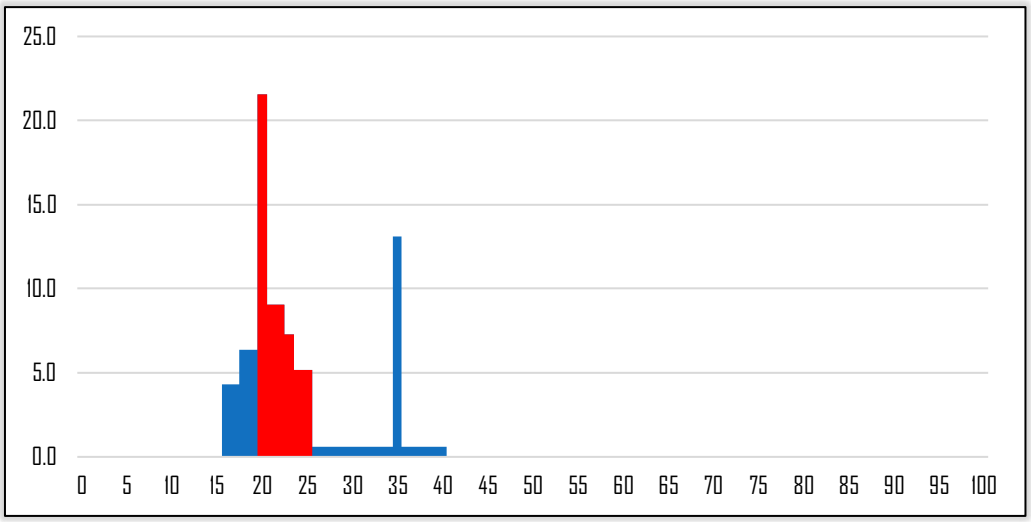
ITEM	PROTESI D'ANCA – CLASSE IV CON INSTABILITÀ, IMPOSSIBILITÀ DI RI-PROTESIZZAZIONE, GRAVE LIMITAZIONE DEI MOVIMENTI, ETEROMETRIA >5 CM E ANOMALA ROTAZIONE DELL'ARTO
	40-43%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



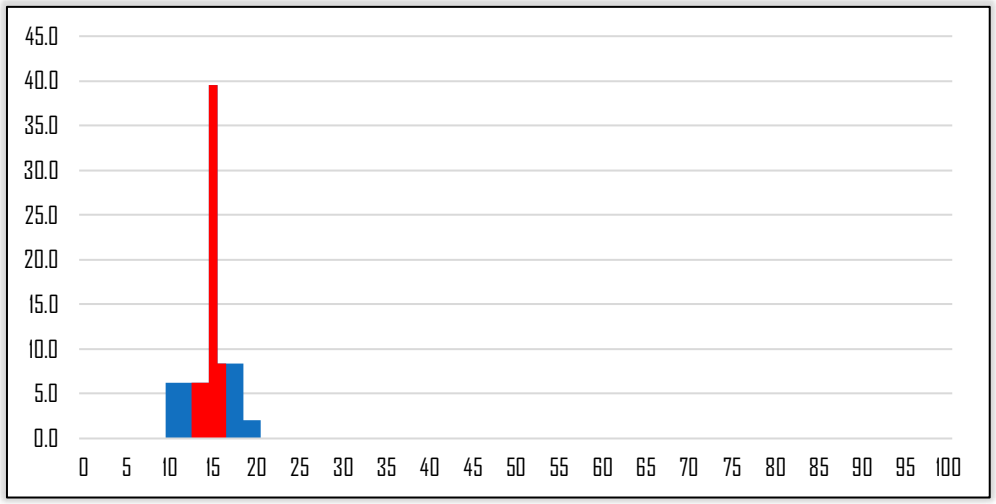
ITEM	PROTESI D'ANCA – Classe I – PRESSOCHÉ COMPLETO RECUPERO DELL'AMPIEZZA DEI MOVIMENTI, IN ASSENZA DI DOLORE E DI DISMETRIA, CON TONO-TROFISMO MUSCOLARE CONSERVATO
	15-17%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



ITEM	PROTESI DI GINOCCHIO CLASSE III - DOLORE COSTANTE E NON COMPLETAMENTE SENSIBILE AI FARMACI, RILEVANTE DEFICIT ARTICOLARE, DEAMBULAZIONE MOLTO LIMITATA E POSSIBILE SOLTANTO CON BASTONE, MARCATA IPOTROFIA MUSCOLARE, OSTEOPOROSI. IN CASO DI MALPOSIZIONAMENTO- O DI MOBILITÀ DELLA PROTESI IL VALORE MASSIMO DEL RANGE DEVE ESSERE MAGGIORATO FINO AL 35-40%, SPECIE NEL CASO IN CUI NON SIA PRATICABILE LA RIPROTESIZZAZIONE
	20-25%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



ITEM	PROTESI DI GINOCCHIO – CLASSE I -PRESSOCHÉ COMPLETA ASSENZA DI DOLORE, LIEVI DEFICIT ARTICOLARI IN FLESSIONE, LIEVE IPOTROFIA MUSCOLARE
	13-16%
GRADO DI ACCORDO	FAIR



Completamento delle voci per analogia
Avuto riguardo alle menomazioni statisticamente rilevanti, nell'ambito giuridico trattato (responsabilità civile), il CTS ha ritenuto, mediante il procedimento per analogia, di integrare gli ITEM da sottoporre alla votazione della Giuria multidisciplinare.

MENOMAZIONI DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE (SNC)

ITEM	
Sindrome cerebellare stadio 6 scala FARS modificata	91-100%
Paraplegia di origine midollare in assenza di controllo del tronco	85%
Emiplegia: deambulazione con appoggio ed arto superiore funzionalmente perduto lato non dominante	70%
Sindrome prefrontale psico organica forma gravissima	65-80%
Monoplegia flaccida dell'arto superiore dominante	55%
Sindrome della cauda equina	51-85%
Tetraparesi in base al grado di compromissione dei singoli arti e funzionalità degli sfinteri	50-90%
Monoplegia flaccida di un arto inferiore in rapporto all'utilizzo efficace di un tutore	45-55%
Paraparesi con deficit di forza lieve/moderata possibilità di deambulare senza appoggio a seconda del grado di deficit della funzionalità sfinteriale	30-45%
Monoparesi dell'arto superiore dominante con lieve deficit di forza in base al grado di compromissione dei movimenti fini della mano	30-35%
Sindrome cerebellare stadio 2 scala FARS modificata	15-35%
Emisomatoagnosia forma lieve	15-30%
Paralisi periferica totale monolaterale del VII nervo cranico (nervo facciale) comprensiva del danno estetico	25%
Monoparesi dell'arto inferiore con lieve deficit di forza, andatura falciante possibile senza appoggio	15-20%
Idrocefalo con derivazione a permanenza normo tensivo	15-20%
Sindrome prefrontale psico organica forma lieve	10-20%
Sindrome psico organica forma grave	40-75%

2. MENOMAZIONI DEL SISTEMA NERVOSO PERIFERICO (SNP)

ITEM	
Paralisi completa del plesso brachiale in lato non dominante	55%
Sindrome radicolare superiore/inferiore (in lato non dominante)	40%
Paralisi totale del nervo mediano in lato non dominante	32-35%
Paralisi totale alta del nervo radiale in lato non dominante	30%
Sindrome algodistrofica della mano con sintomatologia di entità moderata in lato non dominante	20-27%
Paralisi totale alta del nervo ulnare in lato non dominante	22%

3. MENOMAZIONI DELLE FUNZIONI PSICHICHE

ITEM	
Disturbo da Stress Post-Traumatico - forma lieve	10-15%
Disturbo da stress Post-Traumatico – forma moderata	16-22%

4. MENOMAZIONI DEGLI ORGANI DI SENSO

ITEM	
Residuo campo visivo <3%	85%
Anoftalmia monolaterale senza possibilità di protesi estetica	40%

5.MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE MUSCOLO-SCHELETRICA

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

Sono previste solo voci afferenti pressoché unicamente alle lesioni di lieve entità[4] (D.M. Salute 3 luglio 2003)

5.2 MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE MUSCOLO-SCHELETRICA – RACHIDE E BACINO

ITEM	
Esiti di frattura di un corpo vertebrale cervicale con deformazione somatica (riduzione di altezza del muro anteriore > al 50%) a seconda dei disturbi trofici sensitivi e deficit funzionale	13-17%
Artrodesi dorso lombare estesa da D10 a L2	25%

5.3 MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE MUSCOLO-SCHELETRICA – ARTO SUPERIORE

ITEM	
Perdita anatomica di un arto superiore in rapporto alla possibilità di applicazione di protesi efficace (lato non dominante)	54-60%
Perdita anatomica totale della mano in rapporto alla possibilità di protesizzazione (lato dominante)	50-55%
Perdita anatomica totale della mano in rapporto alla possibilità di protesizzazione (lato non dominante)	45-50%
Perdita anatomica di pollice, indice e medio (lato non dominante)	36-38%
Perdita anatomica del pollice (lato dominante)	22%
Perdita anatomica del pollice (lato non dominante)	20%
Instabilità di spalla di grado medio elevato (lato dominante)	15%
Esiti in pseudoartrosi di frattura biossea dell'avambraccio a seconda del dismorfismo (lato non dominante)	10-13%
Esiti di frattura diafisaria dell'omero evoluta in pseudoartrosi (lato non dominante)	8-10%

5.4 MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE MUSCOLO-SCHELETRICA – ARTO INFERIORE

ITEM	
Accorciamento dell'arto inferiore di 8 cm	15%
Lassità articolare da rottura totale di uno dei due legamenti crociati non trattata chirurgicamente	10%

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

Instabilità della tibiotarsica post traumatica grave pluridirezionale con necessità di utilizzo di tutore	12-15%
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%
Esiti in pseudoartrosi di frattura diafisaria del femore	15-18%
Limitazione del movimento di flessione del ginocchio con escursione articolare possibile tra 180° e 135°	21-24%
Limitazione del movimento di flessione del ginocchio con arresto tra 135° e 90° ed estensione completa	10-20%
Esiti frattura del calcagno a secondo del trattamento e con limitazione funzionale di grado moderato	10%

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

Sono previste solo voci afferenti pressoché unicamente alle lesioni di lieve entità[5] (D.M. Salute 3 luglio 2003)

6. MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE RESPIRATORIA

ITEM	
NESSUNA VOCE	

7. MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE DIGERENTE

ITEM	
Esiti di epatectomia con residuo d'organo pari a 2/3 con alterazioni laboratoristiche di grado moderato e con manifestazioni sintomatologiche	16-25%

8. MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE NEFRO-UROLOGICA

ITEM	
NESSUNA VOCE	

9. MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE CARDIOVASCOLARE

ITEM	
Endoprotesi vascolare aortica	10-15%

10. MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE STOMATOGNATICA

ITEM	
NESSUNA VOCE	

11. MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE SESSUALE E RIPRODUTTIVA

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

ITEM	
NESSUNA VOCE	

12. FUNZIONE EMOLINFO-IMMUNITARIA

ITEM	
NESSUNA VOCE	

13. MENOMAZIONI DELLE FUNZIONI ENDOCRINO-METABOLICHE

ITEM	
NESSUNA VOCE	

14. MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE TEGUMENTARIA E DEL CONNETTIVO

ITEM	
NESSUNA VOCE	

15. MENOMAZIONI E PROTESI

ITEM	
Protesi di spalla arto dominante con grave limitazione dei movimenti e perdita del movimento scapolo-toracica	30%
Protesi di spalla arto non dominante con grave limitazione dei movimenti e perdita del movimento scapolo-toracica	27%
Perdita anatomica dell'avambraccio in lato non dominante a qualsiasi altezza in rapporto alla possibilità di protesizzazione	45%
Protesi di caviglia - Classe III Protesi non efficace, dolore costante e soltanto parzialmente controllabile in farmaci, grave limitazione della sotto-astragalica con zoppia.	22-25%

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

1. MENOMAZIONI DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE (SNC)

ITEM / VOCI	
Emiplegia: deambulazione con appoggio ed arto superiore funzionalmente perduto in lato dominante	75%
Emiplegia: deambulazione con appoggio ed arto superiore funzionalmente perduto in lato non dominante	70%
Monoplegia flaccida dell'arto superiore dominante	55%
Monoparesi dell'arto superiore dominante con lieve deficit di forza in base al grado di compromissione dei movimenti fini della mano	30-35%
Monoplegia flaccida di un arto inferiore in rapporto all'utilizzo efficace di un tutore	45-55%
Monoparesi dell'arto inferiore con lieve deficit di forza, andatura falciante possibile senza appoggio	15-20%

Sindrome lobare cerebrale, in base alla gravità e alla responsività al trattamento farmacologico	40-60%
Sindrome prefrontale psico organica forma gravissima	65-80%
Sindrome prefrontale psico organica forma grave	40-75%
Sindrome prefrontale psico organica forma lieve	10-20%
Emisomatoagnosia forma lieve	15-30%
Sindrome cerebellare stadio 6 scala FARS modificata	91-100%
Sindrome cerebellare stadio 2 scala FARS modificata	15-35%
Sindrome extrapiramidale in stadio 5, con soggetto obbligato a letto o su sedia a rotelle, totalmente dipendente nelle ADL	90-96%
Sindrome extrapiramidale, in base alla gravità e alla responsività al trattamento farmacologico	45-64%
Idrocefalo con derivazione a permanenza normo tensivo	15-20%
Disturbi neuro cognitivi in stadio 5 con necessità di assistenza globale e continuativa	88-96%
Disturbi neuro cognitivi, in base alla gravità e alla responsività al trattamento farmacologico	47-52%
Epilessia, in base alla gravità e alla responsività al trattamento farmacologico	30-39%
Tetraplegia completa	96-100%
Tetraparesi in base al grado di compromissione dei singoli arti e funzionalità degli sfinteri	50-90%
Paraplegia di origine midollare in assenza di controllo del tronco	85%
Paraparesi con deficit di forza lieve/moderata possibilità di deambulare senza appoggio a seconda del grado di deficit della funzionalità sfinteriale	30-45%
Sindrome della cauda equina	51-85%
Malattie demielinizzanti in stadio 1, con EDSS 1-3,5, deambulazione autonoma ed autosufficienza	12-15%
Cefalea, in basa alla severità della patologia, alla frequenza mensile, alla responsività del trattamento farmacologico	20-24%
Narcolessia farmacoresistente o con impossibilità di trattamento farmacologico, con notevole interferenza sulle normali attività quotidiane	35-41%
Narcolessia di tipo 1 o di tipo 2 con assente/lieve interferenza sulle normali attività quotidiane	13-17%

Nevralgia del trigemino, forma grave (a seconda della risposta al trattamento)	23-28%
Nevralgia del trigemino, forma lieve-moderata (a seconda della risposta al trattamento)	12-15%
Paralisi periferica totale monolaterale del VII nervo cranico (nervo facciale) comprensiva del danno estetico	25%

2. **MENOMAZIONI DEL SISTEMA NERVOSO PERIFERICO (SNP)**

ITEM / VOCI	
Paralisi completa del plesso brachiale in lato dominante	60%
Paralisi completa del plesso brachiale in lato non dominante	55%
Sindrome radicolare superiore/inferiore in lato dominante	45%
Sindrome radicolare superiore/inferiore in lato non dominante	40%
Paralisi completa del nervo circonflesso in lato dominante	18%
Paralisi completa del nervo circonflesso in lato non dominante	15%
Paralisi totale alta del nervo radiale in lato dominante	35%
Paralisi totale alta del nervo radiale in lato non dominante	30%
Paralisi totale del nervo mediano in lato dominante	36-40%
Paralisi totale del nervo mediano in lato non dominante	32-35%
Paralisi totale alta del nervo ulnare in lato dominante	25%
Paralisi totale alta del nervo ulnare in lato non dominante	22%
Paralisi del nervo muscolo-cutaneo in lato dominante	15%
Paralisi del nervo muscolo-cutaneo in lato non dominante	12-13%
Paralisi alta del nervo ischiatico	45%
Paralisi totale del nervo femorale	30%
Paralisi del nervo gluteo inferiore	15%
Paralisi totale dello SPE o dello SPI	20-24%
Sindrome algodistrofica della mano con sintomatologia di entità moderata in lato dominante	22-30%
Sindrome algodistrofica della mano con sintomatologia di entità moderata in lato non dominante	20-27%

3. **MENOMAZIONI DELLE FUNZIONI PSICHICHE**

ITEM / VOCI	
Disturbo da Stress Post-Traumatico – forma moderata complicata o grave	23-29%
Disturbo da stress Post-Traumatico – forma moderata	16-22%
Disturbo da Stress Post-Traumatico - forma lieve	10-15%

Disturbo dell'Adattamento complicato	13-19%
Disturbo dell'Adattamento non complicato	8-12%
Disturbo d'ansia generalizzata – forma grave complicata	22-28%
Disturbi dello spettro ansioso di entità lieve (disturbo d'ansia generalizzato in forma lieve; disturbo da attacchi di panico in forma lieve; fobie in forma lieve)	10-13%
Disturbo depressivo maggiore grave forma con melanconia, sintomi psicotici, catatonia e tendenze suicidarie (Disturbo depressivo persistente)	62-75%
Disturbo depressivo maggiore- forma grave con disturbi coesistenti ma senza melanconia e senza sintomi psicotici, oppure grave, con melanconia ma senza disturbi coesistenti e senza sintomi psicotici	36-40%
Disturbo da dismorfismo corporeo – forma grave complicata	25-31%
Disturbo da dismorfismo corporeo - forma lieve	8-11%
Disturbo delirante - forma grave	48-53%
Schizofrenia a decorso continuativo con perdita completa del funzionamento personale e condotte auto/etero aggressive	90-97%
Schizofrenia a decorso continuativo con elevata disorganizzazione ideativo-comportamentale	76-86%
Schizofrenia a decorso continuativo con comportamento moderatamente influenzato da deliri e allucinazioni	50-56%
Disturbo da lutto persistente complicato – forma grave	28-33%

4. **MENOMAZIONI DEGLI ORGANI DI SENSO**

ITEM / VOCI	
Anoftalmia bilaterale	90%
Anoftalmia monolaterale senza possibilità di protesi estetica	40%
Cecità assoluta bilaterale	85%
Cecità monolaterale	28-30%
Residuo campo visivo <11% >3%	75-80%
Residuo campo visivo <3%	85%
Sordità completa bilaterale	50%
Sordità completa unilaterale	10-15%
Sordità completa bilaterale in età prelinguale	65-80%
Sordomutismo, con validi risultati dopo trattamento riabilitativo	60%

Areflessia vestibolare monolaterale senza compenso	12-20%
Areflessia vestibolare monolaterale senza compenso, con canalolitiasi, a seconda della frequenza delle crisi	15-25%
Danno vestibolare con sintomi o segni di instabilità che limitano significativamente le attività più complesse della vita quotidiana (es. andare in bicicletta, guidare, etc.) con necessità di saltuaria assistenza	25-34%
Anosmia strumentalmente accertata	15%

5. MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE MUSCOLO-SCHELETRICA

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

Sono previste solo voci afferenti pressoché unicamente alle lesioni di lieve entità[6] (D.M. Salute 3 luglio 2003)

5.2 MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE MUSCOLO-SCHELETRICA – RACHIDE E BACINO

ITEM / VOCI	
Esiti di frattura del dente dell'epistrofeo	17-21%
Esiti di frattura di un corpo vertebrale cervicale con deformazione somatica (riduzione di altezza del muro anteriore > al 50%) a seconda dei disturbi trofici sensitivi e deficit funzionale	13-17%
Artrodesi della colonna cervicale in toto	24-28%
Stenosi vertebrale Score 14-17 JOAC	26-29%
Stenosi vertebrale Score 9-13 JOAC	17-20%
Esiti di frattura dorsale vertebrale di Classe III (frattura di più corpi vertebrali, con compressione e/o cuneizzazione > 50% , con o senza frattura peduncolare e/o dell'elemento posteriore e con rilevante sintomatologia dolorosa senza indicazione chirurgica)	13-16%
Artrodesi cervico-dorsale	14-15%
Artrodesi di 9-12 corpi vertebrali dorsali	20-23%
Artrodesi dorso lombare estesa da D10 a L2	25%
Esiti di frattura vertebrale lombare di Classe III (esiti di frattura di più corpi vertebrali, con compressione > 50% , con grave sintomatologia dolorosa, a seconda dei deficit trofico-sensitivi strumentalmente accertati, senza indicazione chirurgica)	20-24%
Patologia lombare discale di Classe III (ernia discale o esiti di erniectomia a 1 o più livelli con grave quadro clinico disfunzionale, mielopatia sfumata o reticolopatia strumentalmente accertata e sintomatologia algica recidivante o continua al distretto interessato, scarsamente responsiva alla terapia)	13-19%
Bacino - esiti di fratture, diastasi complesse, trattate chirurgicamente, con moderata disfunzionalità residua	12-18%

5.3 MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE MUSCOLO-SCHELETRICA – ARTO SUPERIORE

ITEM / VOCI	
Perdita anatomica di entrambi gli arti superiori	85-90%

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

Perdita anatomica di entrambe le mani	80-85%
Perdita anatomica di un arto superiore in rapporto alla possibilità di applicazione di protesi efficace in lato dominante	59-65%
Perdita anatomica di un arto superiore in rapporto alla possibilità di applicazione di protesi efficace in lato non dominante	54-60%
Perdita anatomica totale della mano in rapporto alla possibilità di protesizzazione in lato dominante	50-55%
Perdita anatomica totale della mano in rapporto alla possibilità di protesizzazione in lato non dominante	45-50%
Perdita anatomica di pollice, indice e medio in lato dominante	39-41%
Perdita anatomica di pollice, indice e medio in lato non dominante	36-38%
Perdita anatomica del pollice in lato dominante	22%
Perdita anatomica del pollice in lato non dominante	20%
Anchilosi della scapolo-omerale in posizione favorevole in lato dominante	29%
Instabilità di spalla di grado medio elevato in lato dominante	15%
Esiti di frattura diafisaria dell'omero evoluta in pseudoartrosi in lato dominante	11-14%
Esiti di frattura diafisaria dell'omero evoluta in pseudoartrosi (lato non dominante)	8-10%
Anchilosi del gomito in massima flessione con prono-supinazione libera in lato dominante	28%
Esiti in pseudoartrosi di frattura biossea dell'avambraccio a seconda del dismorfismo in lato dominante	12-15%
Esiti in pseudoartrosi di frattura biossea dell'avambraccio a seconda del dismorfismo in lato non dominante	10-13%
Anchilosi del polso in posizione sfavorevole in lato dominante	22%
Anchilosi rettilinea del polso con prono-supinazione libera in lato dominante	13%

5.4 MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE MUSCOLO-SCHELETRICA – ARTO INFERIORE

ITEM / VOCI	
Perdita anatomica di entrambi gli arti inferiori a qualsiasi livello di coscia, in rapporto alla possibilità di applicazione di protesi efficace	70-80%
Perdita anatomica di entrambe le gambe a qualsiasi livello in rapporto alla possibilità di applicazione di protesi efficace	58-65%
Perdita anatomica di entrambi i piedi a livello della tibio-tarsica in rapporto alla possibilità di applicazione di protesi efficace	48-57%
Perdita anatomica dell'avampiede a livello delle basi metatarsali	20-25%
Perdita anatomica dell'alluce con disarticolazione metatarso-falangea	10-12%

Anchilosi d'anca in posizione sfavorevole (flessione <25° o >40°)	36-39%
Limitazione del movimento di flessione dell'anca con escursione articolare possibile fino a 90°, associata a deficit degli altri movimenti	11-20%
Limitazione del movimento di flessione dell'anca, con escursione articolare possibile fino a 90°, senza deficit degli altri movimenti	10-12%
Limitazione del movimento di flessione dell'anca con escursione articolare possibile oltre 90°, associata a deficit degli altri movimenti	5-15%
Esiti in pseudoartrosi di frattura diafisaria del femore	15-18%
Anchilosi del ginocchio tra 175° e 180°	24-28%
Limitazione del movimento di flessione del ginocchio con escursione articolare possibile tra 180° e 135°	21-24%
Limitazione del movimento di flessione del ginocchio con arresto tra 135° e 90° ed estensione completa	10-20%
Lassità articolare da rottura totale di uno dei due legamenti crociati non trattata chirurgicamente	10%
Esiti in pseudoartrosi di frattura della tibia	11-14%
Accorciamento dell'arto inferiore di 8 cm	15%
Triplice anchilosi (tibio-tarsica, sottoastragalica e mediotarsica in posizione favorevole)	19-25%
Instabilità della tibiotarsica post traumatica grave pluridirezionale con necessità di utilizzo di tutore	12-15%
Esiti frattura del calcagno a secondo del trattamento e con limitazione funzionale di grado moderato	10%

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

Sono previste solo voci afferenti pressoché unicamente alle lesioni di lieve entità[7] (D.M. Salute 3 luglio 2003)

6. MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE RESPIRATORIA

ITEM / VOCI	
Insufficienza respiratoria grave: FEV1: < 40% del previsto; FVC: < 40% del previsto; indice di Tiffeneau: < 0,6; DLCO: < 40% del previsto; complicanze extra polmonari: multiple e severe; PaO2: < 50 mmHg; grado di dispnea: severo (MMRC 3-4 o Borg 5-6); ossigenoterapia a permanenza: necessaria; PaCO2: > 50 mmHg	44-68%
Insufficienza respiratoria moderata: FEV1: 40-59% del previsto; FVC: 40-59% del previsto; indice di Tiffeneau: 0,6-0,69; DLCO: 40-59% del previsto; complicanze extra polmonari:	21-26%

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

moderate; PaO2: 50-59 mmHg; grado di dispnea: moderato (MMRC 2 o Borg 3-4); ossigenoterapia a permanenza: talora necessaria; PaCO2: lievemente alterata (45-50 mmHg)	
Insufficienza respiratoria lieve: FEV1: 60-80% del previsto; FVC: 60-80% del previsto; indice di Tiffeneau: 0,7-0,8; DLCO: 60-80% del previsto; complicanze extra polmonari: assenti o lievi; PaO2: > 60 mmHg; grado di dispnea: lieve (MMRC 0-1 o Borg 1-2); ossigenoterapia a permanenza: non necessaria; PaCO2: normale (35-45 mmHg)	10-15%
Asma grave persistente: FEV1 < 60% del previsto, sintomi quotidiani, frequenti riacutizzazioni, presenza di complicanze extra polmonari (sinusite cronica, rinite allergica o poliposi nasale), PaO2 < 60 mmHg durante attacco acuto, PaCO2 > 45 mmHg durante attacco acuto o ipercapnia in fase intercritica, uso frequente o quotidiano di farmaci di soccorso, come broncodilatatori a rapida insorgenza d'azione, e/o terapie di controllo ad alto dosaggio, come corticosteroidi inalatori o agenti biologici	41-56%
Asma moderato persistente: FEV1 tra il 60-80% del previsto, sintomi presenti più di una volta alla settimana ma non quotidiani, riacutizzazioni occasionali, possibile presenza di complicanze extra polmonari (sinusite cronica, rinite allergica o poliposi nasale) ma meno frequenti e severe rispetto all'asma grave, PaO2 generalmente superiore a 60 mmHg durante attacco acuto, PaCO2 solitamente inferiore a 45 mmHg durante attacco acuto e assenza di ipercapnia in fase intercritica, uso periodico di farmaci di soccorso, come broncodilatatori a rapida insorgenza d'azione, e terapie di controllo a dosaggio moderato, come corticosteroidi inalatori o agenti biologici	18-30%
Stenosi nasale serrata/assoluta bilaterale	11-15%
Rinite allergica moderata-grave controllata attraverso l'impiego di farmaci sintomatici	7-12%
Esiti di laringectomia con soddisfacente recupero della capacità fonatoria attraverso l'impiego di appositi devices	30-35%
Disfonia severa	24-29%
Tracheostomia a permanenza in assenza di deficit respiratori	14-19%
Perdita di un polmone con ottimale funzione vicariante dell'organo adelfo, in assenza di pregiudizi del sistema cardiocircolatorio	25-30%
Esiti di trapianto polmonare con complicanze gravi e/o insufficienza respiratoria grave	70-86%
Paralisi totale del diaframma con moderato deficit respiratorio	18%
Sindrome delle apnee notturne di grado severo, con AHI > 30, importanti riflessi sul piano intellettivo e complicanze cardiovascolari	35-43%

7. MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE CARDIOVASCOLARE

ITEM / VOCI	
Cardiopatia in classe IV NYHA (incluse cardiopatie congenite classe IV, DIA con soggetti in condizioni scadute	81-88%

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

8. MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE STOMATOGNATICA

ITEM / VOCI	
Perdita di tutti i denti e dell'osso alveolare	35-41%
Amputazione totale della lingua	50-65%
Amputazione parziale della lingua con severi disturbi funzionali	35-44%

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

9. MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE DIGERENTE

ITEM / VOCI	
Patologia del tratto gastro-enterico (esofago-duodeno-digiuno-ileo-colon) di grado severo: stenosi superiore al 50% o resezione superiore al 50% del tratto interessato, sintomi gravi e frequenti, influenzanti in maniera significativa la qualità di vita, necessità di modifiche dietetiche estreme e di trattamento farmacologico intensivo, stato generale gravemente compromesso, perdita di peso superiore al 10% del peso corporeo abituale	46-72%
Patologia del tratto gastro-enterico (esofago-duodeno-digiuno-ileo-colon) di grado moderato: stenosi compresa tra il 25% e il 50% o resezione compresa tra il 25% e il 50% del tratto interessato, sintomi moderati e occasionali, influenzanti in maniera apprezzabile la qualità di vita, necessità di modifiche dietetiche rilevanti e di trattamento farmacologico, stato generale moderatamente compromesso, perdita di peso tra il 5% e il 10% del peso corporeo abituale	24-39%
Patologia del tratto gastro-enterico (esofago-duodeno-digiuno-ileo-colon) di grado lieve: stenosi inferiore al 25% o resezione inferiore al 25% del tratto interessato, sintomi lievi e sporadici, non influenzanti in maniera apprezzabile la qualità di vita, necessità di modifiche dietetiche lievi in assenza di trattamento farmacologico, stato generale non compromesso o lievemente compromesso, perdita di peso inferiore al 5% del peso corporeo abituale	13-17%
Incontinenza dello sfintere anale con perdita di gas e feci incontrollabile	31-38%
Patologia anorettale su base funzionale con funzione defecatoria preservata	13-20%
Patologia del pancreas di grado severo: insufficienza esocrina grave (riduzione > 50% dell'attività enzimatica), crisi dolorose frequenti e di elevata intensità, aumento significativo degli enzimi pancreatici e/o di PCR e leucociti, perdita di peso > 10% del peso abituale, importanti ripercussioni sullo stato generale, diabete mellito scompensato	60-76%
Patologia del pancreas di grado moderato: insufficienza esocrina moderata (riduzione tra il 25% e il 50% dell'attività enzimatica), crisi dolorose occasionali e di intensità moderata, aumento moderato degli enzimi pancreatici e/o alterazione di PCR e leucociti, perdita di peso tra il 5% e il 10% del peso abituale, ripercussioni sullo stato generale limitate ma presenti, pregiudizio della funzione endocrina con alterazione dell'equilibrio glicometabolico pur in assenza di diagnosi di diabete	21-37%

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

10. MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE NEFRO-UROLOGICA

ITEM / VOCI	
Perdita di un rene con rene superstite normo funzionante	15-18%
Rene a ferro di cavallo e rene policistico dell'adulto	10-13%
Insufficienza renale grave: creatinina plasmatica: > 4 mg/dL, filtrato glomerulare < 30 ml/min/1.73 m², azotemia: > 80 mg/dL, anemia severa, oligoanuria, disturbi idroelettrolitici severi e di difficile controllo con terapia, manifestazioni sistemiche severe, necessità di dialisi o trapianto renale, ripercussioni cardiovascolari severe e potenzialmente letali	63-74%
Insufficienza renale moderata: creatinina plasmatica: 2-4 mg/dL, filtrato glomerulare 30-59 ml/min/1.73 m², azotemia: 40-80 mg/dL, anemia moderata, volume urinario ridotto, disturbi idroelettrolitici presenti ma controllabili con terapia, manifestazioni sistemiche presenti ma controllabili, non necessità di dialisi, ripercussioni cardiovascolari moderate	27-34%
Insufficienza renale lieve: creatinina plasmatica: 1.5-2 mg/dL (uomini), 1.3-1.9 mg/dL (donne), filtrato glomerulare 60-89 ml/min/1.73 m², azotemia: 20-40 mg/dL, lieve anemia, volume urinario normale, disturbi idroelettrolitici assenti o lievi, manifestazioni sistemiche assenti o lievi, non necessità di dialisi, ripercussioni cardiovascolari minime o assenti	15-21%
Esito di trapianto renale con insufficiente ripristino della funzionalità e complicanze di grado grave	64%
Esito di trapianto renale con soddisfacente ripristino della funzionalità e complicanze assenti o di grado lieve	30-37%
Sindrome nefrosica persistente	26-33%
Nefrostomia o ureterocutaneostomia definitiva	27-35%

Incontinenza urinaria totale	30-40%
Ritenzione urinaria cronica con necessità di frequenti cateterismi	22-30%

11. MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE SESSUALE E RIPRODUTTIVA

ITEM / VOCI	
Perdita del pene e dei testicoli prima della maturazione sessuale a seconda delle turbe endocrino-metaboliche e delle relative disarmonie di sviluppo	50-60%
Perdita del pene e dei testicoli dopo la maturazione sessuale a seconda dell'età	35-45%
Prostatite cronica abatterica o sindrome dolorosa pelvica cronica	10-14%
Perdita anatomica o funzionale dell'utero e degli annessi ed impossibilità al coito prima della maturazione sessuale, a seconda delle turbe endocrino-metaboliche e delle relative disarmonie di sviluppo/atrofia vaginale in età non fertile	50-60%
Perdita dell'utero e degli annessi prima della maturazione sessuale	40-45%
Perdita anatomica di utero e annessi dopo la maturazione sessuale (impotenza generandi e menopausa iatrogena)	25-35%
Perdita anatomica o funzionale delle salpingi in età prepubere o fertile con preservazione della capacità al coito e possibilità di conduzione a termine di gravidanza a seguito di tecniche di procreazione assistita	12-18%
Endometriosi in fase avanzata con infertilità, importante sintomatologia dolorosa pelvica e eventuali complicanze a carico dell'apparato urinario o gastro-enterico	22-27%
Mutilazioni genitali femminili tipo III Asportazione totale del clitoride con escissione delle piccole labbra e della superficie interna delle grandi labbra e chiusura dei margini con minimale pervietà residua atta a consentire la minzione ed il flusso mestruale	23-35%
Mutilazioni genitali femminili di tipo I Escissione del prepuzio clitorideo con asportazione totale o parziale del clitoride	12-18%
Esiti di mastectomia bilaterale non protesizzata	28-40%
Esiti di mastectomia monolaterale non protesizzata comportante pregiudizio sotto il profilo fisiognomico ed estetico	20-25%

12. MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE EMOLINFO-IMMUNITARIA

ITEM / VOCI	
Piastrinopenia moderata-grave con fenomeni emorragici spontanei ma in assenza di complicanze	12-22%
Emofilia grave	36-44%
Trombocitosi grave	35-43%

Aplasia midollare gravissima	63-70%
Aplasia midollare lieve: granulociti neutrofili > 1500/µL, piastrine > 100.000/µL, cellule midollari totali ridotte rispetto al normale	11-14%
Anemia di grado moderato (Hb 5-9 g/dL con sintomatologia rilevante e necessità di 1-2 trattamenti trasfusionali/mese)	16-23%
Malattia da HIV avanzata (categoria C3)	83-91%
Infezione da HIV Stadio B1, B2, B3	50-60%
Linfoma Non Hodgkin HIV-relato	65-89%
Policitemia rubra vera in trasformazione leucemica	67-83%

13. MENOMAZIONI DELLE FUNZIONI ENDOCRINO-METABOLICHE

ITEM / VOCI	
Gigantismo ad elevata espressività clinica nonostante terapia	55-70%
Ipertiroidismo in base alla gravità e alla responsività al trattamento farmacologico	25-29%
Ipotiroidismo in parziale controllo farmacologico	16-22%
Iperparatiroisidmo sintomatico	20-27%
Iposurrenalismo grave con persistenti squilibri idro-elettrolitici e crisi addisoniane molto frequenti	48-58%
Iposurrenalismo con sintomi e segni parzialmente controllati dalla terapia	23-30%
Adenoma ipofisario in base alla gravità e alla responsività al trattamento	27-40%
Diabete mellito con complicanze gravi	56-61%
Diabete mellito con complicanze lievi in base alla gravità e alla responsività al trattamento farmacologico	30-37%
Diabete mellito non insulino-dipendente in scarso controllo glicemico, con moderata sintomatologia ed apprezzabile incidenza sulla qualità di vita ma senza complicanze sistemiche	17-22%
Obesità patologica trattata con intervento chirurgico restrittivo	30-36%
Obesità moderata (BMI 35-39.9) in assenza di significative ripercussioni su organi ed apparati condizionate dall'eccesso ponderale	10-14%

14. MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE TEGUMENTARIA E DEL CONNETTIVO

ITEM / VOCI	
Sclerodermia variante diffusa con severo impegno sistemico	47-70%
Sclerodermia variante limitata alla cute	10-15%
Dermopatia in stadio III, con severo pregiudizio estetico e importante sintomatologia malgrado trattamento farmacologico sistemico	35-40%
Dermopatia in stadio II, con moderato pregiudizio estetico e sintomatologia non responsiva al solo trattamento farmacologico topico	19-28%
Dermopatia in stadio I, con lieve pregiudizio estetico e modesta sintomatologia in trattamento farmacologico solo topico	9-20%
Vasculiti, forma grave (con sintomatologia di entità severa, coinvolgimento multisistemico e necessità di terapia immunosoppressiva e/o corticosteroidea ad alti dosaggi)	45-65%
Vasculiti, forma moderata responsiva alla terapia farmacologica	20-35%
Vasculiti, forma lieve (con sintomatologia di entità modesta e controllabili attraverso blanda terapia antinfiammatoria)	9-20%

15. MENOMAZIONI E PROTESI

ITEM / VOCI	
Anoftalmia con possibilità di protesi estetica	30%
Perdita anatomica dell'avambraccio in lato dominante a qualsiasi altezza in rapporto alla possibilità di protesizzazione	50%
Perdita anatomica dell'avambraccio in lato non dominante a qualsiasi altezza in rapporto alla possibilità di protesizzazione	45%
Perdita anatomica di entrambi gli arti inferiori a qualsiasi livello di coscia, in rapporto alla possibilità di applicazione di protesi efficace	75-80%
Protesi di spalla arto dominante– Classe III - con grave limitazione dei movimenti e perdita del movimento scapolo-toracica	30%
Protesi di spalla arto non dominante – Classe III - con grave limitazione dei movimenti e perdita del movimento scapolo-toracica	27%
Protesi di spalla arto dominante – Classe I - Elevazione > 100°, abduzione > 90°, rotazione esterna ad arto addotto > 30°, movimento combinato di rotazione interna e adduzione con mano che raggiunge il passaggio dorso-lombare. Dolore assente o saltuario, ben controllato con terapia medica. Movimento completo contro gravità e contro massima resistenza (F 5-normale). All'esame radiografico: protesi ben posizionata, assenza di calcificazioni	16-19%
Protesi d'anca – Classe IV con instabilità, impossibilità di ri-protesizzazione, grave limitazione dei movimenti, eterometria >5 cm. e anomala rotazione dell'arto	40-43%
Protesi d'anca –Classe I- Pressoché completo recupero dell'ampiezza dei movimenti, in assenza di dolore e di dismetria, con tono-trofismo muscolare conservato	15-17%

Protesi di ginocchio – Classe III- Dolore costante e non completamente sensibile ai farmaci, rilevante deficit articolare, deambulazione molto limitata e possibile soltanto con bastone, marcata ipotrofia muscolare, osteoporosi. In caso di mal posizionamento- o di mobilità della protesi il valore massimo del range deve essere maggiorato fino al 35-40%, specie nel caso in cui non sia praticabile la riprotesizzazione	20-25%
Protesi di ginocchio – Classe I -Pressoché completa assenza di dolore, lievi deficit articolari in flessione, lieve ipotrofia muscolare	13-16%
Protesi di caviglia - Classe III Protesi non efficace, dolore costante e soltanto parzialmente controllabile in farmaci, grave limitazione della sotto-astragalica con zoppia	22-25%

Bibliografia - Testi Maggiori

Tutte le attività svolte nell'ambito del presente studio sono state dispiegate con imprescindibile riferimento alle più autorevoli monografie medico-legali sino ad oggi pubblicate (elencate in **APPENDICE 3**), costituenti i capisaldi orientativi in ambito dottrinario e di seguito elencate.

5. Revisione esterna

Prof. Antonio Oliva

Prof. Cristoforo Pomara

Il documento oggetto di revisione appare coerente con gli standard di sviluppo delle "Procedure di invio e valutazione di raccomandazioni per le buone pratiche clinico-assistenziali", v. 1.3 marzo 2025 (manuale prodotto e pubblicato dall'Istituto Superiore di Sanità).

Il documento oggetto di revisione è frutto di un rigoroso lavoro basato su un solido impianto metodologico, che trova la sua espressione nell'articolazione delle fasi progettuali, nella trasparenza dei passaggi decisionali e nella tracciabilità del processo di costruzione degli statement. Il legame tra le evidenze documentate, le fonti bibliografiche selezionate e le raccomandazioni proposte risulta chiaro e ben motivato, soprattutto nella formulazione dei princìpi generali (overarching principles), i quali appaiono coerenti con il quadro normativo, e dottrinale di riferimento e con i loro ambiti di applicazione in campo di valutazione medico-legale delle menomazioni alla integrità psicofisica in relazione alle diverse e numerose fattispecie cliniche selezionate. La scelta di affidare la revisione della letteratura a una figura indipendente, unitamente al lavoro in cieco e multiprofessionale nella valutazione degli articoli, conferisce ulteriore valore al rigore scientifico adottato nella redazione e approvazione del documento. Le raccomandazioni formulate sono in generale espresse in modo

chiaro, tecnicamente appropriato e di preminente impatto pragmatico; i passaggi di revisione successivi al primo ciclo di votazione hanno migliorato la precisione e la fruibilità degli statement, che si presentano oggi in forma sufficientemente operativa. In particolare, alcune affermazioni più articolate, come gli statement 6.2 e 6.3, mantengono una struttura complessa ma ben calibrata rispetto alle realtà cliniche e valutative che intendono descrivere. È auspicabile, nella redazione finale, la predisposizione di un indice analitico o uno schema riepilogativo per facilitare la consultazione pratica del documento da parte degli utenti. In merito all'applicabilità delle raccomandazioni, si ritiene che il lavoro rappresenti un passo tanto significativo quanto necessario verso l'armonizzazione della valutazione medico-legale delle menomazioni all'integrità psicofisica comprese tra 10 e 100 punti di invalidità. Il sistema proposto, che integra evidenze scientifiche, opinione di esperti e metodologie di consenso, appare concretamente fruibile nei contesti professionali, giuridici e assicurativi, costituendo un riferimento condiviso in ambito di valutazione medico-legale delle menomazioni all'integrità psicofisica comprese tra 10 e 100 punti di invalidità e come tale in grado di assurgere a documento di riferimento tra i numerosi già esistenti. L'uso controllato del procedimento per analogia, la costruzione di intervalli percentuali basati su criteri clinici e semeiotici oggettivi e l'approccio multidisciplinare rappresentano punti di novità e sicura forza del documento. Nel complesso, la proposta redazionale si distingue per solidità metodologica, chiarezza espositiva, rilevanza valutativa medico-legale-giuridica e concreto impatto applicativo. Si esprime dunque parere pienamente favorevole alla finalizzazione del documento, con l'eventuale integrazione di minimi suggerimenti redazionali e organizzativi. Il presente giudizio è reso in piena indipendenza e senza alcuna condizione di conflitto di interessi.

6. Applicabilità

L'applicazione delle presenti raccomandazioni è facilitata, in primo luogo, dalla formazione specifica dei medici legali valutatori, il cui bagaglio teorico e pratico consente una lettura integrata del dato clinico e del contesto giuridico. Ulteriori fattori facilitanti risiedono nella disponibilità di risorse umane qualificate, in particolare per la consultazione di specialisti in branche mediche ultra-settoriali (es. neurologia funzionale, psichiatria, odontoiatria, ecc.), nonché nella presenza di dotazioni strumentali minime, quali goniometri, dinamometri, metri e scale di valutazione validate, indispensabili per una corretta quantificazione delle menomazioni.

Viceversa, gli ostacoli all'implementazione possono derivare da una resistenza culturale e metodologica della categoria professionale, talora riluttante all'adozione di approcci valutativi sistematizzati; da fenomeni di inerzia

operativa; da una incertezza nella selezione e applicazione del *barèmes* di riferimento in relazione alla specificità del caso clinico; nonché da difficoltà interpretative circa il quadro giuridico di riferimento, specialmente in contesti in cui i confini tra ambito civilistico e previdenziale non appaiono nitidamente tracciati.

Per facilitare l'applicazione delle raccomandazioni, si suggerisce:

- la diffusione di strumenti operativi standardizzati (es. check-list, schede di valutazione sintetiche, format digitali strutturati);
- la promozione di iniziative formative dedicate, orientate sia all'aggiornamento normativo che all'uniformazione dei criteri valutativi;
- l'integrazione nei percorsi di valutazione di équipe multidisciplinari, con definizione chiara dei ruoli e delle responsabilità.

Indicatori di audit utili al monitoraggio dell'applicazione includono:

- Percentuale di relazioni valutative conformi ai criteri strutturali minimi previsti dalla RBPCA.
- Percentuale di casi in cui viene utilizzato un *barèmes* esplicitamente dichiarato e motivato.
- Frequenza di utilizzo di scale validate e strumenti oggettivi di misurazione.
- Grado di soddisfazione del destinatario giuridico della prestazione consulenziale (es. giudice, avvocato, compagnia assicurativa) in termini di chiarezza, coerenza interna e riferibilità normativa.

7. Aggiornamento delle RPBCA

Le raccomandazioni qui presentate saranno aggiornate ogni tre anni. L'aggiornamento sarà effettuato attraverso un'analisi della letteratura scientifica più recente e delle evidenze emergenti nel campo della medicina legale. I metodi utilizzati per l'aggiornamento prevederanno la realizzazione di tavoli di confronto tra esperti, dopo riesame della letteratura di riferimento. La discussione verrà gestita utilizzando metodi strutturati e formali, al fine di prevenire i principali bias tipici dei processi informali di sviluppo del consenso e permettere una misura del grado di accordo. Tra gli strumenti impiegati vi saranno anche database bibliografici, software di intelligenza artificiale per lo screening della letteratura, e tabelle comparative per l'analisi delle evidenze.

Gli aggiornamenti saranno documentati in un report finale che sarà reso disponibile a tutti i soggetti interessati, assicurando così la continua rilevanza e accuratezza delle raccomandazioni.

8. Indipendenza editoriale e altre dichiarazioni

Disclosure dei conflitti di interessi

Si attesta che, pur avendo alcuni dei soggetti coinvolti nella redazione del presente documento dichiarato attività suggestive per condizioni di conflitto di interesse, tali circostanze non configurano alcuna condizione idonea a compromettere l'imparzialità, l'obiettività e la scientificità del contenuto elaborato.

Tutti i contributi sono stati forniti nel pieno rispetto dei criteri di indipendenza e trasparenza richiesti, e non sussistono elementi tali da pregiudicare la correttezza metodologica e deontologica del documento stesso.

I lavori non hanno ricevuto contributi da Enti esterni, pubblici o privati; il supporto economico è stato garantito esclusivamente attraverso il finanziamento della Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni.

9. Allegati

ALLEGATO 1- GLOSSARIO

SISTEMA NERVOSO CENTRALE

ADL

Activity of the Daily Living (Attività della Vita Quotidiana) La capacità di eseguire le attività di base per la cura – igiene di sé, come vestirsi, camminare o mangiare.

Autosufficiente (riferimento MeSH "Activities of Daily Living")

Colui che è autonomo nelle attività di base come la cura di sé, vestirsi, camminare o mangiare.

EDSS

Expanded Disability Status Scale (Scala di Invalidità Espansa) è una scala che ha lo scopo di valutare i livelli di disabilità.

Deambulazione

Attività in cui il corpo avanza ad un ritmo lento o moderato muovendo i piedi in modo coordinato. Questo include la passeggiata ricreativa, la camminata per il fitness e la camminata competitiva.

Disturbo neurocognitivo (non in MeSH)

Un disturbo mentale organico acquisito con perdita delle abilità intellettuali di sufficiente gravità da interferire con il funzionamento sociale o lavorativo. La disfunzione è multifattoriale e coinvolge memoria, comportamento, personalità, giudizio, attenzione, relazioni spaziali, linguaggio, pensiero astratto e altre funzioni esecutive. Il declino intellettuale di solito è progressivo e inizialmente risparmia il livello di coscienza.

Sindrome extrapiramidale (non in MeSH)[8]

Le sindromi extrapiramidali, o sindromi parkinsoniane o parkinsonismi, sono un gruppo di disturbi caratterizzati da un controllo motorio compromesso, caratterizzato da bradicinesia, rigidità muscolare, tremore ed instabilità posturale. Le malattie parkinsoniane sono generalmente suddivise in parkinsonismo primario (Malattia Di Parkinson), parkinsonismo secondario a traumi, accidenti vascolari, altre patologie neurodegenerative e forme ereditarie. Queste condizioni sono associate a disfunzioni delle vie neuronali dopaminergiche o strettamente correlate all'integrazione motoria nei gangli della base.

Tetraplegia

Perdita completa della funzione motoria in tutti e quattro gli arti che può essere causata da malattie del cervello, malattie del midollo spinale, malattie del sistema nervoso periferico, malattie neuromuscolari o raramente malattie muscolari. La sindrome del locked-in si caratterizza per la tetraplegia in combinazione con la paralisi dei muscoli cranici. La coscienza è risparmiata e l'unica attività motoria volontaria conservata può essere limitata ai movimenti oculari. Questa condizione è di solito causata da una lesione nel tronco cerebrale superiore che danneggia le vie cortico-spinali e cortico-bulbari discendenti.

Emiplegia

Perdita grave o completa della funzione motoria su un emilato del corpo. Questa condizione è solitamente causata da malattie del cervello localizzate nell'emisfero cerebrale opposto al lato plegico. Meno frequentemente, lesioni del tronco encefalico, malattie della colonna cervicale, malattie del sistema nervoso periferico e altre condizioni possono manifestarsi come emiplegia.

Il termine emiparesi (vedi paresi) si riferisce a una debolezza lieve o moderata che coinvolge un lato del corpo.

Paraplegia

Perdita grave o completa della funzione motoria degli arti inferiori e parti inferiori del tronco, condizione spesso associata a malattie del midollo spinale, del sistema nervoso centrale, sistema nervoso periferico malattie neuromuscolari e malattie muscolari.

Paresi

[8] La scelta di non utilizzare un termine MeSH in questo caso deriva dal fatto che il termine MeSH corrispondente (Basal Ganglia Diseases) ha una natura anatomica-localizzatoria del danno, mentre la scelta in questo Glossario e privilegiare una visione 'funzionale' rispetto a quella 'anatomica'.

Limitazione della motilità elementare di un muscolo o di un gruppo di muscoli. La paresi bilaterale degli arti inferiori è indicata come paraparesi.

Paralisi

Termine generale utilizzato per descrivere una grave o completa perdita di forza muscolare dovuta a malattie del sistema motorio dal livello della corteccia cerebrale alla fibra muscolare. Questo termine può occasionalmente riferirsi anche alla perdita della funzione sensoriale.

Epilessia

Un disturbo caratterizzato da episodi ricorrenti di disfunzione cerebrale parossistica dovuti a una scarica neuronale improvvisa, disordinata ed eccessiva. I sistemi di classificazione dell'epilessia si basano generalmente su: (1) caratteristiche cliniche degli episodi di crisi epilettica (ad esempio crisi motoria), (2) eziologia (ad esempio post-traumatica), (3) sede anatomica dell'origine della crisi (ad esempio crisi del lobo frontale), (4) tendenza a diffondersi ad altre strutture del cervello e (5) schemi temporali (ad esempio epilessia notturna).

Cefalea

Il sintomo del dolore nella regione craniale. Può essere un episodio benigno isolato o la manifestazione di un'ampia varietà di cefalee.

Nevralgia del trigemino

Una sindrome caratterizzata da episodi ricorrenti di dolore acuto che durano alcuni secondi o più, nella distribuzione sensoriale del nervo trigemino. Il dolore può essere scatenato dalla stimolazione di punti trigger sul viso, labbra o gengive o dal movimento dei muscoli facciali o dalla masticazione. Le condizioni associate includono la sclerosi multipla, anomalie vascolari, aneurismi e neoplasie.

Narcolessia

Una condizione caratterizzata da episodi ricorrenti di sonnolenza diurna e perdita di coscienza (microsonnie) che possono essere associati a comportamenti automatici ed amnesia. La cataplessia, la paralisi del sonno e le allucinazioni ipnagogiche accompagnano frequentemente la narcolessia. La fisiopatologia di questo disturbo include il sonno a rapido movimento degli occhi (REM) all'inizio del sonno, che normalmente segue lo stadio III o IV del sonno.

Farmacoresistenza

Ridotta o mancata risposta di un organismo, di una malattia o di un tessuto all'efficacia prevista di un prodotto chimico o farmaco. Dovrebbe essere differenziata dalla tolleranza ai farmaci che è la diminuzione progressiva della suscettibilità di un essere umano o animale agli effetti di un farmaco, a seguito di una somministrazione continuata.

Malattie demielinizzanti

Malattie caratterizzate dalla perdita o disfunzione della mielina nel sistema nervoso centrale o periferico.

SISTEMA NERVOSO PERIFERICO

Lato dominante (riferimento MeSH "Functional Laterality")

Manifestazione comportamentale della dominanza cerebrale in cui vi è un uso preferenziale e un funzionamento superiore del lato sinistro o destro, che si traduce nell'uso preferenziale della mano o del piede omolaterali.

Sindrome radicolare (riferimento MeSH "Radicolopatia")

La malattia che coinvolge una radice nervosa spinale che può essere causata da compressione legata a dislocazione del disco intervertebrale, traumi del midollo spinale, malattie spinali ed altre condizioni. Le manifestazioni cliniche includono dolore radicolare, debolezza e perdita sensoriale riferibili alle strutture innervate dalla radice nervosa coinvolta.

Sindrome algodistrofica (riferimento MeSH "Complex Regional Pain Syndromes")

Condizioni caratterizzate da dolore che coinvolge un arto o un'altra regione del corpo, con iperestesia e disfunzione autonomica localizzata ascrivibile ad interessamento lesivo dei tessuti molli o delle strutture nevose. Il dolore è di solito associato ad eritema, variazioni della temperatura cutanea, attività sudomotoria anomala (vale a dire, cambiamenti nella sudorazione dovuti ad alterata innervazione simpatica) o edema. Il grado di dolore e le altre manifestazioni sono sproporzionati rispetto a quanto atteso dall'evento scatenante. Sono stati descritti due sottotipi: il tipo I (distrofia simpatica riflessa) e il tipo II (causalgia).

Plesso brachiale La rete di fibre nervose che distribuisce l'innervazione all'arto superiore. Il plesso brachiale si estende dal collo all'ascella. I nervi del plesso originano di solito dai segmenti del midollo spinale cervicali inferiori e dal primo toracico (C5-C8 e T1); le variazioni anatomiche non sono rare.

N**ervo circonflesso** (non in MeSH)

Nervo dell'arto superiore le cui fibre originano nel midollo spinale cervicale (solitamente da C5 e C6). È un nervo misto che origina come ramo terminale del tronco secondario posteriore del plesso brachiale.

Nervo muscolo-cutaneo

Nervo dell'arto superiore le cui fibre originano nel midollo spinale cervicale inferiore (solitamente da C5 a C7), viaggiano attraverso il corno laterale del plesso brachiale e forniscono l'innervazione sensoriale e motoria al braccio, al gomito e all'avambraccio.

Nervo mediano

Nervo dell'arto superiore le cui fibre hanno origine nel midollo spinale cervicale inferiore e toracico superiore (di solito da C6 a T1), viaggiano attraverso il plesso brachiale e forniscono innervazione sensoriale e motoria a parte dell'avambraccio e della mano.

Nervo radiale

Nervo dell'arto superiore le cui fibre originano nel midollo spinale cervicale inferiore e toracico superiore (di solito da C5 a T1), attraversano il cordone posteriore del plesso brachiale e forniscono innervazione motoria ai muscoli estensori del braccio, gruppi posteriori e laterali dell'avambraccio e fibre sensoriali cutanee alle regioni estensorie del braccio e della mano.

Nervo ulnare

Nervo dell'arto superiore le cui fibre originano nella porzione inferiore della colonna cervicale e superiore della colonna toracica (di solito dalle vertebre C7 alla T1), si continuano attraverso il cordone mediale del plesso brachiale e forniscono innervazione motoria e sensoriale a parte della mano e dell'avambraccio.

Nervo femorale

Nervo che ha origine nel midollo spinale lombare (solitamente da L2 a L4) e che attraversa il plesso lombare per fornire innervazione motoria agli estensori della coscia e innervazione sensoriale a parte della coscia, della gamba e del piede, nonché alle articolazioni dell'anca e del ginocchio.

Nervo ischiatico

Nervo che origina dal midollo spinale lombare e sacrale (da L4 a S3) e fornisce innervazione motoria e sensoriale all'estremità inferiore. Il nervo sciatico, che è la principale continuazione del plesso sacrale, è il più grande nervo del corpo. Ha due importanti rami, il nervo tibiale e il nervo peroneale.

Nervo gluteo inferiore (non in MeSH)

Nervo muscolare che origina dal plesso sacrale. È formato da fibre provenienti da L5, S1 ed S2.

SPE (riferimento MeSH "Nervo Peroneo")

Il nervo peroneo (o fibulare) è il ramo terminale laterale del nervo sciatico. Fornisce innervazione motoria e sensoriale a parte della gamba e del piede.

SPI (riferimento MeSH "Nervo Tibiale")

FUNZIONI PSICHICHE

Disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici

Disturbi definiti da anomalie in uno o più dei seguenti domini: deliri, allucinazioni, pensiero disorganizzato, comportamento motorio grossolanamente disorganizzato o anormale (compresa la catatonia), e sintomi negativi.

Schizofrenia

Sindrome clinica eterogenea dovuta a fattori poligenici ed ambientali e caratterizzata da sintomi di tipo cognitivo, comportamentale ed emotivo che compromettono il funzionamento sociale e lavorativo. Sintomi caratteristici includono deliri, allucinazioni ed eloquio disorganizzato, potendo presentarsi anche comportamento disorganizzato e sintomi negativi.

Comportamento autolesionistico non suicidario

Comportamento deliberatamente orientato a provocarsi dolore fisico e lesioni.

Disturbo da stress post-traumatico

Disturbo correlato a eventi traumatici e stressanti di elevata lesività che determina lo sviluppo di: sintomi intrusivi, evitamento persistente degli stimoli associati, alterazioni negative di pensieri e emozioni, marcate alterazioni dell'arousal e della reattività, della durata di più di un mese e che arreca disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento.

Disturbi d'ansia

Gruppo di disturbi che condividono le caratteristiche di paura e ansia eccessive e relativi disturbi comportamentali.

Disturbo d'ansia generalizzata (non in MeSH)

Condizione caratterizzata da un'ansia e preoccupazione eccessive per una serie di eventi o situazioni, presenti nella quotidianità.

Attacco di panico

Comparsa improvvisa di paura o disagio intensi che raggiunge il picco in pochi minuti, con associate manifestazioni di ansia somatica e/o psichica.

Fobia (non in MeSH)

Paura persistente concernente uno specifico oggetto, attività o situazione, sproporzionata rispetto al pericolo reale, con conseguente forte desiderio di evitamento.

Disturbi dell'adattamento

Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti identificabili che si verificano entro 3 mesi dopo l'evento che si manifestano con sintomi emotivi o comportamentali che arrecano marcata sofferenza e/o compromissione del funzionamento.

Disturbo depressivo maggiore

Il disturbo depressivo maggiore è caratterizzato dalla presenza di almeno un episodio depressivo maggiore, che si verifica in assenza di una storia di mania o episodi ipomaniacali.

Melanconia (non in MeSH)

Stato mentale caratterizzato da depressione grave.

Deliri

Disturbo del contenuto del pensiero caratterizzato da distorsione della realtà, caparbiamente ritenute non confutabili da evidenze stringenti.

Allucinazioni

Percezioni erronee con caratteristiche di estesia sensoriale, in assenza di uno stimolo reale.

ORGANI DI SENSO

Anoftalmia mono/bilaterale

Assenza congenita di uno o entrambi gli occhi.

Cecità mono/bilaterale

L'impossibilità di vedere o la perdita o l'assenza di percezione dello stimolo visivo da uno o entrambi gli occhi.

Campo visivo

La zona o lo spazio totale visibile nella visione periferica di una persona con gli occhi rivolti in avanti.

Protesi oculare estetica

Protesi su misura in vetro o plastica, sagomata e colorata per assomigliare al segmento anteriore dell'occhio nativo e utilizzata per motivi estetici, montata sulla superficie anteriore di un impianto orbitale che è collocato nella cavità orbitaria priva del globo oculare.

Sordità mono/bilaterale

Perdita completa della capacità di udire da una o entrambe le orecchie.

Sordomutismo (non in MeSH)

Sordità congenita con conseguente inabilità alla parola.

Anosmia

Completa o severa perdita del senso soggettivo dell'olfatto.

Apparato Vestibolare

Una camera ossea ovale dell'orecchio interno, facente parte del labirinto osseo. Essa è in continuazione anteriormente con la coclea ossea e posteriormente con i canali semicircolari. Il vestibolo contiene due sacchi comunicanti (utricolo

e sacculo) dell'apparato dell'equilibrio. La finestra ovale sulla sua parete laterale è occupata dalla base dell'incudine dell'orecchio medio.

Canalolitiasi

Vertigine ricorrente idiopatica associata a nistagmo posizionale. È associato ad una perdita vestibolare senza altri segni neurologici o uditivi. A differenza della labirintite e della neurite vestibolare, non si osserva infiammazione nell'orecchio.

FUNZIONE MUSCOLO-SCHELETRICA

Amputazione

Rimozione chirurgica o traumatica di una parte o di tutto un arto o di altra appendice o escrescenza del corpo.

Artrodesi

Azione chirurgica che trasforma una qualsiasi articolazione da mobile a statica (cioè fissa). Più semplicisticamente l'artrodesi può essere definita come una "anchilosi chirurgica".

Anchilosi

Abolizione, completa o incompleta, dei movimenti di un'articolazione.

Dismorfismo (non in MeSH)

Alterazione morfologica cronicizzata a carico dello scheletro che determina sintomi e/o difetti funzionali.

Disarticolazione (non in MeSH)

Operazione chirurgica con cui si asporta un arto, o il suo segmento, distaccandolo in corrispondenza d'una delle articolazioni.

Pseudoartrosi

Processo patologico osseo caratterizzata dalla incapacità di formare normale callo osseo e creazione di una "falsa articolazione" che dà il nome alla condizione.

FUNZIONE MUSCOLO-SCHELETRICA RACHIDE E BACINO

Colonna vertebrale (non in MeSH)

Struttura costituita da ossa (vertebre) che, in un asse verticale, si articolano tra di loro a partire dalla base del cranio fino al bacino.

Stenosi vertebrale (non in MeSH)

La stenosi vertebrale è il restringimento del canale vertebrale che comprime le radici nervose prima che esse fuoriescano dai forami.

Score JOA

Il punteggio Japanese Orthopaedic Association score JOA[9] è una misura di valutazione semplice per la mielopatia cervicale, composta da 6 domini con un punteggio totale di 17 punti.

Frattura vertebrale (riferimento MeSH "spinal fracture")

Interruzione della continuità di un osso dei metameri scheletrici che compongono il rachide

Dente dell'epistrofeo

Il processo dentellato sulla superficie superiore dell'epistrofeo, o seconda vertebra cervicale, che si articola con l'atlante, o prima vertebra cervicale.

Patologia discale (riferimento MeSH "Discogenic pain")

Il dolore esito di alterazioni degenerative del disco intervertebrale, inclusi difetti strutturali che provocano instabilità biomeccanica e infiammazione[10].

FUNZIONE MUSCOLO-SCHELETRICA DELL'ARTO SUPERIORE

[9] Kato S, Oshima Y, Oka H, et al. Comparison of the Japanese Orthopaedic Association (JOA) score and modified JOA (mJOA) score for the assessment of cervical myelopathy: a multicenter observational study [published correction appears in PLoS One. 2015;10(5):e0128392]. Published 2015 Apr 2. doi:10.1371/journal.pone.0123022

[10] Fujii K, Yamazaki M, Kang JD, et al. Discogenic Back Pain: Literature Review of Definition, Diagnosis, and Treatment. JBMR Plus. 2019;3(5):e10180. Published 2019 Mar 4. doi:10.1002/jbm4.10180

Arto superiore
Regione anatomica che si estende dal deltoide alla mano e include la spalla, l'ascella, il braccio, il gomito, l'avambraccio, il polso e la mano.
Scapolo-omerale
L'articolazione tra la testa dell'omero e la glena della scapola.
Gomito
L'articolazione che collega l'avambraccio con il braccio.
Avambraccio
Segmento anatomico dell'arto superiore che si estende dal gomito al polso.
Polso
L'articolazione che collega l'avambraccio con la mano.
Mano
Segmento anatomico distale dell'arto superiore, collocato a valle del polso e che include il palmo e le dita.
Pollice
Il primo dito sul lato radiale della mano, che negli esseri umani sta in opposizione alle altre quattro dita.
Indice (non in MeSH)
Il secondo dito a partire dal lato radiale della mano.
Medio (non in MeSH)
Il terzo dito a partire dal lato radiale della mano.
Anulare (non in MeSH)
Il quarto dito a partire dal lato radiale della mano.
Mignolo (non in MeSH)
Il quinto dito a partire dal lato radiale della mano.
Protesi di spalla
Sostituzione artificiale dell'articolazione di spalla.
Frattura diafisaria (non in MeSH)
Frattura della porzione delle ossa lunghe compresa fra le estremità epifisarie.
Frattura biossea dell'avambraccio (non in MeSH)
Frattura di entrambe le ossa (radio e ulna) che compongono l'avambraccio.

FUNZIONE MUSCOLO-SCHELETRICA DELL'ARTO INFERIORE

Arto inferiore
Regione anatomica che si estende dalla regione glutea al piede e include il gluteo, l'anca, la coscia, il ginocchio, la gamba, la caviglia e il piede.
Anca
L'articolazione tra la testa del femore e l'acetabolo delle pelvi.
Coscia
La parte superiore dell'arto inferiore tra l'anca e il ginocchio.
Ginocchio
L'articolazione tra femore e tibia e rotula.
Gamba
La parte inferiore dell'arto inferiore tra il ginocchio e la caviglia.
Caviglia
L'articolazione fra gamba e talo.
Tibio-tarsica
L'articolazione tra talo e porzioni distali di tibia e perone.
Sottoastragalica
L'articolazione tra astragalo e calcagno.
Mediotarsica o giunto di Chopart (non in MeSH)
L'articolazione tra le ossa del tarso posteriore con le ossa del tarso anteriore.
Avampiede (non in MeSH)

Porzione anteriore del piede che comprende le ossa metatarsali e le falangi delle dita.

Piede

La parte distale della gamba nei vertebrati costituita da tarso (caviglia), metatarso, falangi e i tessuti a ricoprire le ossa.

Alluce

Il dito più interno del piede dei primati.

Metatarso-falangea (non in MeSH)

Articolazione tra l'osso metatarsale e la falange prossimale.

Protesi d'anca

Sostituzione artificiale dell'articolazione di anca.

Protesi di ginocchio

Sostituzione artificiale dell'articolazione di ginocchio.

APPARATO CARDIO-VASCOLARE

Cardiopatia

Condizioni patologiche che coinvolgono il cuore comprese le sue anomalie strutturali e funzionali.

Trapianto di cuore

Il trasferimento di un cuore da un essere umano ad un altro.

Aritmia cardiaca

Qualsiasi disturbo del normale battito ritmico del cuore o della contrazione del miocardio. Le aritmie cardiache possono essere classificate in base alle anomalie della frequenza cardiaca, ai disturbi della generazione di impulsi elettrici o alla conduzione degli impulsi.

Fibrillazione atriale

Ritmo cardiaco anormale caratterizzato da un'emissione rapida e non coordinata di impulsi elettrici nelle camere superiori del cuore (atri). In tal caso, il sangue non può essere pompato efficacemente nelle camere inferiori del cuore (ventricoli). È causato dalla generazione di impulsi anormali.

Aneurisma aortico

Una dilatazione anomala simile ad un palloncino o ad una sacca della parete dell'aorta.

Ipertensione

Pressione sanguigna arteriosa sistemica persistentemente elevata. Sulla base di letture multiple (determinazione della pressione sanguigna), l'ipertensione è attualmente definita come quella situazione clinica in cui la pressione sistolica è costantemente superiore a 140 mmHg o quando la pressione diastolica è costantemente pari o superiore a 90 mmHg.

Malattia arteriosa periferica

Mancanza di perfusione nelle estremità derivante dall'aterosclerosi. È caratterizzata da *claudicatio* intermittente e da un indice caviglia braccio <0,9.

Insufficienza venosa

Condizione patologica dovuta ad un difficoltoso ritorno del sangue venoso al cuore.

Linfopatia

Patologia dei vasi tubolari coinvolti nel trasporto di linfa e linfociti.

FUNZIONE RESPIRATORIA

Asma

Una forma di disturbo bronchiale con 3 componenti distinte: iperreattività delle vie aeree (ipersensibilità respiratoria), infiammazione delle vie aeree ed ostruzione intermittente delle vie aeree intermittente. È caratterizzato da contrazione spasmodica della muscolatura liscia delle vie aeree, sibili e dispnea.

Disfonia

Difficoltà e/o dolore nella fonazione o nel parlare.

Insufficienza respiratoria

Incapacità di fornire adeguatamente ossigeno alle cellule del corpo e di rimuovere l'eccesso di anidride carbonica dalle stesse.

Ostruzione nasale
Qualsiasi ostacolo al passaggio dell'aria dentro e fuori dal naso. L'ostruzione può essere unilaterale o bilaterale e può coinvolgere qualsiasi parte della cavità nasale.

Polipi nasali
Accumuli focali di fluido edematoso nella mucosa nasale, accompagnati da iperplasia del tessuto connettivo sottomucoso associato. I polipi possono essere neoplasmi, focolai di infiammazione, lesioni degenerative o malformazioni.

Paralisi respiratoria
Debolezza completa o grave dei muscoli della respirazione. Questa condizione può essere associata a malattie del motoneurone, malattie dei nervi periferici, malattie della giunzione neuromuscolare, malattie del midollo spinale, lesione del nervo frenico e altri disturbi.

Pneumonectomia
L'escissione del tessuto polmonare inclusa la lobectomia parziale o totale.

Sinusite etmoidale
Infiammazione della mucosa del seno etmoidale. Può presentarsi come una condizione acuta (infettiva) o cronica (allergica).

Rinite allergica
Infiammazione della mucosa nasale innescata da allergeni.

Sindromi delle apnee notturne
Disturbi caratterizzati da interruzioni multiple della respirazione durante il sonno che inducono risvegli parziali e interferiscono con il mantenimento del sonno. Le sindromi da apnea del sonno sono suddivise in centrali, ostruttive e miste centro-ostruttive.

Tracheostomia
Formazione chirurgica di un'apertura nella trachea attraverso il collo, oppure, per estensione, l'apertura così creata.

Trapianto polmonare
Il trasferimento di uno o di entrambi i polmoni da un essere umano ad un altro.

FUNZIONE STOMATOGNATICA

Articolazione temporo-mandibolare
Articolazione tra il condilo della mandibola ed il tubercolo articolare dell'osso temporale.

Perdita del labbro inferiore (non in MeSH)
Amputazione o resezione traumatica del labbro inferiore.

Bocca
La cavità orale di forma ovale all'estremità apicale del tubo digerente e costituita da due parti: il vestibolo e la cavità orale propriamente detta.

Distanza interincisale (non in MeSH)
Distanza tra i margini incisali degli elementi dentali frontali delle due arcate dentarie a bocca interamente aperta. Nel caso di pazienti edentuli si misura la distanza interincisale a bocca interamente aperta, da labbro superiore a labbro inferiore.

Lingua
Organo muscolare della bocca ricoperto da mucosa e piccole protuberanze chiamate papille linguali o gustative. La lingua è ancorata al cavo orale ed è fondamentale per masticare, deglutire e parlare.

Malocclusione
Malposizione e contatto dei denti mascellari e mandibolari di entità tale da interferire con la massima efficienza durante l'escursione di movimento della mascella, indispensabile per la masticazione.

Labbra[11]

[11] T. Meresse, J.-P. Chavoin, J.-L. Grolleau, Chirurgia riparatrice delle labbra EMC 2012 Trattato di Chirurgia Generale - Tecniche chirurgiche

Pliche tritissutali muco-muscolocutanee mobili che chiudono in avanti l'orifizio orale formandone il vestibolo. Le labbra sono situate sul piano inferiore del volto, esse determinano la fessura labiale, occlusa a riposo. La loro funzione principale è sfinterica ma costituiscono anche regione fondamentale per estetica, statica e dinamica del viso.

Denti

Serie di strutture simil-ossee nella bocca utilizzate per mordere e masticare.

FUNZIONE DIGERENTE

Stenosi

La condizione di una struttura anatomica ristretta oltre le normali dimensioni.

Insufficienza esocrina pancreatica

Condizione di malassorbimento risultante da una riduzione superiore al 10% della secrezione di enzimi digestivi pancreatici (lipasi, proteasi, e amilasi) da parte del pancreas esocrino nel duodeno. Questa condizione è spesso associata alla fibrosi cistica ed alla pancreatite cronica.

Insufficienza epatica

Grave incapacità del fegato di svolgere le sue normali funzioni metaboliche, come evidenziato da grave ittero e livelli sierici anormali di ammoniaca, bilirubina, fosfatasi alcalina, aspartato aminotransferasi, lattato deidrogenasi ed alterato rapporto albumina/globulina.

Incontinenza fecale

Fallimento del controllo volontario degli sfinteri anali, con passaggio involontario di feci e flatulenza.

Patologia ano-rettale su base funzionale (non in MeSH)

Disturbi dell'evacuazione e disturbi del pavimento pelvico. La sindrome del "retto da sforzo" (RDS) ha un quadro anatomo-radiologico (defecografico) che evidenzia un ostacolo alla espulsione delle feci ed alterazioni morfologiche della regione ano-rettale.

FUNZIONE NEFRO-UROLOGICA

Rene

Organo del corpo che filtra il sangue per la secrezione di urina e che regola le concentrazioni di ioni.

Trapianto renale

Il trasferimento di un rene da un essere umano ad un altro.

Insufficienza renale

Condizioni in cui i reni funzionano al di sotto del livello normale nella capacità di rimuovere i rifiuti, concentrare l'urina, mantenere l'equilibrio elettrolitico, la pressione sanguigna ed il metabolismo del calcio. L'insufficienza renale può essere classificata in base al grado di danno renale (misurato dal livello di proteinuria) ed alla riduzione della velocità di filtrazione glomerulare.

Incontinenza urinaria

Perdita involontaria di urina o fuoriuscita di urina, sostenuta da vari processi patologici. I principali tipi di incontinenza includono l'incontinenza da urgenza (*urge incontinence*) e l'incontinenza da sforzo urinario (*stress incontinence)*.

Ritenzione urinaria

Incapacità di svuotare la vescica urinaria con la minzione.

Nefrostomia

L'inserimento di un catetere attraverso il dorso nella pelvi del rene principalmente per consentire il drenaggio dell'urina in caso di mancato deflusso lungo l'uretere dove l'uretere. Viene utilizzato anche per rimuovere o sciogliere i calcoli renali e per diagnosticare l'ostruzione ureterale.

Rene a ferro di cavallo

Fusione congenita dei reni.

Rene policistico

Malattia genetica con ereditarietà autosomica recessiva, caratterizzata da cisti multiple sia nei reni sia nel fegato. Manifestazioni gravi sono solitamente presenti alla nascita con elevata mortalità perinatale.

Sindrome nefrosica

Condizione caratterizzata da proteinuria grave, superiore a 3,5 g/die in un adulto medio. La sostanziale perdita di proteine nelle urine provoca complicanze come ipoproteinemia, edema generalizzato, ipertensione ed iperlipidemie.

FUNZIONE SESSUALE-RIPRODUTTIVA

Maturazione sessuale
Raggiungimento della piena capacità sessuale.

Mutilazioni genitali femminili
Termine generale che comprende tre tipi di escissione dei genitali femminili esterni: sunna (escissione circonferenziale del prepuzio del clitoride), clitoridectomia e infibulazione (rimozione totale o parziale degli organi genitali femminili esterni con sutura della vulva).

Utero
Organo impari e mediano, cavo, a collocazione endopelvica ed a costituzione muscolare dell'apparato riproduttivo femminile che, tramite i due istmi superiori, comunica con le tube di Falloppio e, tramite l'istmo inferiore, comunica con la cervice e la vagina.

Tube di Falloppio (o salpingi)
Organi pari e simmetrici, cavi, a collocazione endopelvica, che si estendono dall'utero al corrispondente ovaio, composti dai seguenti segmenti: interstizio, istmo, ampolla, infundibolo e fimbrie. Le pareti sono costituite da tre strati: sieroso, muscolare e mucoso, quest'ultimo rivestito da cellule ciliate e secretorie. Esse rappresentano il tramite per il trasporto dell'ovulo dalle ovaie all'utero e sono il sito della maturazione finale dell'ovulo e della fecondazione.

Pubertà
Periodo nella vita umana in cui si assiste allo sviluppo e al raggiungimento della piena maturità del sistema ipotalamo-ipofisario-gonadico. L'insorgenza di eventi endocrini sincronizzati nella pubertà porta alla capacità di riproduzione (fertilità), allo sviluppo di caratteristiche sessuali secondarie e ad altri specifici cambiamenti osservati nello sviluppo adolescenziale.

Fertilità
Capacità di concepire nel maschio o nella femmina.

Impotenza
Incapacità nell'uomo e nella donna a compiere l'atto sessuale (impotenza coeundi) o a generare (impotenza generandi).

Menopausa
Fisiologica cessazione permanente del ciclo ovarico, con perdita di fertilità.

Menopausa iatrogena
Cessazione del ciclo ovarico, con perdita di fertilità in conseguenza di atto medico.

Mastectomia totale
Rimozione della ghiandola mammaria e del capezzolo, nonché di porzione della cute sovrastante.

Prostatite cronica abatterica
Infiammazione del tessuto ghiandolare prostatico da cause non infettive, caratterizzata da graduale esordio e lenta evoluzione, perdurante per almeno sei mesi.

Sindrome dolorosa pelvica cronica
Patologia di pertinenza urologico-ginecologica ad origine multifattoriale, caratterizzata da dolore in corrispondenza di qualsiasi struttura anatomica degli apparati uro-ginecologico, gastroenterico o muscolo- scheletrico della pelvi e con sintomatologia perdurante per almeno sei mesi.

Endometriosi
Condizione in cui il tessuto endometriale funzionale è presente in sedi ectopiche, al di fuori dell'utero.

FUNZIONE EMOLINFO-IMMUNITARIA

Infezione da HIV
Spettro delle infezioni da virus dell'immunodeficienza umana, che vanno dalla sieropositività asintomatica, al complesso correlato all'AIDS (ARC), alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS).

Trombocitosi
Incremento del numero di piastrine nel sangue periferico.

Trombocitopenia
Decremento del numero di piastrine nel sangue periferico.
Linfoma non-Hodgkin
Qualunque dei tumori maligni del tessuto linfoide che differiscano dal linfoma di Hodgkin, essendo più eterogenei in termini di decorso clinico, prognosi e terapia, ed accomunati dall'assenza di cellule giganti di Reed-Sternberg.
Emofilia
Malattia genetica ereditaria caratterizzata da carenza di specifici fattori della coagulazione e da tendenza permanente all'emorragia.
Aplasia midollare
Soppressione dell'emopoiesi con grave riduzione del numero degli elementi cellulari nel sangue periferico.
Policitemia rubra vera
Disturbo mieloproliferativo ad eziologia sconosciuta, caratterizzato da proliferazione anormale di tutti gli elementi ematopoietici del midollo osseo e da un aumento assoluto della massa dei globuli rossi e del volume totale del sangue, associato frequentemente a splenomegalia, leucocitosi e trombocitosi. L'ematopoiesi è anche reattiva nei siti extramidollari (fegato e milza). Nel tempo si verifica mielofibrosi.
Leucemia
Malattia maligna degli organi ematopoietici a carattere progressiva, caratterizzata da proliferazione e sviluppo anomalo dei leucociti e dei loro precursori nel midollo osseo.
Anemia
Riduzione del numero di eritrociti circolanti o della quantità di emoglobina.

FUNZIONE ENDOCRINO-METABOLICA

Gigantismo
Condizione di crescita accelerata ed eccessiva in bambini o adolescenti che sono sovraesposti agli effetti dell'ormone della crescita prima della chiusura dell'epifisi. Di solito è causata da iperplasia somatotropica o da adenoma ipofisario secernente ormone della crescita. I soggetti affetti sono di statura anormalmente alta, più di tre deviazioni standard al di sopra dell'altezza media normale per l'età.
Ipertiroidismo
Ipersecrezione di ormoni tiroidei dalla ghiandola tiroidea o eccesso di ormoni tiroidei nel circolo periferico, con aumento del metabolismo basale.
Ipotiroidismo
Condizione caratterizzata da una secrezione anormalmente bassa di ormoni tiroidei dalla ghiandola tiroidea, con riduzione del metabolismo basale. Nella sua forma più grave, vi è accumulo di mucopolisaccaridi nella pelle con edema, noto come myxedema. Può essere primaria o secondaria se causata da altre malattie ipofisarie o da disfunzione ipotalamica.
Diabete mellito non-insulino dipendente (o di tipo II)
Sottoclasse di diabete mellito che non è insulino-reattiva o dipendente (NIDDM), caratterizzato inizialmente dalla resistenza all'insulina e dall'iperinsulinemia e, alla fine, dall'intolleranza al glucosio, dall'iperglicemia e dal diabete conclamato. Il diabete mellito di tipo II non è più considerato una malattia presente esclusivamente negli adulti. I pazienti raramente sviluppano chetosi ma spesso presentano obesità.
Iperparatiroidismo
Produzione anormalmente elevata di ormone paratiroideo (o PTH) innescante risposte che aumentano il calcio nel sangue. È caratterizzato da ipercalcemia e riassorbimento osseo, che alla fine porta a malattie ossee. L'iperparatiroidismo primario è causato da iperplasia paratiroidea o neoplasie delle paratiroidi. L'iperparatiroidismo secondario consiste nell'aumento della secrezione di PTH in risposta all'ipocalcemia, di solito causata da malattie renali croniche.
Obesità
Condizione in cui il peso corporeo è superiore agli standard raccomandati, di solito a causa dell'accumulo di grassi in eccesso nel corpo. Gli standard possono variare in base all'età, al sesso, al background genetico o culturale. Con

riferimento all'indice di massa corporea, un IMC superiore a 30,0 kg/m^2 depone per obesità e un IMC superiore a 40,0 kg/m^2 indica una grave obesità (obesità patologica).

Obesità patologica

Condizione di accumulo di grassi in eccesso nel corpo, con peso corporeo due o tre o più volte superiore al peso ideale, IMC superiore a 40,0 kg/m2 e complicanze sistemiche gravi.

Intervento chirurgico restrittivo

Procedura iatrogena di tipo chirurgico finalizzata al trattamento dell'obesità patologica, declinabile sotto forma di intervento restrittivo ormonale (sleeve gastrectomy, bypass gastrico e diversione biliopancreatica) o meccanico (bendaggio gastrico regolabile).

Iposurrenalismo (o ipoadrenalismo o insufficienza surrenalica)

Condizione in cui la produzione surrenalica di corticosteroidi è inferiore al fabbisogno del corpo, determinata da difetti nelle ghiandole surrenali, nell'ipofisi o nell'ipotalamo.

Crisi addisoniana

Condizione emergenziale caratterizzata da manifestazione acuta e grave dei sintomi e segni tipici dell'iposurrenalismo, quali estrema debolezza, confusione mentale con potenziale evoluzione fino al coma, forti vertigini, nausea e/o vomito, intensa cefalea, tachicardia/bradicardia, ipotensione arteriosa, sensazione di freddo, febbre, gravi squilibri idro-elettrolitici.

Adenoma ipofisario

Gruppo di neoplasie ipofisarie classificate in forme non secernenti e secernenti. Le forme secernenti sono ulteriormente classificate in base al tipo di ormone che secernono. Gli adenomi ipofisari possono anche essere qualificati in base alle loro proprietà di colorazione (basofili, acidofili, cromofobi).

FUNZIONE TEFGUMENTARIA E DEL CONNETTIVO

Dermopatia

Malattia coinvolgente il derma e l'epidermide.

Sclerodermia sistemica diffusa

Patologia cronica sistemica del tessuto connettivo, caratterizzata da sclerosi di cute, polmoni, cuore, tratto gastrointestinale, reni e sistema muscolo-scheletrico. Nella forma diffusa (contrapposta alla limitata) si assiste ad una rapida evoluzione, con progressivo ispessimento della cute del tronco e degli arti superiori ed inferiori, con contestuale rigidità e disabilità.

Sclerodermia localizzata

Forma di sclerodermia con esclusivo interessamento cutaneo e senza coinvolgimento di vasi e organi.

Vasculite

Infiammazione dei vasi (arterie, vene, capillari) del sistema circolatorio.

PROTESI

Protesi

Una protesi è un dispositivo artificiale che sostituisce una parte del corpo mancante o che integra una funzione compromessa o limitata.

ALLEGATO 2 - MATERIALE BIBLIOGRAFICO RACCOLTO ED ESAMINATO

ARTICOLI RELATIVI AL QUESITO 1 -DANNO BIOLOGICO

Statement 1.1
La definizione di danno biologico andrebbe contestualizzata agli aspetti dinamico-relazionali comuni a tutti o a quelli propri del soggetto?

#	Autore, anno, tipo di studio	Frasi significative	Esperti del pannello A che hanno valutato l'articolo pertinente
A1	Ferrara, S. D., Ananian, V., Baccino, E., Boscolo-Berto, R., Domenici, R., Hernàndez-Cueto, C., Mendelson, G., Norelli, G. A., Ranavaya, M., Terranova, C., Vieira, D. N., Viel, G., Villanueva, E., Zoia, R. and Sartori, G. Italia 2016 Research article	Il processo di accertamento di menomazioni e/o disabilità che attengono alla sfera personale dell'individuo, come dolore e sofferenza, perdita di godibilità (*"loss of amenity"*) e/o danno psico-esistenziale, pone particolari difficoltà in relazione all'ottenimento di prove scientifiche. L'immaterialità e la connotazione soggettiva della sfera personale sono di per sé aspetti critici. L'anamnesi deve essere condotta con particolare attenzione e approfondimento degli aspetti lavorativi, affettivo-sessuali, culturali e socio-ricreativi della vita. Completata la raccolta e la relativa analisi dei dati di cui sopra, si procede all'epicrisi, volta a definire lo stato somatico, cognitivo-personologico e socio-relazionale preesistente […].	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
A2	Gagliardi, M. Italia 2018 Revisione di letteratura	Per un verso, la "riparazione" nel caso di danno alla persona è come noto illusoria, solo per equivalente. Tanto è vero che la cifra stabilita non riporta la vittima nella stessa "curva di indifferenza" di prima dell'incidente, rendendosi – anzi – problematico almeno nei casi più gravi garantire al danneggiato una utilità costante nel tempo che possa "riparare" la funzionalità perduta, in maniera duratura nel corso della vita residua. Per altro verso, la funzione non meramente riparatoria del risarcimento del danno non patrimoniale, le cui sfumature sono lette in modi e con sensibilità diverse, potrebbe forse essere valorizzata nel senso di garantire al danneggiato una utilità particolare, cioè quella di adattamento (continuo) alla sua disfunzionalità sopravvenuta, che diventa evidentemente una disabilità (nel senso appunto di una diversa abilità).	Per n. 5 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

A3	Stassi, M. Italia 1982	Occorre accennare adesso al “danno alla vita di relazione” ed al “danno estetico”. Tra i giuristi, il Gentile li definisce quali “figure paragiuridiche” di incerta natura e difficile determinazione, introdotte in Giurisprudenza quali correttivi di un sistema di valutazione del danno alla persona, ancorato alla sola capacità lavorativa. Per l’A., il “danno alla vita di relazione” – che incide sull’efficienza sociale – non può essere considerato aprioristicamente come danno morale patrimoniale ma, a seconda dei casi, è configurabile in concreto nell’uno nell’altro (in questo senso s’è espressa anche parte della Giurisprudenza). La tesi che sostiene trattarsi di un danno di natura morale è però adesso in deciso declino. Per il Busnelli, la suddetta figura (della quale il “danno estetico” costituisce una particolare esemplificazione) è chiamata a realizzare – all’interno del sistema risarcitorio in atto prevalente – “esigenze di integrazione equitativa” del metodo tabellare, “attribuendo al giudice un ampio spazio di discrezionalità nella valutazione del danno”. Conseguentemente, il danno alla c.d. vita di relazione cesserebbe di avere un significato autonomo ed una peculiare funzione, per essere assorbito – e ridimensionato – nel più comprensivo e meno generico concetto di danno alla salute, se tale metodo dovesse essere sostituito da un principio unitario di valutazione dei danni alla salute, considerati in quanto tali. Tra i medici legali, il Cazzaniga ritiene che il danno alla vita di relazione possegga un contenuto affine a quello di riduzione della capacità lavorativa; il Franchini lo esclude, ma sostiene che si tratta pur sempre di un danno patrimoniale (anche se traducibile in cifra con criterio equitativo, per la sua difficile quantificazione), per i riflessi d’ordine economico che la menomazione produce sulla vita del soggetto, prescindendo dagli aspetti lavorativi. Per il Gerin, la vita di relazione è una componente della validità. Per Celesti e Filauro il danno alla vita di relazione si considera – quanto al contenuto – come generica compromissione della capacità di concorrenza ed espressione della capacità di espansione della personalità del soggetto nel mondo esterno, anche oltre i confini dell’ordinaria produttività. Peraltro, ove sia inteso quale ridotta capacità di concorrenza ed incremento del reddito del soggetto, esso dovrebbe essere ricollegato al pregiudizio della capacità di lavoro; ove come ostacolo ad una generica affermazione sociale – conseguibile per via diversa dall’attività professionale – esso non dovrebbe essere considerato arrecare pregiudizio economico. A mio avviso il danno alla vita di relazione dovrebbe essere inteso come limitazione obbligata di tutte quelle manifestazioni di vita che rispondono ad esigenze materiali e spirituali	Per n. 7 esperti del pannello A l’articolo è pertinente

		dell'uomo, ma non assurgono a motivo di incremento patrimoniale, anche indirettamente; che anzi, a volte, alcuni suoi aspetti potrebbero costituire motivo di pregiudizio economico. La frequenza ed il tipo delle manifestazioni variano da soggetto a soggetto indipendentemente dalla condizione sociale in rapporto ad esigenze individuali che al limite possono rivelarsi dannose per lo stesso soggetto e la sua famiglia. Non saprei porre pertanto solo stesso piano ai fini del compenso economico, la vita di un playboy ricco, godereccio e dispendioso e quella di un lavoratore laborioso, che impiega ben differentemente i suoi momenti di relax. A mio parere, il danno alla vita di relazione dovrebbe essere considerato bensì una voce del danno alla salute, peraltro insuscettibile di addizione economica uguale per tutti i soggetti e valutabile a parte equitativamente caso per caso.	
A5	Scura, D. and Piazza, V. M. Italia 2023	Quando si parla di disabilità, è importante comprendere la terminologia. Le parole principali sono tre: menomazione, disabilità e handicap. La menomazione è essenzialmente una disfunzione di un sistema corporeo, come un sistema di organi o il sistema muscolo-scheletrico. Ciò può influire sul modo in cui il paziente interagisce con la casa, la società o l'ambiente di lavoro e spesso si presenta come una mancanza di capacità di fare qualcosa. Questo è noto come disabilità. [...] Infine, il termine handicap mette in relazione le conseguenze di una disabilità per un paziente con la comunità o l'ambiente sociale. Ad esempio, una persona con un'amputazione sopra il ginocchio ha difficoltà a camminare per lunghi tratti e quindi deve parcheggiare il proprio veicolo vicino all'ingresso. Ad esempio, un calciatore con un'amputazione transmetatarsale può essere costretto a terminare la sua carriera e quindi è disabile. Nel frattempo, un tecnico informatico con la stessa menomazione può essere ancora in grado di lavorare e quindi non è disabile. La determinazione della fattibilità di un accomodamento ragionevole spetta al datore di lavoro. Una valutazione delle menomazioni è definita come *"una stima percentuale derivata dal consenso di una perdita di attività che riflette la gravità di una determinata condizione di salute e il grado di limitazioni associate in termini di attività della vita quotidiana".*	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente

A6	Ordóñez-Mayán, L., Represas, C., Miguéns, X., Rodríguez-Calvo, M. S., Febrero-Bande, M. Spagna 2015	Le ripercussioni di un incidente sono di varia natura e, sebbene non sia eccessivamente complesso calcolare l'impatto economico diretto come la perdita di guadagno o il costo delle spese mediche presenti e future, le difficoltà sorgono quando si tratta di conseguenze non economiche come il dolore, il danno fisico e la deturpazione. Questi ultimi problemi sono stati riconosciuti dalle iniziative dell'Unione Europea (UE) all'inizio del secolo scorso e, da allora, una preoccupazione costante della ricerca sui danni fisici è stata quella di cercare un metodo in grado di quantificare la perdita del patrimonio biologico o della capacità anatomico-funzionale di una persona. Il decreto regio del 2004 suddivide le sequele in nove sezioni e le prime 8 sequele sono collegate a una scala scorrevole da un minimo di 1 punto a 100 punti. Se lo stesso caso presenta più sequele funzionali, si applica una formula correttiva, la formula delle disabilità concomitanti o la formula di Balthazard, in modo che il punteggio per le sequele concomitanti non superi i 100 punti. Il ricorso a un sistema di scale per la quantificazione forense di un particolare aspetto della valutazione si presenta come una risorsa gradita e utile, nella misura in cui i risultati possono essere confrontati nell'ambito della scienza medica. Tuttavia, per evitare un uso arbitrario, tale sistema dovrebbe essere chiaro, semplice e rigoroso nella sua applicazione e consentire una discussione scientifica dei risultati della perizia. Il valore quantitativo risultante (in punti di sequele o in un importo compensativo) deve fungere da indicatore affidabile di una qualità specifica del danno. Ciò significa che una leggera variazione (5%) non dovrebbe avere alcuna rilevanza sull'importo del risarcimento.	Nessun esperto del pannello A lo ha indicato come pertinente
A7	Comandè, G. Francia 2018	Deficit (pregiudizio) funzionale ... mira a riparare gli effetti del danno che colpisce esclusivamente la sfera personale della vittima. A causa della sua natura generale, il deficit funzionale permanente non si confonde con la perdita di piacere, che per sua parte ha un obiettivo specifico che coinvolge la privazione di una particolare attività di svago. Il *"préjudice d'agrément"*, infatti, mira esclusivamente a riparare il danno specificamente legato all'incapacità della vittima di praticare uno sport, un'attività specifica o un'attività di svago regolarmente. Questo elemento di danno deve essere valutato in concreto, tenendo conto di tutti i parametri individuali della vittima (età, ecc.). Il *"préjudice d'établissement"* cerca di compensare la perdita di speranza o qualsiasi opportunità di realizzare un progetto di vita familiare "normale" a causa della gravità della disabilità permanente	Per n. 3 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

		subita, dalla quale la vittima soffre ancora dopo la consolidazione: è la perdita di un'opportunità di sposarsi, iniziare una famiglia, allevare i figli e i generali sconvolgimenti nei progetti di vita della vittima. Il punto percentuale si ottiene utilizzando descrizioni mediche applicando lo schema generale al caso individuale, mentre la traduzione monetaria utilizzando le tabelle indicative ulteriormente particolarizza il tentativo di rendere intera qualsiasi vittima rispettando i principi generali di giustizia orizzontale e verticale.	
A8	Barni, M. and Lore, C. Italia 1980 Article	È dunque in atto una ribellione nei confronti delle tradizionali accezione e valutazione medico-legale del danno alla persona e segnatamente della invalidità, che trova ampia rispondenza nella recente evoluzione sociosanitaria produttiva anche in questo campo di non trascurabili risultati: a) La salute si identifica con l'armonia psico-fisica dell'uomo nell'ambito sociale b) La salute è pertanto compromessa non solo dalle malattie ma anche da ogni pregiudizio invalidante c) La responsabilità del danno alla persona e l'onere della riparazione investono l'ambito sociale d) Si delinea quindi l'esigenza di base, preliminare ad ogni altro intervento legato alla natura e alla individualità del danno, di una unitaria valutazione di una egalitaria riparazione del pregiudizio, anche in termini economici. Validità e valore della persona sono un diritto uguale per tutti così come il diritto alla salute e alla sua tutela. Ulteriori elementi suffragano dunque, in campo civilistico, la tendenza al risarcimento del danno alla persona, intesa essa stessa come bene individuale e sociale. […] Il concetto di danno alla salute, chiaramente evidenziato dal Busnelli e dai suoi collaboratori, appare scientificamente appropriato e tale da produrre effetti giuridici anche nell'attuale quadro normativo. […] Per il medico legale è comunque sufficiente avvalorare la adeguatezza della dizione posto che essa discende da una concezione di salute che considera ogni aspetto della validità (ivi compresi quelli essenzialmente psicologici) e per di più postula ai sensi dell'art. 1 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, interventi pubblici non solo d'indole preventiva e curativa e quindi sanitaria, ma anche riparativa, posto che la riparazione del danno e dei suoi effetti è un momento del recupero sociale della persona.	Per n. 6 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

A9	Weissman, H. N. USA 1985 Article	L'individuo non viene visto come una dicotomia, ma come un sistema bio/psico/sociale integrato e dinamico. Un infortunio può avere un impatto grave e compromettere il funzionamento personale lungo tutte le dimensioni di questo sistema.	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente
A11	Antoniotti, F. Italia 1988 Article	Il diritto alla salute, innato con la natura umana e allineato con il diritto alla nascita e alla conservazione della vita, ha una prima radice nell'interesse immediato e personale del cittadino in quanto «*de re sua agitur*» ed una seconda radice mediata e determinante nell'interesse dello Stato, poiché la salute dei singoli è un elemento favorevole allo sviluppo di una sana comunità e del bene comune, donde deriva il diritto-dovere pubblicistico dello Stato di intervenire con idonei provvedimenti legislativi, previdenziali, organizzativi, assistenziali, previdenziali.	Per n. 4 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

Statement 1.2
È raccomandata l'espressione numerica in misura percentuale della quantificazione della menomazione permanente all'integrità psico-fisica? SI/NO

#	Autore, anno, tipo di studio	Frasi significative	Esperti del pannello A che hanno valutato l'articolo pertinente
A1	Ferrara, S. D., Ananian, V., Baccino, E., Boscolo-Berto, R., Domenici, R., Hernàndez-Cueto, C., Mendelson, G., Norelli, G. A., Ranavaya, M., Terranova, C., Vieira, D. N., Viel, G., Villanueva, E., Zoia, R. and Sartori, G. Italia 2016	Il processo di accertamento di menomazioni e/o disabilità che attengono alla sfera personale dell'individuo, come dolore e sofferenza, perdita di godibilità (*"loss of amenity"*) e/o danno psico-esistenziale, pone particolari difficoltà in relazione all'ottenimento di prove scientifiche. L'immaterialità e la connotazione soggettiva della sfera personale sono di per sé aspetti critici. L'anamnesi deve essere condotta con particolare attenzione e approfondimento degli aspetti lavorativi, affettivo-sessuali, culturali e socio-ricreativi della vita. Completata la raccolta e la relativa analisi dei dati di cui sopra, si procede all'epicrisi, volta a definire lo stato somatico, cognitivo-personologico e socio-relazionale preesistente […].	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente
A2	Gagliardi, M. Italia 2018 Revisione di letteratura	Per un verso, la "riparazione" nel caso di danno alla persona è come noto illusoria, solo per equivalente. Tanto è vero che la cifra stabilita non riporta la vittima nella stessa "curva di indifferenza" di prima dell'incidente, rendendosi – anzi – problematico almeno nei casi più gravi garantire al danneggiato una utilità costante nel tempo che possa "riparare" la funzionalità perduta, in maniera duratura nel corso della vita residua. Per altro verso, la funzione non	Per n. 5 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

		meramente riparatoria del risarcimento del danno non patrimoniale, le cui sfumature sono lette in modi e con sensibilità diverse, potrebbe forse essere valorizzata nel senso di garantire al danneggiato una utilità particolare, cioè quella di adattamento (continuo) alla sua disfunzionalità sopravvenuta, che diventa evidentemente una disabilità (nel senso appunto di una diversa abilità).	
A3	Stassi, M. Italia 1982	Occorre accennare adesso al "danno alla vita di relazione" ed al "danno estetico". Tra i giuristi, il Gentile li definisce quali "figure paragiuridiche" di incerta natura e difficile determinazione, introdotte in Giurisprudenza quali correttivi di un sistema di valutazione del danno alla persona, ancorato alla sola capacità lavorativa. Per l'A., il "danno alla vita di relazione" – che incide sull'efficienza sociale – non può essere considerato aprioristicamente come danno morale patrimoniale ma, a seconda dei casi, è configurabile in concreto nell'uno nell'altro (in questo senso s'è espressa anche parte della Giurisprudenza). La tesi che sostiene trattarsi di un danno di natura morale è però adesso in deciso declino. Per il Busnelli, la suddetta figura (della quale il "danno estetico" costituisce una particolare esemplificazione) è chiamata a realizzare – all'interno del sistema risarcitorio in atto prevalente – "esigenze di integrazione equitativa" del metodo tabellare, "attribuendo al giudice un ampio spazio di discrezionalità nella valutazione del danno". Conseguentemente, il danno alla c.d. vita di relazione cesserebbe di avere un significato autonomo ed una peculiare funzione, per essere assorbito – e ridimensionato – nel più comprensivo e meno generico concetto di danno alla salute, se tale metodo dovesse essere sostituito da un principio unitario di valutazione dei danni alla salute, considerati in quanto tali. Tra i medici legali, il Cazzaniga ritiene che il danno alla vita di relazione possegga un contenuto affine a quello di riduzione della capacità lavorativa; il Franchini lo esclude, ma sostiene che si tratta pur sempre di un danno patrimoniale (anche se traducibile in cifra con criterio equitativo, per la sua difficile quantificazione), per i riflessi d'ordine economico che la menomazione produce sulla vita del soggetto, prescindendo dagli aspetti lavorativi. Per il Gerin, la vita di relazione è una componente della validità. Per Celesti e Filauro il danno alla vita di relazione si considera – quanto al contenuto – come generica compromissione della capacità di concorrenza ed espressione della capacità di espansione della personalità del soggetto nel	Per n. 5 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

		mondo esterno, anche oltre i confini dell'ordinaria produttività. Peraltro, ove sia inteso quale ridotta capacità di concorrenza ed incremento del reddito del soggetto, esso dovrebbe essere ricollegato al pregiudizio della capacità di lavoro; ove come ostacolo ad una generica affermazione sociale – conseguibile per via diversa dall'attività professionale – esso non dovrebbe essere considerato arrecare pregiudizio economico. A mio avviso il danno alla vita di relazione dovrebbe essere inteso come limitazione obbligata di tutte quelle manifestazioni di vita che rispondono ad esigenze materiali e spirituali dell'uomo, ma non assurgono a motivo di incremento patrimoniale, anche indirettamente; che anzi, a volte, alcuni suoi aspetti potrebbero costituire motivo di pregiudizio economico. La frequenza ed il tipo delle manifestazioni variano da soggetto a soggetto indipendentemente dalla condizione sociale in rapporto ad esigenze individuali che al limite possono rivelarsi dannose per lo stesso soggetto e la sua famiglia. Non saprei porre pertanto solo stesso piano ai fini del compenso economico, la vita di un playboy ricco, godereccio e dispendioso e quella di un lavoratore laborioso, che impiega ben differentemente i suoi momenti di relax. A mio parere, il danno alla vita di relazione dovrebbe essere considerato bensì una voce del danno alla salute, peraltro insuscettibile di addizione economica uguale per tutti i soggetti e valutabile a parte equitativamente caso per caso.	
A5	Scura, D. and Piazza, V. M. Italia 2023	Quando si parla di disabilità, è importante comprendere la terminologia. Le parole principali sono tre: menomazione, disabilità e handicap. La menomazione è essenzialmente una disfunzione di un sistema corporeo, come un sistema di organi o il sistema muscolo-scheletrico. Ciò può influire sul modo in cui il paziente interagisce con la casa, la società o l'ambiente di lavoro e spesso si presenta come una mancanza di capacità di fare qualcosa. Questo è noto come disabilità. [...] Infine, il termine handicap mette in relazione le conseguenze di una disabilità per un paziente con la comunità o l'ambiente sociale. Ad esempio, una persona con un'amputazione sopra il ginocchio ha difficoltà a camminare per lunghi tratti e quindi deve parcheggiare il proprio veicolo vicino all'ingresso. Ad esempio, un calciatore con un'amputazione transmetatarsale può essere costretto a terminare la sua carriera e quindi è disabile. Nel frattempo, un tecnico informatico con la stessa menomazione può essere ancora in grado di lavorare e quindi non è disabile. La	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente

		determinazione della fattibilità di un accomodamento ragionevole spetta al datore di lavoro. Una valutazione delle menomazioni è definita come *"una stima percentuale derivata dal consenso di una perdita di attività che riflette la gravità di una determinata condizione di salute e il grado di limitazioni associate in termini di attività della vita quotidiana".*	
A6	Ordóñez-Mayán, L., Represas, C., Miguéns, X., Rodríguez-Calvo, M. S., Febrero-Bande, M. Spagna 2015	Le ripercussioni di un incidente sono di varia natura e, sebbene non sia eccessivamente complesso calcolare l'impatto economico diretto come la perdita di guadagno o il costo delle spese mediche presenti e future, le difficoltà sorgono quando si tratta di conseguenze non economiche come il dolore, il danno fisico e la deturpazione. Questi ultimi problemi sono stati riconosciuti dalle iniziative dell'Unione Europea (UE) all'inizio del secolo scorso e, da allora, una preoccupazione costante della ricerca sui danni fisici è stata quella di cercare un metodo in grado di quantificare la perdita del patrimonio biologico o della capacità anatomico-funzionale di una persona. Il decreto regio del 2004 suddivide le sequele in nove sezioni e le prime 8 sequele sono collegate a una scala scorrevole da un minimo di 1 punto a 100 punti. Se lo stesso caso presenta più sequele funzionali, si applica una formula correttiva, la formula delle disabilità concomitanti o la formula di Balthazard, in modo che il punteggio per le sequele concomitanti non superi i 100 punti. Il ricorso a un sistema di scale per la quantificazione forense di un particolare aspetto della valutazione si presenta come una risorsa gradita e utile, nella misura in cui i risultati possono essere confrontati nell'ambito della scienza medica. Tuttavia, per evitare un uso arbitrario, tale sistema dovrebbe essere chiaro, semplice e rigoroso nella sua applicazione e consentire una discussione scientifica dei risultati della perizia. Il valore quantitativo risultante (in punti di sequele o in un importo compensativo) deve fungere da indicatore affidabile di una qualità specifica del danno. Ciò significa che una leggera variazione (5%) non dovrebbe avere alcuna rilevanza sull'importo del risarcimento.	Per n. 4 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
A7	Comandè, G. Francia 2018	Deficit (pregiudizio) funzionale ... mira a riparare gli effetti del danno che colpisce esclusivamente la sfera personale della vittima. A causa della sua natura generale, il deficit funzionale permanente non si confonde con la perdita di piacere, che per sua parte ha un obiettivo specifico che coinvolge la privazione di una particolare attività di svago. Il *"préjudice d'agrément"*, infatti, mira esclusivamente a riparare il danno specificamente	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente

		legato all'incapacità della vittima di praticare uno sport, un'attività specifica o un'attività di svago regolarmente. Questo elemento di danno deve essere valutato in concreto, tenendo conto di tutti i parametri individuali della vittima (età, ecc.). Il *"préjudice d'établissement"* cerca di compensare la perdita di speranza o qualsiasi opportunità di realizzare un progetto di vita familiare "normale" a causa della gravità della disabilità permanente subita, dalla quale la vittima soffre ancora dopo la consolidazione: è la perdita di un'opportunità di sposarsi, iniziare una famiglia, allevare i figli e i generali sconvolgimenti nei progetti di vita della vittima. Il punto percentuale si ottiene utilizzando descrizioni mediche applicando lo schema generale al caso individuale, mentre la traduzione monetaria utilizzando le tabelle indicative ulteriormente particolarizza il tentativo di rendere intera qualsiasi vittima rispettando i principi generali di giustizia orizzontale e verticale.	
A8	Barni, M. and Lore, C. Italia 1980 Article	È dunque in atto una ribellione nei confronti delle tradizionali accezione e valutazione medico-legale del danno alla persona e segnatamente della invalidità, che trova ampia rispondenza nella recente evoluzione sociosanitaria produttiva anche in questo campo di non trascurabili risultati: e) La salute si identifica con l'armonia psico-fisica dell'uomo nell'ambito sociale f) La salute è pertanto compromessa non solo dalle malattie ma anche da ogni pregiudizio invalidante g) La responsabilità del danno alla persona e l'onere della riparazione investono l'ambito sociale h) Si delinea quindi l'esigenza di base, preliminare ad ogni altro intervento legato alla natura e alla individualità del danno, di una unitaria valutazione di una egalitaria riparazione del pregiudizio, anche in termini economici. Validità e valore della persona sono un diritto uguale per tutti così come il diritto alla salute e alla sua tutela. Ulteriori elementi suffragano dunque, in campo civilistico, la tendenza al risarcimento del danno alla persona, intesa essa stessa come bene individuale e sociale. […] Il concetto di danno alla salute, chiaramente evidenziato dal Busnelli e dai suoi collaboratori, appare scientificamente appropriato e tale da produrre effetti giuridici anche nell'attuale quadro normativo. […] Per il medico legale è comunque sufficiente avvalorare la adeguatezza della dizione posto che essa discende da una concezione di salute che	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

		considera ogni aspetto della validità (ivi compresi quelli essenzialmente psicologici) e per di più postula ai sensi dell'art. 1 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, interventi pubblici non solo d'indole preventiva e curativa e quindi sanitaria, ma anche riparativa, posto che la riparazione del danno e dei suoi effetti è un momento del recupero sociale della persona.	
A9		L'individuo non viene visto come una dicotomia, ma come un sistema bio/psico/sociale integrato e dinamico. Un infortunio può avere un impatto grave e compromettere il funzionamento personale lungo tutte le dimensioni di questo sistema.	
A11	Antoniotti, F. Italia 1988 Article	Il diritto alla salute, innato con la natura umana e allineato con il diritto alla nascita e alla conservazione della vita, ha una prima radice nell'interesse immediato e personale del cittadino in quanto *«de re sua agitur»* ed una seconda radice mediata e determinante nell'interesse dello Stato, poiché la salute dei singoli è un elemento favorevole allo sviluppo di una sana comunità e del bene comune, donde deriva il diritto-dovere pubblicistico dello Stato di intervenire con idonei provvedimenti legislativi, previdenziali, organizzativi, assistenziali, previdenziali.	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

A4	NON REPERITO
A10	NON REPERITO

Articoli relativi al quesito 2 - METODOLOGIA DELL'ACCERTAMENTO

Statement 2.1 **È confermato il procedimento per analogia ed equivalenza per le menomazioni non elencate nella tabella di riferimento**			
#	**Autore, anno, tipo di studio**	**Frasi significative**	**Esperti del pannello A che hanno valutato l'articolo pertinente**
B1	Lawson, I. J. and McGeoch, K. L. UK 2003 Studio osservazionale prospettico	Le parti principali raggiunsero un accordo di negoziazione che raccomandava un'unica procedura di valutazione medica (MAP) per determinare i danni generali ... Il problema per l'IMAG (*Independent Medical Advisory Group*) era quello di creare un MAP che desse risultati simili nei centri di tutto il Regno Unito [...] La necessità di standardizzazione tra questi centri era fondamentale per il successo dell'intero processo,	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente

		che doveva essere compatibile con i tempi previsti e con costi ragionevoli.	
B2	Brunelli, G. and Monini, L. Italia 1984 Expert opinion	Questo metodo non valuta i singoli elementi, ma la funzione complessiva attraverso varie manovre semeiotiche, a ciascuna delle quali viene attribuito un punteggio numerico.	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B3	Francois, R. J., Van Linthoudt, D., Debouche, C. and Crucifix, C. Francia 1984	La misurazione clinica dovrebbe essere preferita, a condizione che sia semplice, ben calibrata e che la sua affidabilità e riproducibilità siano state stabilite. Per essere valido, un metodo di misurazione clinica deve soddisfare i seguenti criteri: - riproducibilità da parte dello stesso osservatore e di osservatori diversi. La misurazione della mobilità del tronco con metodi clinici semplici, affidabili e riproducibili è utile nella valutazione del danno alla persona.	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
B5	Tennant, C. Australia 2000 Metodologia accertativa	Nella valutazione medico-legale dei fattori di stress e dei disturbi psicologici possono verificarsi pregiudizi significativi. Tra questi vi sono i racconti dei pazienti distorti, in alcuni casi da autogiustificazione o dalla prospettiva di un guadagno economico, da rabbia e frustrazione in altri e da angoscia nella maggior parte dei casi. A prescindere da chi paga l'onorario, lo psichiatra è presumibilmente il perito/consulente del tribunale, eppure si scopre come le sue diverse agende possono influenzare la loro interpretazione di quella che può essere una relazione molto complessa tra stress e disturbo: è facile capire il conflitto che ne deriva nella testimonianza psichiatrica e perché a volte l'oggettivamente implausibile può apparire plausibile.	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B6	Foerster, K. and Widder, B. Germania 2011 Metodologia accertativa	La valutazione delle possibili conseguenze psicologiche di un incidente richiede un'anamnesi dettagliata (Tab. 4); per le persone meno esperte si raccomanda la conduzione di un'intervista strutturata (ad esempio, la Clinician-Administered PTSD Scale, CAPS). La valutazione peritale si svolge in 5 fasi. […] registrazione dei fattori concorrenti: di norma, la relazione tra il danno primario psicologico (e/o fisico) legato all'incidente e una disfunzione psicologica esistente è in conflitto con vari fattori non correlati al danno. Questi fattori devono essere identificati per poterne valutare l'importanza nel contesto del danno psichico primario. Malattie mentali precedenti (danno pregresso): se questi sono "pienamente provati" (!), ci si chiede in che misura l'evento infortunistico abbia portato a un aggravamento temporaneo o - in alcuni casi anche permanente - del danno psichico	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente

		precedente. Una valutazione affidabile di eventuali condizioni fisiche e/o mentali preesistenti richiede la consultazione della cartella clinica.	
B7	Schickel, S. and Henningsen, P. Germania 2010	Modello di valutazione psicosomatica a due fasi: la linea guida per la valutazione dei disturbi psicologici e psicosomatici nell'ambito delle assicurazioni private per gli infortuni e le malattie professionali vuole rappresentare un passo avanti verso la definizione di uno standard procedurale con una logica di studio interdisciplinare, in cui deve avvenire una comprensione trasparente della terminologia e dei criteri (compresi i fattori determinanti e le aree caratteristiche diagnostiche della capacità di prestazione).	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B8	Corthals, P., Vinck, B., De Vel, E. and Van Cauwenberge, P. Belgio 1996 Studio osservazionale prospettico	Mentre la valutazione individuale dell'invalidità può variare notevolmente, le previsioni di invalidità basate sull'audiogramma presentano sempre un elemento di approssimativa uniformità.	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
B9	Albera, R., Bonziglia, S., Giordano, C. and Cavalot, A. 2002 Metodologia valutativa	Sebbene questa tecnica preveda ancora il normale intervallo di valutazione del danno vestibolare (1-25%), si basa sul disturbo indicato dal paziente piuttosto che sul danno rilevato strumentalmente.	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente
B10	Schmidt, T., Krüger, M. and Ullmann, U. Germania 2020 Studio retrospettivo	Articolo giudicato non pertinente (relativo a stime di simulazione di disturbo psichico).	
B11	Corthals, P., Vinck, B., De Vel, E. and Van Cauwenberge, P. Belgio 1997 Studio osservazionale prospettico	Articolo giudicato non pertinente dalla segreteria scientifica (prettamente clinico).	
B13	Ruttiman, R., Eltorai, A. E. M., Mason DePasse, J., Palumbo, M. A. and Daniels, A. H. 2016 Revisione di letteratura		Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B14	Porzionato, A., Macchi, V., Stecco, C., Boscolo-Berto, R., Loukas, M., Tubbs, R. S. and De Caro, R Italia 2022 Revisione di letteratura	Ulteriori considerazioni metodologiche possono essere formulate su come l'anatomia individuale […] debba essere criticamente considerata nelle fasi di accertamento e di valutazione delle analisi delle ipotesi di malpractice medica, vale a dire, (1) come gli aspetti dell'anatomia individuale (rilevanti dal punto di vista forense) possono emergere dall'applicazione dei metodi di accertamento e come possono essere ulteriormente accertati attraverso una specifica metodologia anatomica;	Per n. 4 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

		(2) come i dati sull'anatomia individuale, una volta pienamente accertati e coerentemente discussi alla luce delle conoscenze scientifiche pertinenti, possano aiutare nella corretta applicazione dei criteri di valutazione e nel giudizio finale sull'identificazione dei profili di responsabilità medica.	
B16	Joseph, S. T., Vishwakarma, R., Ramani, M. K. and Aurora, R. India 2009 Revisione narrativa	Articolo giudicato non pertinente dalla segreteria scientifica in quanto di stampo prettamente clinico	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B17	Robinson, D. W. and Lawton, B. W. UK 1995 Metodologia valutativa	La valutazione medico-legale in relazione a una richiesta di risarcimento per danni all'udito richiede una linea di base equa rispetto alla quale confrontare lo stato dell'udito del richiedente. Il metodo alternativo consiste nel costruire il livello ipotetico di soglia uditiva della persona sommando tutte le componenti non risarcibili della perdita uditiva di cui si conosce l'esistenza nel richiedente. Queste possono includere: l'ipoacusia di conduzione con eventuali sequele neurosensoriali, l'ipoacusia neurosensoriale specificamente attribuibile a un incidente o a una malattia identificabile, il puro invecchiamento biologico, qualsiasi sovrapposizione patologica dovuta a carenze uditive o di salute generale, l'effetto del rumore non professionale e lo stato socioeconomico dell'attore. Una volta sommate queste componenti, tutto ciò che rimane non contabilizzato è considerato dovuto al rumore professionale.	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B19	Caporale, R., Tripodi, D. and Rotolo, A. Italia 1985 Metodologia accertativa (revisione)	Si può dunque concludere che numerosi sono i metodi attualmente utilizzabili per l'accertamento del danno acustico con finalità medico-legali. Alcuni di questi metodi richiedono attrezzature moderne e sofisticate. Tuttavia, si può affermare che ancora oggi l'otologo non dispone di un metodo assolutamente certo: il giudizio medico-legale relativo alla vera condizione uditiva non può essere che il frutto di una complessa ed accurata indagine effettuata mediante l'impiego, caso per caso, di più metodiche audiologiche.	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
B21	Curtis, K. L., Aguerrevere, L. E., Bianchini, K. J., Greve, K. W. and Nicks, R. C. USA 2019 Studio di coorte	È inoltre particolarmente importante ottenere informazioni sui fattori medici e psicosociali che possono aver influenzato la presentazione dei sintomi e della disabilità, poiché il contesto medico-legale è un ambiente psicosociale complicato e potenzialmente stressante. […] Una valutazione valida delle capacità e dei deficit di un individuo che hanno un impatto sui risultati funzionali è sempre necessaria, ma è	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

		particolarmente importante quando le valutazioni avvengono in un contesto medico-legale.	
B22	De Horne, L. D. J. Australia 1995 Metodologia accertativa	Ogni sopravvissuto a un trauma, per quanto le sue ferite fisiche siano lievi, è una persona psicologicamente a rischio. Pertanto, occorre incoraggiare queste persone a tornare per ulteriori valutazioni e aiuti se nelle settimane successive si manifestano vari sintomi psicologici o se questi non si risolvono abbastanza rapidamente. [...] La cosa più importante è accettare la validità delle lamentele del sopravvissuto, indipendentemente dalle teorie o dalle speculazioni che si possono avere sulle ragioni di tali disturbi. [...] Il professionista può guidare e coadiuvare i sopravvissuti attraverso il complesso campo minato delle valutazioni medico-legali e delle opzioni terapeutiche.	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
B23	Paix, E. L., Tweedy, S. M., Connick, M. J. and Beckman, E. M. Australia 2020 Revisione di letteratura	Sono necessari metodi oggettivi per differenziare accuratamente MVE – sforzo volontario massimo – e PMI – sforzo submassimale –.	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente
B24	Verhoff, M. A., Kettner, M., Lászik, A. and Ramsthaler, F. Germania 2012 Revisione di letteratura	L'esame clinico-forense delle lesioni viene solitamente effettuato solo dopo il trattamento chirurgico d'emergenza e la chiusura delle ferite mediante sutura o procedure simili. Per questo motivo la valutazione forense delle lesioni è limitata rispetto alla prima presentazione. Una ricostruzione completa delle lesioni originali è di solito possibile solo con un approccio multidisciplinare del team medico legale e dei medici che hanno curato il paziente per primi. La documentazione fotografica dei risultati clinici alla prima presentazione, effettuata dai medici prima di qualsiasi trattamento, può essere di fondamentale importanza. Spetta ai medici decidere se effettuare una documentazione fotografica. Le immagini delle lesioni devono soddisfare i criteri di qualità per le prove forensi: a fuoco, non sfocate, foto d'insieme e di dettaglio, immagini di dettaglio che includano una misura, indicazione dell'orientamento. I dati delle immagini devono essere archiviati senza modifiche come originali per consentirne l'uso come prova forense.	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente
B27	Çelebi Sözener, Z., Aydın, Ö, Demirel, Y. S., Soyyiğit, Ş, Çerçi, P., Kendirlinan, R., Bavbek, S., Çelik, G. E., Misirligil, Z., Sin, B. A., Keleşoğlu, A. and Mungan, D. Turchia 2017	La collaborazione con il medico del lavoro del paziente e un adeguato riconoscimento dell'ambiente di lavoro miglioreranno la coerenza della diagnosi medico-legale (di asma occupazionale)	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente

	Studio osservazionale prospettico		
B28	Lamberty, G. J., Nelson, N. W. and Yamada, T. USA 2013 Metodologia accertativa e valutativa	… esiste un elevato grado di variabilità negli esiti, sia che vengano valutati con misure standardizzate come il GOS (Glasgow Outcome Scale) o con esiti più funzionali come il ritorno a scuola o al lavoro. Sia dal punto di vista della ricerca che da quello legale, tuttavia, la documentazione di una lesione significativa e la successiva cura/monitoraggio aiutano a comprendere la TBI e a prendere decisioni sulla disabilità e sui danni.	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B29	Gramignani, V. Italia 1962 Metodologia valutativa	Preponevamo, di conseguenza, per uniformità il ricorso ad una metodica standard, suggerendo di seguire il sistema dell'azzeramento articolare nella posizione anatomica classica, quale punto di partenza per la misurazione delle escursioni articolari. Per quanto detto, non facile è l'accertamento e quindi la valutazione di un danno funzionale, poiché il giudizio non può limitarsi all'articolazione interessata, ma deve necessariamente essere comprensivo del deficit delle altre articolazioni che con quella agiscono consensualmente, con riflesso pertanto sulla mobilità globale dell'articolazione.	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
B30	Belcher, H. J. C. R. UK 2016 Studio osservazionale	Le informazioni vengono utilizzate dall'esperto per esprimersi sulla capacità dell'attore di svolgere le normali attività quotidiane, di prendersi cura di sé, di tornare al lavoro e di competere sul mercato del lavoro. Queste informazioni vengono utilizzate per calcolare il quantum della richiesta di indennizzo. Si riconosce che i livelli di disabilità percepiti e reali non riflettono necessariamente solo gli effetti strutturali e neurologici diretti di una lesione. La presenza di sintomi come la tenerezza, il dolore e la sensibilità al freddo influiscono sull'uso della mano. L'impatto della lesione è inoltre influenzato in modo significativo da fattori psico-sociali, circostanze personali e problemi occupazionali. È quindi evidente che il solo esame non fornisce necessariamente una valutazione completa dell'effetto di una lesione sulle capacità funzionali del paziente.	Per n. 4 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
B32	Morelli, L. and Morelli, G. Italia 1986 Metodologia valutativa	… si può sostenere che facendo riferimento all'importanza della funzione audiologica esplicata dalla frequenza kHz 4 nella vita di relazione, l'introduzione di un tabulato correttivo che quantifichi i danni anatomo-funzionali da rumore a carico dell'orecchio interno è pienamente giustificato. Si può affermare inoltre che considerando la frequenza kHz 4 nella valutazione percentuale di danno si determineranno una maggiore precocità	Per n. 1 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

		nell'evidenziare l'invalidità percentuale di danno da trauma acustico cronico … e un incremento della rendita degli aventi diritto a fronte di un peggioramento del danno audiologico.	
B33	Merten, T. Germania 2017 Expert opinion	La volontà e la capacità di ragionare in modo razionale e logico è uno dei prerequisiti affinché il perito/consulente possa svolgere responsabilmente il suo ruolo di informare ed eventualmente istruire il giudice di fatto o altre fonti di riferimento. Tuttavia, l'aderenza a un pensiero coerente e non contraddittorio, la capacità di trarre conclusioni formalmente corrette da un insieme di proposizioni non sembrano appartenere alla "cassetta degli attrezzi" di ogni esperto, ed è più facile essere qualificati come esperti in tribunale che esserlo veramente […] I periti medici e psicologici condividono con molte persone ciò che Anderson (2015) ha definito come la diffusa disponibilità ad accettare sillogismi non validi e, quindi, a giungere a conclusioni errate. Inoltre, i professionisti del diritto possono essere incapaci o non disposti ad analizzare attentamente le argomentazioni per verificarne la coerenza logica; l'eloquenza o lo status sociale di un consulente/perito possono superare un'analisi che si attenga strettamente alla logica argomentativa.	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente
B34	Cassano, A. and Grattagliano, I. Italia 2019 Metodologia accertativa	In ambito forense o medico-legale, gli strumenti che consentono di valutare la dissimulazione sotto forma di accentuazione o minimizzazione della malattia mentale, atteggiamenti adottati a scopo difensivo o strumentale e che potrebbero invalidare la valutazione, offrono senza dubbio un contributo significativo per ottenere risultati più affidabili e credibili in tali circostanze. Soprattutto in ambito medico-legale, la questione dell'ottenimento di risultati validi è essenziale.	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B35	Ferrara, S. D., Baccino, E., Bajanowski, T., Boscolo-Berto, R., Castellano, M., De Angel, R., Pauliukevičius, A., Ricci, P., Vanezis, P., Vieira, D. N., Viel, G. and Villanueva, E. Italia 2013 Linee guida	Al di là dell'ambito giuridico (penale, civile) o extragiuridico in cui opera il medico-legale e al di là del fatto che agisca come consulente del giudice, della compagnia assicurativa, del danneggiato o di altre istituzioni o figure, il metodo di accertamento da seguire è lo stesso, compresa l'analisi dei dati clinici e documentali e l'esecuzione dell'esame clinico e medico-legale […] Al termine della valutazione medico-legale, sia in ambito giuridico che extragiuridico, il medico-legale deve quantificare il danno biologico temporaneo o permanente causalmente correlato all'errore/inosservanza.	Per n. 5 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
B37	Widder, B. Germania 2017	La maggior parte delle valutazioni medico-legali relative all'accertamento di sequele psichiche dopo incidenti riguarda eventi traumatici minori.	Per n. 1 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

	Metodologia valutativa	In questo caso, il focus deve essere su tre domande: l'evento era idoneo a causare un disturbo traumatico secondo gli attuali sistemi di classificazione psichiatrica (in particolare l'attuale DSM-5)? Quale lesione psichica o fisica iniziale può essere provata al di là di ogni ragionevole dubbio ("prova piena") secondo la legge tedesca? Qual è l'impatto delle caratteristiche di personalità e degli eventi di vita concorrenti nello sviluppo e nel mantenimento del disturbo mentale? La causalità tra disturbi mentali ed eventi traumatici minori deve essere confermata soprattutto nel caso di sequele fisiche persistenti di incidenti, ma occorre prestare attenzione alle differenze tra i vari requisiti giuridici.	
B38	Carey, R. P. Australia 1993 Lettera all'editore	Articolo ritenuto non pertinente dalla segreteria scientifica in quanto trattasi di una lettera all' editore e rimanda ad un lavoro del quale è difficile ricostruire la contestualizzazione	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B39	Walker, C. USA 2011 Capitolo di libro sulla metodologia valutativa	L'esperienza di un evento inaspettato che causa deficit cronici e quindi una partecipazione limitata a occupazioni significative può portare la persona lesa a presentare una richiesta di risarcimento per le perdite e i danni che ne derivano. Il tribunale può richiedere a un terapista occupazionale di eseguire una valutazione delle perdite subite dal richiedente e di fornire raccomandazioni sui servizi, sulla riabilitazione futura e sulle attrezzature, che dovrebbero contribuire a mitigare questi problemi. Un'analisi occupazionale fornisce un quadro appropriato per identificare e stabilire l'impatto della lesione sull'impegno e sulle prestazioni professionali nella vita dell'attore. Queste informazioni informano la relazione e le raccomandazioni che il terapista occupazionale presenta al tribunale in merito alle implicazioni occupazionali del caso/persona specifico.	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
B40	Arkuszewski, P. T., Arkuszewski, P., Zielińska, M. and Meissner, E. Polonia 2019 Studio retrospettivo	Articolo ritenuto non pertinente dalla segreteria scientifica in quanto relativo a fatti di rilievo penalistico e pertanto non applicabile né coerente con lo statement	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B41	Schneider, R. Germania 2011	L'articolo è stato giudicato non pertinente dalla segreteria scientifica in quanto non affrontante implicazioni medico-legali	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente

B44	Molisso, C. and Molisso, V. Italia 2007 Metodologia valutativa	In ambito medico-legale il giudizio conclusivo deve essere espresso non sulla base della sola nozione diagnostica, ma c'è assoluta necessità di procedere, preliminarmente ad una determinazione dell'entità della compromissione anatomo-funzionale, come obiettivamente accertabile sulla base di indagini cliniche, strumentali e laboratoristiche, quale presupposto per la quantificazione del danno La valutazione del danno non necessariamente è sempre orientata verso la quantificazione di ciò che si è perso, ma talvolta è teso alla misurazione della residua validità ai fini di un giudizio di tipo idoneativo.	Per n. 3 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
B47	Feldmann, H. Germania 1972 Expert opinion	Nei casi in cui è difficile separare i disturbi endogeni progressivi, è meglio rimandare una risposta definitiva e basarsi su qualsiasi ulteriore sviluppo dopo l'interruzione dell'esposizione al rumore. Dopo la prima visita medico-legale si raccomanda una visita di controllo.	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B48	Castellani G. L. et *al*. Italia. 2020 Linee guida	Sulla base delle evidenze attualmente disponibili, non è possibile definire un intervallo di tempo minimo da rispettare prima di sottoporre la parte lesa a visita medico-legale. Il tempo di visita richiesto per un paziente anziano è diverso da quello richiesto per pazienti di altre fasce d'età. Sulla base delle prove attualmente disponibili, non è possibile definire una durata minima per la visita medico-legale di una persona anziana. Tuttavia, a causa della complessità sociale, clinica e gestionale complessiva, si dovrebbe considerare una durata maggiore della visita rispetto a un paziente più giovane. L'elevata eterogeneità della popolazione anziana e dei tipi di lesioni non consente di stabilire una durata minima standard per la visita medico-legale. La presenza di un familiare e/o di un accompagnatore durante la visita medico-legale può essere utile nel caso di pazienti anziani con disabilità psicofisiche. La presenza di un accompagnatore deve essere conforme alla normativa sul consenso informato. La presenza di un familiare o di un caregiver può essere utile quando l'accompagnatore adotta un comportamento incoraggiante nei confronti del paziente durante la visita medico-legale; infatti, l'accompagnatore può migliorare la comunicazione paziente-medico e fornire un supporto logistico ai pazienti con disabilità fisiche. È opportuno prendere in considerazione la possibilità di effettuare la visita medico-legale	Per n. 3 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

		presso il domicilio del paziente infortunato per i pazienti affetti da gravi patologie mobili.	
B49	Thömke, F. and Dieterich, M. Germania 2011	Le vertigini patologiche non giustificabili dal punto di vista organico possono svilupparsi dopo un trauma con o senza danni dimostrabili al sistema vestibolare. In questo caso, è necessario effettuare una valutazione psicosomatica/psichiatrica supplementare.	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B50	Poeck, K. Germania 2002 Metodologia valutativa	I quesiti peritali atipici e particolarmente problematici dovrebbero essere sottoposti a consulenti che hanno una particolare esperienza in questo campo.	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B51	Graninger, M. Germania 2007	Una efficace la comunicazione lo specialista in Reumatologia e il medico legale è la base per una valutazione appropriata nella valutazione della sclerodermia.	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B52	Verrastro, A. M. and Lauletta, A. Italia 1990 Metodologia valutativa	L'incidenza invalidante delle complicanze del diabete mellito andrà valutata sia alla luce della loro gravità che a quella della loro concomitanza, che spesso determina un aggravamento reciproco delle stesse.	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente
B53	Lathuilliere, B., Deveze, F., Fevrier, P. and Arcadio, F. Francia 1973 Studio retrospettivo	L'articolo è stato ritenuto non pertinente dalla segreteria scietifica in quanto non contenente princìpi di metodo utili a rispondere alla domanda	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B54	Stoll, W. Germania 1979 Metodologia valutativa	Deve essere accuratamente considerato il grado di handicap nelle situazioni quotidiane e lavorative	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B56	Galli, S., Menozzi, F., Casali, L., Ronco, C. A. and Fontana, G. Italia 1988 Proposta di metodologia valutativa	La valutazione forense del danno acustico deve rispettare due criteri principali: precisione e obiettività.	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B57	De Vreese, L. P., Bruno, P., Giuliani, G., Scalori, G. and Fabbo, A. Italia 2014 Studio di correlazione	Da questi dati preliminari appare che la presente scheda valutativa a scopo medico-legale oltre ad essere di facile compilazione da parte di medici esperti in Psicogeriatria, sia uno strumento valido, rispecchiando il principio dell'integrità ("multidimensionalità") della persona con impairment cognitivo che non può essere circoscritta a un valore meramente quantitativo sulla base di una singola prova come il MMSE (*Mini Mental State Examination*)	Per n. 3 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
B59	Handa, G. India 2009 Proceeding di abstract book (metodologia valutativa)	L'analisi temporale degli eventi ha evidenziato la vulnerabilità degli organi decisionali dovuta alla mancanza di obiettività degli strumenti di valutazione. L'attuale stato di confusione può giovare ad alcuni, ma può danneggiare la prospettiva scientifica sulla valutazione degli esiti	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente

		e sulla valutazione della disabilità. Pertanto, tenendo conto dell'assetto socioculturale indiano, è indispensabile formulare scale di valutazione della disabilità e modificare le leggi relative alla valutazione della disabilità nelle sequele di lesioni cerebrali.	
B60	Lecordier, M., Richard, A. and Tardat, M. Germania 1973 Case report	L'analisi medico-legale è incentrata sulla difficoltà di apprezzare i postumi, come le cicatrici e il potenziale di evoluzione a pancreatite cronica.	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B61	de Boer, W., Donceel, P., Brage, S., Rus, M. and Willems, J. Olanda-Belgio 2008 Studio osservazionale prospettico	I motivi che i SIP (*Social Insurance Physicians*) utilizzano si riferiscono a un gruppo limitato di elementi chiave della valutazione della disabilità. I SIP interpretano la disabilità nell'ambito dell'assicurazione sociale in base al ruolo dell'handicap e si sforzano di rendere la loro valutazione un processo equo. L'ICF è rilevante per quanto riguarda le condizioni di salute e il processo di valutazione. L'identificazione dei motivi è uno strumento prezioso per controllare la qualità della valutazione della disabilità. I motivi sembrano anche essere comparabili a livello internazionale, il che può migliorare lo studio scientifico in questo settore.	Per n. 3 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
B62	Fernandes, S. V. and Fernandes, C. M. Australia 2010 Studio osservazionale retrospettivo	La domanda centrale è la seguente: l'ipoacusia asimmetrica è dovuta a un'esposizione asimmetrica e non riconosciuta al rumore o a una patologia individuale asimmetrica? L'incidenza dell'ipoacusia asimmetrica dovuta a una patologia non legata al rumore è di circa l'1%. In assenza di altri dati clinici significativi o di evidenze di patologie otologiche, l'otorinolaringoiatra dovrebbe concludere che la perdita dell'udito asimmetrica è causata dall'esposizione al rumore e quindi dovrebbe essere inclusa nelle considerazioni sul risarcimento. Nell'ottica di co-costruire le idee di verità e le idee di giustizia nel contesto dei procedimenti legali, si suggerisce che le attuali linee guida della Società australiana di otorinolaringoiatria - Chirurgia della testa e del collo per la valutazione della perdita dell'udito indotta dal rumore sul luogo di lavoro e di un processo graduale favoriscano ingiustamente il datore di lavoro a scapito del dipendente nei casi di perdita dell'udito asimmetrica, e che tali linee guida debbano quindi essere sottoposte a revisione.	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B63	Vasile, M., Hamalian, G. and Wortzel, H. S. Germania 2016 Linee guida	Le linee guida offrono molti principi guida utili e ampiamente applicabili. Una valutazione di successo richiede preparazione e attenzione ai dettagli fin dall'inizio.	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente

		La valutazione deve essere condotta in un ambiente reciprocamente confortevole e sicuro. Il valutatore deve registrare accuratamente il colloquio, di solito prendendo appunti dettagliati. Il valutatore forense deve informare il valutato dei modi in cui la valutazione forense sarà diversa. Il valutato deve inoltre essere informato che il valutatore forense non fornirà alcun trattamento e che l'esame viene condotto esclusivamente per scopi medico-legali. Quando la valutazione è ordinata dal tribunale, non è necessario ottenere il consenso informato prima di procedere al colloquio. Tuttavia, le persone sottoposte a valutazione devono essere informate delle limitazioni alla riservatezza e della mancanza di un rapporto di cura medico-paziente. L'approccio etico alla valutazione forense si differenzia da quello della pratica clinica generale L'esaminatore può prendere in considerazione la possibilità di invitare a partecipare un assistente che conosce bene la persona da valutare, in modo da ridurre i comportamenti di disturbo dovuti all'ansia e consentire una raccolta efficiente di dati anamnestici pertinenti da una fonte affidabile.	
B64	Widder, B. Germania 2011	L'articolo è stato ritenuto non pertinente in quanto di stampo esclusivamente clinico	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B65	Cunningham, K. L. Nuova Zelanda 2016 Expert opinion	Date le conseguenze in termini di diritti umani, è necessaria una soglia legale elevata e un processo di valutazione clinica molto solido. Sono necessarie più fonti di informazione per garantire un processo di formulazione solido che soddisfi i requisiti legali e clinici. I test neuropsicologici formali fanno parte di una valutazione completa. I medici che completano tali valutazioni forniscono chiare descrizioni esplicative della formulazione che includono informazioni sia quantitative che qualitative, indipendentemente dall'entità dei test formali, per garantire che la giustificazione del parere finale sia chiara a tutte le parti coinvolte	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B66	Henningsen, P. Germania 2007	Un crescente bisogno di valutazione di buona qualità si trova di fronte a una crescente difficoltà. Come esempio del terzo aspetto della garanzia della qualità, è stata inclusa la necessità di concordare criteri e la distinzione tra aggravamento, simulazione, disturbo somatoforme.	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B67	Germania 1998	L'articolo è stato ritenuto non pertinente dalla segreteria sceintifica in quanto non contenente princìpi di tipo medico-legale utili alle finalità dello statement	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente

B68	Reker, U. and Frese, K. A. 1996 Metodologia valutativa (studio restrospettivo)	Proponiamo un diverso metodo di valutazione che analizza il danno alla persona sotto tre aspetti: lesionale, funzionale e situazionale, al fine di specificare le esigenze di risarcimento, in modo da ristabilire uno stato di vita il più possibile simile a quello precedente l'incidente. Utilizzando l'"Handicapometro DAC" 2 con alcuni adattamenti alla medicina legale, abbiamo valutato i tre aspetti: a) Lesioni: danni agli organi anatomici e/o biologici che possono scomparire totalmente o parzialmente; b) Funzioni: le capacità funzionali sono rappresentate dall'insieme delle attività mentali e fisiche caratteristiche dell'essere umano in base alla sua età e al suo sesso; c) Situazioni: la situazione di handicap si verifica ogni volta che una persona con limitazioni funzionali incontra un ostacolo alla partecipazione sociale.	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente
B69	Arkuszewski, P. T., Arkuszewski, P., Zielińska, M. and Meissner, E. Polonia 2019	L'articolo è stato ritenuto non pertinente dalla segreteria scientifica in quanto riferito all'ambito penalistico	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B70	Ferrara, S. D. et *al.* Linee guida Italia 2016	Il primo passo è la raccolta dei dati circostanziali, clinico-documentali e strumentali, con il reperimento di tutte le informazioni ritenute utili per un inquadramento diagnostic. Devono essere acquisiti tutti i dati documentali relativi alle circostanze e al meccanismo della lesione [...] 1) Anamnesi ed esame fisico: in quanto essenziale per valutare il quadro clinico iniziale e le prime modificazioni psicofisiche dovute all'evento denunciato. 2) Foglio di prescrizioni mediche. 3) Scheda di assistenza al Pronto Soccorso o Rapporto di Pronto Soccorso. 4) Scheda di inter-consultazione 5) Referti di esami complementari 6) Relazione di visita pre-chirurgica 7) Verbale di sala operatoria 8) Scheda di evoluzione post-operatoria 9) Referto di anatomia patologica 10) Diario infermieristico 11) Lettera di dimissione clinica 12) Referti di esami ambulatoriali 13) Esami strumentali 14) Certificati medici 15) Terapie prescritte 16) Referti clinici Prima dell'anamnesi medica, devono essere raccolte tutte le informazioni sull'evento lesivo e sul meccanismo della lesione. (1) Anamnesi familiare, con la registrazione di tutte le informazioni sulla salute dei parenti della persona esaminata (fino alla terza generazione); (2) Anamnesi fisiologica, con la registrazione di	Per n. 3 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

		informazioni sullo sviluppo psicomotorio, lo stile di vita, le abitudini sessuali, le allergie, la diuresi, la defecazione e il ritmo del sonno; (3) Malattie remote, con un elenco completo di malattie precedenti, operazioni, incidenti traumatici, protesi e/o ortesi; (4) Malattie recenti, con un'attenzione particolare alle malattie che non hanno subito danni.	
B71	Nebe, J., Keidel, M., Lüdecke, C. and Diener, H. C. Germania 1998	L'articolo è stato giudicato non pertinente dalla segreteria scientifica in quanto relativo a valutazioni di tipo esclusivamente clinico	
B72	Basile, G., Passeri, A., Bove, F., Accetta, R., Gaudio, R. M. and Calori, G. M Italia 2021 Revisione (narrativa)	I parametri di valutazione medico-legale sono quindi diversi nei vari casi, in quanto, mentre sia nell'ambito della responsabilità civile che dell'infortunistica sul lavoro, l'oggetto del risarcimento è il danno all'integrità psico-fisica complessiva ("danno biologico"), espresso in percentuale È quindi fondamentale che la valutazione fornita dallo specialista forense consideri le caratteristiche anatomo-patologiche e biomeccaniche delle lesioni pelviche, effettuando un'analisi approfondita di tutti gli elementi clinico-strumentali-oggettivi.	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente
B73	Pico, A. D. and Cabello, V. P. Spagna 1954	L'articolo è stato ritenuto non pertinente dalla segreteria scientifica in quanto non contenente princìpi di tipo medico-legale utili alle finalità dello statement	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B74	Miani, C., Bracale, A. M., Moreschi, C., Codarini, M. and Ortolani, F. Italia 2002 Case report	Il concetto di armonia, bellezza, regolarità influenzato dalla lesione appartiene alla categoria dei valori estetici, quindi sia intuitivi che variabili. Questa procedura non cerca di sostituire il metodo soggettivo […] piuttosto cerca di completarlo o rafforzarlo con un elemento di pensiero positivo e razionale. Il procedimento si compone di 3 istanze fondamentali: 1) suddividere topograficamente il volto in 6 regioni; 2) caratterizzare la lesione secondo note fenomenologiche distintive; 3) dalla somma di queste note si ottiene un dato numerico: coefficiente di deformazione.	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente
B75	Zasler, N. D. USA 1999 Commentario	La classificazione della PTHA (*Post-Traumatic Headache*) deve essere più approfondita e specifica di quella attualmente fornita dall'ICD-10 o dalla HIS, con dati migliori per giustificare i modificatori relativi alla cronicità e al tempo di insorgenza. Per la PTHA devono essere sviluppate tecniche di valutazione delle menomazioni e della disabilità migliori e più oggettive, preferibilmente con validità di fronte e buona affidabilità inter-rater, con "controlli" interni per l'ingrandimento dei sintomi e il bias di risposta. Gli sforzi di ricerca dovrebbero essere	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente

		diretti a esaminare i sottotipi di PTHA in popolazioni di pazienti affetti da PTHA primaria piuttosto che terziaria, che sono stati identificati in relazione a fattori storici e sottopopolazioni specifiche (ad esempio, cerebrale, cranica, annessiale, cervicale, psicologica post-traumatica o mista).	
B76	Konstantinidis, I., Iakovou, I., Tsakiropoulou, E., Mpalaris, V., Athanasiou, V., Katsampoukas, D., Lo Presti, D., Georga, S. and Arsos, G. Grecia 2017 Studio caso-controllo	La SPECT cerebrale è una tecnica di imaging preziosa nella valutazione dei disturbi olfattivi, soprattutto nei casi di anosmia post-traumatica. Potrebbe essere un ulteriore metodo oggettivo di valutazione della funzione olfattiva nei casi clinici.	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B77	Solodun, Y. V., Zlobina, O. Y., Piskareva, T. V. and Ivanova, L. A. Russia 2019 Revisione di casi	Le concezioni e le teorie esistenti sulla comprensione delle lesioni cerebrali traumatiche ammettono la possibilità di sviluppare gravi manifestazioni psicopatologiche che portano al disturbo neuropsichiatrico anche nei casi di lesioni cerebrali traumatiche lievi. I casi pratici medico-legali confermano questo dato.	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente
B80	Brunelli, G., Guizzi, P. and Battiston, B. Italia 1989 Metodologia valutativa	Le attuali valutazioni dell'invalidità della mano si basano su parametri che possono fornire una valutazione corretta per le amputazioni o per la rigidità singola, ma questi parametri non sono in grado di valutare la maggior parte delle lesioni. Una lesione nervosa non si ripara al 100% o allo 0%; tutti i gradi sono possibili. Lo stesso vale per le lesioni vascolari, tendinee e muscolari. Abbiamo studiato una nuova valutazione globale su un gran numero di pazienti e l'abbiamo confrontata con le tabelle attualmente in uso. I parametri valutati sono: movimento attivo e passivo, capacità della mano, forza, durata dello sforzo o della fatica, trofismo, sensibilità, dolore, estetica.	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente
B81	Colesanti, C., Vagnozzi, R. and Zappanico, L. Italia 1994 Capitolo di libro	Non v'è dubbio, comunque, che il relativo giudizio medico-legale non può in alcun modo prescindere, oltre che dal supporto di adeguate competenze specialistiche, dalla adozione di una prudente criteriologia valutativa che tenga nel debito conto, fra l'altro, lo stato anteriore del soggetto ed il tipo di intervento effettuato, anche in relazione alla sede e allo specifico materiale utilizzato, differendo se necessario, ove possibile, il definito accertamento dei postumi residuati.	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B82	Haggard, M. P., Lindblad, A. C. and Foster, J. R. UK- Svezia 1986 Studio osservazionale	L'articolo è stato giudicato non pertinente dalla segreteria scientifica in quanto trattasi di un lavoro molto tecnico, improntato sull'audiometria	

B83	Mahler, V., Diepgen, T., Skudlik, C., Becker, D., Dickel, H., Fartasch, M., Geier, J., Häberle, M., Hillen, U., Krohn, S., John, S. M., Weisshaar, E., Werfel, T. and Zagrodnik, F. Germania 2014 Case series	Per legge, lo status dell'assicurato all'inizio dell'attività dannosa è protetto. Nel caso in esame, ci sono dei residui come conseguenza dell'attività abbandonata, che riducono le opportunità di lavoro rispetto all'inizio dell'attività. La percentuale di aggravamento legato all'attività lavorativa deve essere presa in considerazione nella valutazione del MdE (riduzione della capacità di guadagno).	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B84	Kolling, G. H. Germania 1996 Proposta di metodologia valuatativa	I disturbi visivi nei pazienti con diplopia possono essere valutati con il metodo a scoring davanti allo schermo a tangente. La posizione primaria è la posizione di partenza per queste misurazioni. Per il giudizio medico legale, il punteggio si basa sulle indicazioni di Haase e Steinhorst, che vanno da un'idoneità dello 0% al 25%. In questa sede viene avanzata una nuova proposta di valutazione del campo visivo binoculare singolo (BSV) […] I pazienti affetti da paralisi unilaterale dell'obliquo superiore mostrano un lieve torcicollo. In questi casi, la posizione abituale della testa deve essere assunta come postura di partenza per la misurazione dello schermo tangente.	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B86	Avolio, G., Iorio, M. and Blanchi, C. Italia 1987 Revisione	In Italia, la valutazione poggia sull'incidenza del disturbo sulla visione periferica binoculare. […]. Anche altre proposte valutative continuano a prendere in considerazione la turba funzionale obiettivabile, ma non la causa del disturbo soggettivo. […].	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente
B88	Vardanyan Sh, A. and Dallakyan, V. F. Armenia 2004 Case series	Per valutare oggettivamente le fratture della mandibola, il processo di recupero (compresa la valutazione del momento del trauma) e la prognosi dell'esito del trattamento, si raccomanda di attuare un follow-up radiografico dinamico (ortopantomografie) dei pazienti secondo il seguente schema: immediatamente prima e dopo il riposizionamento dei frammenti ossei, dopo 5-7 giorni, il 21° giorno e poi mensilmente nel corso di 6 mesi. La pratica clinica ha dimostrato che le dimensioni della collosità variano in base alla posizione, alla natura della frattura e alla gravità del danno al periostio. Pertanto, questo segno (irregolarità della formazione del callo) dovrebbe essere preso in considerazione durante la determinazione del lato della rottura primaria (callo di Jess marcato o assente) e del lato della rottura finale (formazione più pronunciata del callo) per valutare la gravità del danno alla mandibola. Per valutare le caratteristiche del rapporto anatomo-topografico degli elementi dell'articolazione temporo-mandibolare dopo il	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente

		riposizionamento dei segmenti ossei, è indispensabile eseguire tomografie in proiezione laterale, che permettono di fare prognosi delle disfunzioni muscolo-articolari che si verificano frequentemente. La valutazione medico-legale della gravità del danno nelle fratture mandibolari deve essere effettuata secondo i principi riconosciuti.	
B89	Pedersen, E. R., Juhl, P. M., Wetke, R. and Andersen, T. D. Danimarca 2016 Studio retrospettivo	I punteggi di discriminazione (DS) – relativi all'esperienza soggettiva del paziente della propria capacità uditiva e comunicativa (quest'ultima riferita alla percezione audiovisiva) – possono essere utilizzati per valutare le capacità uditive e comunicative dei pazienti. La differenza tra i gradi di handicap ottenuti sottolinea l'importanza di raccogliere i gradi di handicap autovalutati e misurati.	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B91	Figueiredo, C., Afonso, A., Caramelo, F. and Corte-Real, A. Portogallo 2021 Studio osservazionale prospettico	La valutazione della disabilità ha evidenziato la competenza necessaria nel campo della diagnostica dei DTM (disturbi temporo-mandibolari) a causa della complessità della sua patogenesi e del gruppo eterogeneo di malattie che comprendono l'ATM, i muscoli masticatori o entrambi.	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B92	Rruqja, N., Dejonckere, P. H., Cantarella, G., Schoentgen, J., Orlandi, S., Barbagallo, S. D. and Manfredi, C. Belgio-Italia 2014 Studio osservazionale	… (i metodi di standardizzazione della vocalità) potrebbero essere d'aiuto ai medici nel determinare il livello di compromissione per quantificare l'indennizzo nei pazienti affetti da un disturbo vocale professionale. Da un punto di vista medico-legale, va sottolineato che la qualità della voce (raucedine) non è l'unico criterio per valutare il danno. Anche altre caratteristiche come il range f0 e il range SPL (profilo del range vocale) devono essere prese in considerazione, ma devono essere valutate con altri metodi.	
B93	Belcher, H. J. UK 2017 Metodologia accertativa	La dinamometria con la tecnica delle cinque posizioni di Jamar è un metodo rapido, semplice e a basso costo per valutare la potenza. È importante che l'esame clinico fornisca informazioni valide per consentire il calcolo del quantum nelle cause civili e della capacità nei casi penali. Questo lavoro ha presentato un nuovo metodo di valutazione e ha cercato di definire i criteri con cui la dinamometria può essere giudicata per fornire risultati affidabili al tribunale.	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente
B94	DeJonckere, P. H. and Lebacq, J. Belgio 2021 Studio di correlazione	Il metodo dell'ASSR (*Auditory Steady-State Response*) multiplo binaurale a 40 Hz è utile nelle valutazioni audio- logiche medico-legali delle soglie uditive specifiche per frequenza negli adulti che richiedono un beneficio legato alla NIHL (perdita uditiva indotta dal rumore)	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente

		professionale, quando l'indagine audiometrica comportamentale non è affidabile. Questo approccio è infatti ben tollerato dai pazienti ed è totalmente non invasivo.	
B95	Di Blasi, A., Di Blasi, L., Manferoce, O. and Napoli, P. Italia 1999 Metodologia valutativa	Per giungere a una diagnosi certa di tromboembolia, data la sua difficile causa di paucisintomaticità o asintomaticità della patologia dopo un'attenta valutazione dei sintomi, delle manifestazioni cliniche e dei fattori di rischio, non si può prescindere dall'utilizzo di criteri diagnostici scientifici e di accertamenti strumentali, anche seriali, coadiuvati da mezzi convenzionali di standardizzazione, come il nuovo sistema americano di classificazione CEAP (*Clinic, Etiologic, Anatomic and Pathophysiological*). Le fasi successive dell'accertamento medico-legale consistono nell'individuazione del nesso causale tra malattia ed evento e nella stima del danno alla persona, con metodologia rigorosa e oggettiva e utilizzando guide tabellari di orientamento, che devono indicare l'incidenza percentuale della disabilità subita sulla persona. Viene evidenziata la particolare delicatezza della valutazione del medico legale nella malattia tromboembolica, nell'ambito della responsabilità civile, sia per le difficoltà di identificazione diagnostica della trombosi venosa profonda e dell'embolia polmonare, sia per l'accertamento del nesso di causalità con gli eventi traumatici e con i successivi interventi di ortopedia-traumatologia e neurochirurgia (settore su cui si innestano i più difficili problemi di responsabilità professionale), sia infine per la valutazione effettiva del conseguente danno alla persona, ai fini della sua risarcibilità.	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B96	Dvir, Z., Werner, V. and Peretz, C. Israele 2002	L'articolo è stato giudicato non pertinente dalla segreteria scientifica in quanto di stampo clinico	
B97	Savage, J. M. and Szollosi, I. Australia 2012 Proceeding da abstract book Studio osservazionale	I risultati della spirometria e della capacità di diffusione (DLCO) sono significativamente diversi utilizzando i quattro standard di riferimento – Crap, Comunità Europea del Carbone e dell'Acciaio (ECCS adj), Global Lung Initiative (GLI) e National Health and Nutrition Examination Study (NHANES III) –, tuttavia quando la classificazione della compromissione viene valutata utilizzando la spirometria e la DLCO, non si osservano differenze significative. Con numeri maggiori, la differenza tra Crap ed ECCS può diventare significativa.	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B98	Lutman, M. E. and Coles, R. R. A. UK 1991	Un test di conduzione ossea accurato con mascheramento è sempre difficile, ma per scopi clinici è sufficiente un'accuratezza limitata.	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente

	Expert opinion (su metodologia accertativa)	Tuttavia, quando si valutano i richiedenti un risarcimento, è necessaria estrema attenzione, poiché anche piccoli divari aria-osso apparenti si traducono talvolta in un abbattimento finanziario. Il presente documento illustra le rigorose condizioni di prova necessarie per ottenere una precisione adeguata. Indica inoltre le imprecisioni insite in tali test e raccomanda procedure per interpretare il significato delle soglie di conduzione ossea.	
B101	Gerin, C. Italia 1987 Expert opinion	È nell'ambito del danno alla validità (o, se si preferisce, del danno alla salute) che sono compresi pure il danno biologico, il danno cioè alla integrità fisico-psichica della persona, quello alla vita di relazione, quello alla cosiddetta capacità lavorativa generica, nonché il danno fisiognomico e il danno alla vita sessuale; vi rientrano pure quelle piccole invalidità che non hanno ripercussioni sulla attività lavorativa. Data la natura funzionale del danno stesso, esso viene espresso in cifre percentuali nelle quali si tiene conto soltanto del significato fisiologico delle singole funzioni.	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente
B102	Dassisti, L., Prudente, L., Violante, M. G., Graziano, G., Catanesi, R., Stefanizzi, P., Attimonelli, R., Allamprese, P., Castaldo, V., Loconsole, P., Bosco, A., Caffò, A., Tinella, L., Rizzo, M. and Grattagliano, I. Italia 2021 Studio osservazionale	In ambito medico-legale e forense è di fondamentale importanza un assessment clinico e psicodiagnostico che sia ben strutturato e completo, basato sull'uso di strumenti gold standard, finalizzato all'ottenimento di una diagnosi di buona qualità. […] Di fondamentale importanza, specialmente in ambito medico-legale e lavoristico assicurativo, è la personalizzazione. Ovvero è importante tenere conto dell'intreccio delle caratteristiche del trauma e della persona per poter comprendere gli effetti e le conseguenze su più piani che quel particolare eventi ha avuto su quella persona, in un determinato momento della sua vita. La risposta all'evento traumatico è infatti soggettiva, e dipende direttamente dalle caratteristiche, risorse, capacitò di coping ed elementi idiosincratici del soggetto.	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
B103	Bell, D. S. UK 1993 Expert opinion	Accade comunemente che gli psichiatri, i neurologi e i neurochirurghi considerino come accurate relazioni che non soddisfano i requisiti più elementari. La conclusione più gentile sarebbe che questi medici non hanno la capacità di valutare la relazione dello psicologo. In un mondo ideale, l'esperto ammetterebbe i limiti della sua competenza e, così facendo, non cadrebbe nell'errore di promuovere l'inadeguato e il fraudolento. In questo mondo non ideale, forse non dovremmo aspettarci che gli altri confessino i propri limiti. Dovremmo invece perseguire	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente

		l'alternativa di cercare di saperne di più sui desideri sentiti.	
B104	Corbi, G., Ambrosino, I., Massari, M., De Lucia, O., Simplicio, S., Dragone, M., Paolisso, G., Piccioni, M., Ferrara, N. and Campobasso, C. P. Italia 2018 Studio osservazionale longitudinale	La valutazione geriatrica multidimensionale (MGA/CGA) potrebbe essere utile per risparmiare risorse finanziarie, riducendo il rischio di rilascio di indennità errate. Può migliorare l'accuratezza della valutazione delle menomazioni nel sistema previdenziale.	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
B105	Berk, S., Sanlı, G. C., Ozşahin, S. L., Doğan, O. T., Arslan, S. and Akkurt, I. Turchia 2012 Case series	Sono necessarie nuove linee guida basate sull'evidenza che risolvano le criticità medico-legali e sociali.	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B109	Worsfold, C. UK 2014 Revisione	Esiste un corpus di letteratura sempre più vasto che indica chiaramente nella risposta fisiologica e psicologica allo stress del danneggiato un fattore chiave per la persistenza dei sintomi in seguito a un trauma da colpo di frusta. Gli strumenti necessari per identificare il danneggiato da "colpo di frusta complesso" sono portatili e poco costosi e, di conseguenza, ben si adattano alla pratica medico-legale dei periti.	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B110	Bošnjak-Pašić, M., Uremović, M., Vidrih, B., Vargek-Solter, V., Lisak, M. and Demarin, V. Croazia 2006 Studio di coorte	Il trattamento dei pazienti infortunati con precedenti alterazioni degenerative del rachide cervicale ha richiesto tempi più lunghi, con un livello maggiore di riduzione della motilità della testa e del collo. In definitiva, in termini di rimborso, è stato concesso loro un grado minore di danno fisico permanente rispetto a quelli senza precedenti lesioni del rachide cervicale.	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

Statement 2.2
L'affermazione che la menomazione all'integrità psico-fisica debba essere espressa numericamente come misura percentuale si basa sulla necessità di un percorso riproducibile di evidenza clinica e semeiotica medico-legale

#	Autore, anno, tipo di studio	Frasi significative	Esperti del pannello A che hanno valutato l'articolo pertinente
B1	Lawson, I. J. and McGeoch, K. L. UK 2003 Studio osservazionale prospettico	Le parti principali raggiunsero un accordo di negoziazione che raccomandava un'unica procedura di valutazione medica (MAP) per determinare i danni generali ... Il problema per l'IMAG (*Independent Medical Advisory*	Per n. 2 esperti l'articolo è pertinente

		Group) era quello di creare un MAP che desse risultati simili nei centri di tutto il Regno Unito [...] La necessità di standardizzazione tra questi centri era fondamentale per il successo dell'intero processo, che doveva essere compatibile con i tempi previsti e con costi ragionevoli.	
B2	Brunelli, G. and Monini, L. Italia 1984 Expert opinion	Questo metodo non valuta i singoli elementi, ma la funzione complessiva attraverso varie manovre semeiotiche, a ciascuna delle quali viene attribuito un punteggio numerico.	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B3	Francois, R. J., Van Linthoudt, D., Debouche, C. and Crucifix, C. Francia 1984	La misurazione clinica dovrebbe essere preferita, a condizione che sia semplice, ben calibrata e che la sua affidabilità e riproducibilità siano state stabilite. Per essere valido, un metodo di misurazione clinica deve soddisfare i seguenti criteri: - riproducibilità da parte dello stesso osservatore e di osservatori diversi. La misurazione della mobilità del tronco con metodi clinici semplici, affidabili e riproducibili è utile nella valutazione del danno alla persona.	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente
B5	Tennant, C. Australia 2000 Metodologia di accertamento	Nella valutazione medico-legale dei fattori di stress e dei disturbi psicologici possono verificarsi pregiudizi significativi. Tra questi vi sono i racconti dei pazienti distorti, in alcuni casi da autogiustificazione o dalla prospettiva di un guadagno economico, da rabbia e frustrazione in altri e da angoscia nella maggior parte dei casi. A prescindere da chi paga l'onorario, lo psichiatra è presumibilmente il perito/consulente del tribunale, eppure si scopre come le sue diverse agende possono influenzare la loro interpretazione di quella che può essere una relazione molto complessa tra stress e disturbo: è facile capire il conflitto che ne deriva nella testimonianza psichiatrica e perché a volte l'oggettivamente implausibile può apparire plausibile.	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente
B6	Foerster, K. and Widder, B. Germania 2011	La valutazione delle possibili conseguenze psicologiche di un incidente richiede un'anamnesi dettagliata (. Tab. 4); per le persone meno esperte si raccomanda la conduzione di un'intervista strutturata (ad esempio, la Clinician-Administered PTSD Scale, CAPS). La valutazione peritale si svolge in 5 fasi. […] registrazione dei fattori concorrenti: di norma, la relazione tra il danno primario psicologico (e/o fisico) legato all'incidente e una disfunzione psicologica esistente è in conflitto con vari fattori non correlati al danno. Questi fattori devono essere identificati per	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente

		poterne valutare l'importanza nel contesto del danno psichico primario. Malattie mentali precedenti (danno pregresso): se questi sono "pienamente provati" (!), ci si chiede in che misura l'evento infortunistico abbia portato a un aggravamento temporaneo o - in alcuni casi anche permanente - del danno psichico precedente. Una valutazione affidabile di eventuali condizioni fisiche e/o mentali preesistenti richiede la consultazione della cartella clinica.	
B7	Schickel, S. and Henningsen, P. Germania 2010	Modello di valutazione psicosomatica a due fasi: la linea guida per la valutazione dei disturbi psicologici e psicosomatici nell'ambito delle assicurazioni private per gli infortuni e le malattie professionali vuole rappresentare un passo avanti verso la definizione di uno standard procedurale con una logica di studio interdisciplinare, in cui deve avvenire una comprensione trasparente della terminologia e dei criteri (compresi i fattori determinanti e le aree caratteristiche diagnostiche della capacità di prestazione).	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B8	Corthals, P., Vinck, B., De Vel, E. and Van Cauwenberge, P. Belgio 1996 Studio osservazionale prospettico	Mentre la valutazione individuale dell'invalidità può variare notevolmente, le previsioni di invalidità basate sull'audiogramma presentano sempre un elemento di approssimativa uniformità.	Per n. 3 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
B9	Albera, R., Bonziglia, S., Giordano, C. and Cavalot, A. Metodologia valutativa 2002	Sebbene questa tecnica preveda ancora il normale intervallo di valutazione del danno vestibolare (1-25%), si basa sul disturbo indicato dal paziente piuttosto che sul danno rilevato strumentalmente.	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente
B10	Schmidt, T., Krüger, M. and Ullmann, U. Germania 2020 Studio retrospettivo	Articolo giudicato non pertinente (relativo a stime di simulazione di disturbo psichico).	
B11	Corthals, P., Vinck, B., De Vel, E. and Van Cauwenberge, P. Belgio 1997 Studio osservazionale prospettico	Articolo giudicato non pertinente dalla segreteria scientifica (prettamente clinico).	
B13	Ruttiman, R., Eltorai, A. E. M., Mason DePasse, J., Palumbo, M. A. and Daniels, A. H. 2016 Revisione di letteratura		Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B14	Porzionato, A., Macchi, V., Stecco, C., Boscolo-Berto, R.,	Ulteriori considerazioni metodologiche possono essere formulate su come l'anatomia	Per n. 3 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

	Loukas, M., Tubbs, R. S. and De Caro, R Italia 2022 Revisione di letteratura	individuale […] debba essere criticamente considerata nelle fasi di accertamento e di valutazione delle analisi delle ipotesi di malpractice medica, vale a dire, (1) come gli aspetti dell'anatomia individuale (rilevanti dal punto di vista forense) possono emergere dall'applicazione dei metodi di accertamento e come possono essere ulteriormente accertati attraverso una specifica metodologia anatomica; (2) come i dati sull'anatomia individuale, una volta pienamente accertati e coerentemente discussi alla luce delle conoscenze scientifiche pertinenti, possano aiutare nella corretta applicazione dei criteri di valutazione e nel giudizio finale sull'identificazione dei profili di responsabilità medica.	
B16	Joseph, S. T., Vishwakarma, R., Ramani, M. K. and Aurora, R. India 2009 Revisione narrativa	Articolo giudicato non pertinente dalla segreteria scientifica in quanto di stampo prettamente clinico	
B17	Robinson, D. W. and Lawton, B. W. UK 1995 Metodologia valutativa	La valutazione medico-legale in relazione a una richiesta di risarcimento per danni all'udito richiede una linea di base equa rispetto alla quale confrontare lo stato dell'udito del richiedente. Il metodo alternativo consiste nel costruire il livello ipotetico di soglia uditiva della persona sommando tutte le componenti non risarcibili della perdita uditiva di cui si conosce l'esistenza nel richiedente. Queste possono includere: l'ipoacusia di conduzione con eventuali sequele neurosensoriali, l'ipoacusia neurosensoriale specificamente attribuibile a un incidente o a una malattia identificabile, il puro invecchiamento biologico, qualsiasi sovrapposizione patologica dovuta a carenze uditive o di salute generale, l'effetto del rumore non professionale e lo stato socioeconomico dell'attore. Una volta sommate queste componenti, tutto ciò che rimane non contabilizzato è considerato dovuto al rumore professionale.	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente
B19	Caporale, R., Tripodi, D. and Rotolo, A. Italia 1985 Metodologia accertativa (revisione)	Si può dunque concludere che numerosi sono i metodi attualmente utilizzabili per l'accertamento del danno acustico con finalità medico-legali. Alcuni di questi metodi richiedono attrezzature moderne e sofisticate. Tuttavia, si può affermare che ancora oggi l'otologo non dispone di un metodo assolutamente certo: il giudizio medico-legale relativo alla vera condizione uditiva non può essere che il frutto di una complessa ed accurata	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

		indagine effettuata mediante l'impiego, caso per caso, di più metodiche audiologiche.	
B21	Curtis, K. L., Aguerrevere, L. E., Bianchini, K. J., Greve, K. W. and Nicks, R. C. USA 2019 Studio di coorte	È inoltre particolarmente importante ottenere informazioni sui fattori medici e psicosociali che possono aver influenzato la presentazione dei sintomi e della disabilità, poiché il contesto medico-legale è un ambiente psicosociale complicato e potenzialmente stressante. […] Una valutazione valida delle capacità e dei deficit di un individuo che hanno un impatto sui risultati funzionali è sempre necessaria, ma è particolarmente importante quando le valutazioni avvengono in un contesto medico-legale.	Per n. 3 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
B22	De Horne, L. D. J. Australia 1995 Metodologia accertativa	Ogni sopravvissuto a un trauma, per quanto le sue ferite fisiche siano lievi, è una persona psicologicamente a rischio. Pertanto, occorre incoraggiare queste persone a tornare per ulteriori valutazioni e aiuti se nelle settimane successive si manifestano vari sintomi psicologici o se questi non si risolvono abbastanza rapidamente. [...] La cosa più importante è accettare la validità delle lamentele del sopravvissuto, indipendentemente dalle teorie o dalle speculazioni che si possono avere sulle ragioni di tali disturbi. [...] Il professionista può guidare e coadiuvare i sopravvissuti attraverso il complesso campo minato delle valutazioni medico-legali e delle opzioni terapeutiche.	Per n. 3 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
B23	Paix, E. L., Tweedy, S. M., Connick, M. J. and Beckman, E. M. Australia 2020 Revisione di letteratura	Sono necessari metodi oggettivi per differenziare accuratamente MVE – sforzo volontario massimo – e PMI – sforzo submassimale –.	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
B24	Verhoff, M. A., Kettner, M., Lászik, A. and Ramsthaler, F. Germania 2012 Revisione di letteratura	L'esame clinico-forense delle lesioni viene solitamente effettuato solo dopo il trattamento chirurgico d'emergenza e la chiusura delle ferite mediante sutura o procedure simili. Per questo motivo la valutazione forense delle lesioni è limitata rispetto alla prima presentazione. Una ricostruzione completa delle lesioni originali è di solito possibile solo con un approccio multidisciplinare del team medico legale e dei medici che hanno curato il paziente per primi. La documentazione fotografica dei risultati clinici alla prima presentazione, effettuata dai medici prima di qualsiasi trattamento, può essere di fondamentale importanza. Spetta ai	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

		medici decidere se effettuare una documentazione fotografica. Le immagini delle lesioni devono soddisfare i criteri di qualità per le prove forensi: a fuoco, non sfocate, foto d'insieme e di dettaglio, immagini di dettaglio che includano una misura, indicazione dell'orientamento. I dati delle immagini devono essere archiviati senza modifiche come originali per consentirne l'uso come prova forense.	
B27	Çelebi Sözener, Z., Aydın, Ö, Demirel, Y. S., Soyyiğit, Ş, Çerçi, P., Kendirlinan, R., Bavbek, S., Çelik, G. E., Misirligil, Z., Sin, B. A., Keleşoğlu, A. and Mungan, D. Turchia 2017 Studio osservazionale prospettico	La collaborazione con il medico del lavoro del paziente e un adeguato riconoscimento dell'ambiente di lavoro miglioreranno la coerenza della diagnosi medico-legale (di asma occupazionale)	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B28	Lamberty, G. J., Nelson, N. W. and Yamada, T. USA 2013 Metodologia accertativa e valutativa	… esiste un elevato grado di variabilità negli esiti, sia che vengano valutati con misure standardizzate come il GOS (Glasgow Outcome Scale) o con esiti più funzionali come il ritorno a scuola o al lavoro. Sia dal punto di vista della ricerca che da quello legale, tuttavia, la documentazione di una lesione significativa e la successiva cura/monitoraggio aiutano a comprendere la TBI e a prendere decisioni sulla disabilità e sui danni.	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
B29	Gramignani, V. Italia 1962 Metodologia valutativa	Preponevamo, di conseguenza, per uniformità il ricorso ad una metodica standard, suggerendo di seguire il sistema dell'azzeramento articolare nella posizione anatomica classica, quale punto di partenza per la misurazione delle escursioni articolari. Per quanto detto, non facile è l'accertamento e quindi la valutazione di un danno funzionale, poiché il giudizio non può limitarsi all'articolazione interessata, ma deve necessariamente essere comprensivo del deficit delle altre articolazioni che con quella agiscono consensualmente, con riflesso pertanto sulla mobilità globale dell'articolazione.	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente
B30	Belcher, H. J. C. R. UK 2016 Studio osservazionale	Le informazioni vengono utilizzate dall'esperto per esprimersi sulla capacità dell'attore di svolgere le normali attività quotidiane, di prendersi cura di sé, di tornare al lavoro e di competere sul mercato del lavoro. Queste informazioni vengono utilizzate per calcolare il quantum della richiesta di indennizzo. Si riconosce che i livelli di disabilità percepiti e reali non riflettono necessariamente solo gli effetti strutturali e neurologici diretti di una lesione. La presenza di sintomi come la tenerezza, il dolore e la sensibilità al freddo	Per n. 5 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

		influiscono sull'uso della mano. L'impatto della lesione è inoltre influenzato in modo significativo da fattori psico-sociali, circostanze personali e problemi occupazionali. È quindi evidente che il solo esame non fornisce necessariamente una valutazione completa dell'effetto di una lesione sulle capacità funzionali del paziente.	
B32	Morelli, L. and Morelli, G. Italia 1986 Metodologia valutativa	… si può sostenere che facendo riferimento all'importanza della funzione audiologica esplicata dalla frequenza kHz 4 nella vita di relazione, l'introduzione di un tabulato correttivo che quantifichi i danni anatomo-funzionali da rumore a carico dell'orecchio interno è pienamente giustificato. Si può affermare inoltre che considerando la frequenza kHz 4 nella valutazione percentuale di danno si determineranno una maggiore precocità nell'evidenziare l'invalidità percentuale di danno da trauma acustico cronico … e un incremento della rendita degli aventi diritto a fronte di un peggioramento del danno audiologico.	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente
B33	Merten, T. Germania 2017 Expert opinion	La volontà e la capacità di ragionare in modo razionale e logico è uno dei prerequisiti affinché il perito/consulente possa svolgere responsabilmente il suo ruolo di informare ed eventualmente istruire il giudice di fatto o altre fonti di riferimento. Tuttavia, l'aderenza a un pensiero coerente e non contraddittorio, la capacità di trarre conclusioni formalmente corrette da un insieme di proposizioni non sembrano appartenere alla "cassetta degli attrezzi" di ogni esperto, ed è più facile essere qualificati come esperti in tribunale che esserlo veramente […] I periti medici e psicologici condividono con molte persone ciò che Anderson (2015) ha definito come la diffusa disponibilità ad accettare sillogismi non validi e, quindi, a giungere a conclusioni errate. Inoltre, i professionisti del diritto possono essere incapaci o non disposti ad analizzare attentamente le argomentazioni per verificarne la coerenza logica; l'eloquenza o lo status sociale di un consulente/perito possono superare un'analisi che si attenga strettamente alla logica argomentativa.	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B34	Cassano, A. and Grattagliano, I. Italia 2019 Metodologia accertativa	In ambito forense o medico-legale, gli strumenti che consentono di valutare la dissimulazione sotto forma di accentuazione o minimizzazione della malattia mentale, atteggiamenti adottati a scopo difensivo o strumentale e che potrebbero invalidare la valutazione, offrono senza dubbio un contributo significativo per ottenere risultati	Per n. 3 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

		più affidabili e credibili in tali circostanze. Soprattutto in ambito medico-legale, la questione dell'ottenimento di risultati validi è essenziale.	
B35	Ferrara, S. D., Baccino, E., Bajanowski, T., Boscolo-Berto, R., Castellano, M., De Angel, R., Pauliukevičius, A., Ricci, P., Vanezis, P., Vieira, D. N., Viel, G. and Villanueva, E. Italia 2013 Linee guida	Al di là dell'ambito giuridico (penale, civile) o extragiuridico in cui opera il medico-legale e al di là del fatto che agisca come consulente del giudice, della compagnia assicurativa, del danneggiato o di altre istituzioni o figure, il metodo di accertamento da seguire è lo stesso, compresa l'analisi dei dati clinici e documentali e l'esecuzione dell'esame clinico e medico-legale […] Al termine della valutazione medico-legale, sia in ambito giuridico che extragiuridico, il medico-legale deve quantificare il danno biologico temporaneo o permanente causalmente correlato all'errore/inosservanza.	Per n. 4 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
B37	Widder, B. Germania 2017 Metodologia valutativa	La maggior parte delle valutazioni medico-legali relative all'accertamento di sequele psichiche dopo incidenti riguarda eventi traumatici minori. In questo caso, il focus deve essere su tre domande: l'evento era idoneo a causare un disturbo traumatico secondo gli attuali sistemi di classificazione psichiatrica (in particolare l'attuale DSM-5)? Quale lesione psichica o fisica iniziale può essere provata al di là di ogni ragionevole dubbio ("prova piena") secondo la legge tedesca? Qual è l'impatto delle caratteristiche di personalità e degli eventi di vita concorrenti nello sviluppo e nel mantenimento del disturbo mentale? La causalità tra disturbi mentali ed eventi traumatici minori deve essere confermata soprattutto nel caso di sequele fisiche persistenti di incidenti, ma occorre prestare attenzione alle differenze tra i vari requisiti giuridici.	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
B38	Carey, R. P. Australia 1993 Lettera all'editore	Articolo ritenuto non pertinente dalla segreteria scientifica in quanto trattasi di una lettera all' editore e rimanda ad un lavoro del quale è difficile ricostruire la contestualizzazione	
B39	Walker, C. USA 2011 Capitolo di libro sulla metodologia valutativa	L'esperienza di un evento inaspettato che causa deficit cronici e quindi una partecipazione limitata a occupazioni significative può portare la persona lesa a presentare una richiesta di risarcimento per le perdite e i danni che ne derivano. Il tribunale può richiedere a un terapista occupazionale di eseguire una valutazione delle perdite subite dal richiedente e di fornire raccomandazioni sui servizi, sulla riabilitazione futura e sulle attrezzature, che dovrebbero contribuire a mitigare questi problemi. Un'analisi occupazionale fornisce un quadro appropriato per identificare e stabilire	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente

		l'impatto della lesione sull'impegno e sulle prestazioni professionali nella vita dell'attore. Queste informazioni informano la relazione e le raccomandazioni che il terapista occupazionale presenta al tribunale in merito alle implicazioni occupazionali del caso/persona specifico.	
B40	Arkuszewski, P. T., Arkuszewski, P., Zielińska, M. and Meissner, E. Polonia 2019 Studio retrospettivo	Articolo ritenuto non pertinente dalla segreteria scientifica in quanto relativo a fatti di rilievo penalistico e pertanto non applicabile né coerente con lo statement	
B41	Schneider, R. Germania 2011	L'articolo è stato giudicato non pertinente dalla segreteria scientifica in quanto non affrontante implicazioni medico-legali	
B44	Molisso, C. and Molisso, V. Italia 2007 Metodologia valutativa	In ambito medico-legale il giudizio conclusivo deve essere espresso non sulla base della sola nozione diagnostica, ma c'è assoluta necessità di procedere, preliminarmente ad una determinazione dell'entità della compromissione anatomo-funzionale, come obiettivamente accertabile sulla base di indagini cliniche, strumentali e laboratoristiche, quale presupposto per la quantificazione del danno La valutazione del danno non necessariamente è sempre orientata verso la quantificazione di ciò che si è perso, ma talvolta è teso alla misurazione della residua validità ai fini di un giudizio di tipo idoneativo.	Per n. 3 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
B47	Feldmann, H. Germania 1972 Expert opinion	Nei casi in cui è difficile separare i disturbi endogeni progressivi, è meglio rimandare una risposta definitiva e basarsi su qualsiasi ulteriore sviluppo dopo l'interruzione dell'esposizione al rumore. Dopo la prima visita medico-legale si raccomanda una visita di controllo.	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente
B48	Castellani, G. L et *al*. Italia. 2020 Linee guida	Sulla base delle evidenze attualmente disponibili, non è possibile definire un intervallo di tempo minimo da rispettare prima di sottoporre la parte lesa a visita medico-legale. Il tempo di visita richiesto per un paziente anziano è diverso da quello richiesto per pazienti di altre fasce d'età. Sulla base delle prove attualmente disponibili, non è possibile definire una durata minima per la visita medico-legale di una persona anziana. Tuttavia, a causa della complessità sociale, clinica e gestionale complessiva, si dovrebbe considerare una durata maggiore della visita rispetto a un paziente più giovane. L'elevata	Per n. 3 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

		eterogeneità della popolazione anziana e dei tipi di lesioni non consente di stabilire una durata minima standard per la visita medico-legale. La presenza di un familiare e/o di un accompagnatore durante la visita medico-legale può essere utile nel caso di pazienti anziani con disabilità psicofisiche. La presenza di un accompagnatore deve essere conforme alla normativa sul consenso informato. La presenza di un familiare o di un caregiver può essere utile quando l'accompagnatore adotta un comportamento incoraggiante nei confronti del paziente durante la visita medico-legale; infatti, l'accompagnatore può migliorare la comunicazione paziente-medico e fornire un supporto logistico ai pazienti con disabilità fisiche. È opportuno prendere in considerazione la possibilità di effettuare la visita medico-legale presso il domicilio del paziente infortunato per i pazienti affetti da gravi patologie mobili.	
B49	Thömke, F. and Dieterich, M. Germania 2011	Le vertigini patologiche non giustificabili dal punto di vista organico possono svilupparsi dopo un trauma con o senza danni dimostrabili al sistema vestibolare. In questo caso, è necessario effettuare una valutazione psicosomatica/psichiatrica supplementare.	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente
B50	Poeck, K. Germania 2002 Metodologia valutativa	I quesiti peritali atipici e particolarmente problematici dovrebbero essere sottoposti a consulenti che hanno una particolare esperienza in questo campo.	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B51	Graninger, M. Germania 2007	Una efficace la comunicazione lo specialista in Reumatologia e il medico legale è la base per una valutazione appropriata nella valutazione della sclerodermia.	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente
B52	Verrastro, A. M. and Lauletta, A. Italia 1990 Metodologia valutativa	L'incidenza invalidante delle complicanze del diabete mellito andrà valutata sia alla luce della loro gravità che a quella della loro concomitanza, che spesso determina un aggravamento reciproco delle stesse.	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente
B53	Lathuilliere, B., Deveze, F., Fevrier, P. and Arcadio, F. Francia 1973 Studio retrospettivo	L'articolo è stato ritenuto non pertinente dalla segreteria scientifica in quanto non contenente princìpi di metodo utili a rispondere alla domanda	
B54	Stoll, W. Germania 1979 Metodologia valutativa	Deve essere accuratamente considerato il grado di handicap nelle situazioni quotidiane e lavorative	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B56	Galli, S., Menozzi, F., Casali, L., Ronco, C. A. and Fontana, G. Italia	La valutazione forense del danno acustico deve rispettare due criteri principali: precisione e obiettività.	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

	1988 Proposta di metodologia valutativa		
B57	De Vreese, L. P., Bruno, P., Giuliani, G., Scalori, G. and Fabbo, A. Italia 2014 Studio di correlazione	Da questi dati preliminari appare che la presente scheda valutativa a scopo medico-legale oltre ad essere di facile compilazione da parte di medici esperti in Psicogeriatria, sia uno strumento valido, rispecchiando il principio dell'integrità ("multidimensionalità") della persona con impairment cognitivo che non può essere circoscritta a un valore meramente quantitativo sulla base di una singola prova come il MMSE (*Mini Mental State Examination*)	Per n. 3 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
B59	Handa, G. India 2009 Proceeding di abstract book (metodologia valutativa)	L'analisi temporale degli eventi ha evidenziato la vulnerabilità degli organi decisionali dovuta alla mancanza di obiettività degli strumenti di valutazione. L'attuale stato di confusione può giovare ad alcuni, ma può danneggiare la prospettiva scientifica sulla valutazione degli esiti e sulla valutazione della disabilità. Pertanto, tenendo conto dell'assetto socioculturale indiano, è indispensabile formulare scale di valutazione della disabilità e modificare le leggi relative alla valutazione della disabilità nelle sequele di lesioni cerebrali.	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente
B60	Lecordier, M., Richard, A. and Tardat, M. Germania 1973 Case report	L'analisi medico-legale è incentrata sulla difficoltà di apprezzare i postumi, come le cicatrici e il potenziale di evoluzione a pancreatite cronica.	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B61	de Boer, W., Donceel, P., Brage, S., Rus, M. and Willems, J. Olanda-Belgio 2008 Studio osservazionale prospettico	I motivi che i SIP (*Social Insurance Physicians*) utilizzano si riferiscono a un gruppo limitato di elementi chiave della valutazione della disabilità. I SIP interpretano la disabilità nell'ambito dell'assicurazione sociale in base al ruolo dell'handicap e si sforzano di rendere la loro valutazione un processo equo. L'ICF è rilevante per quanto riguarda le condizioni di salute e il processo di valutazione. L'identificazione dei motivi è uno strumento prezioso per controllare la qualità della valutazione della disabilità. I motivi sembrano anche essere comparabili a livello internazionale, il che può migliorare lo studio scientifico in questo settore.	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
B62	Fernandes, S. V. and Fernandes, C. M. Australia 2010 Studio osservazionale retrospettivo	La domanda centrale è la seguente: l'ipoacusia asimmetrica è dovuta a un'esposizione asimmetrica e non riconosciuta al rumore o a una patologia individuale asimmetrica? L'incidenza dell'ipoacusia asimmetrica dovuta a una patologia non legata al rumore è di circa l'1%. In assenza di altri dati clinici significativi	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente

		o di evidenze di patologie otologiche, l'otorinolaringoiatra dovrebbe concludere che la perdita dell'udito asimmetrica è causata dall'esposizione al rumore e quindi dovrebbe essere inclusa nelle considerazioni sul risarcimento. Nell'ottica di co-costruire le idee di verità e le idee di giustizia nel contesto dei procedimenti legali, si suggerisce che le attuali linee guida della Società australiana di otorinolaringoiatria - Chirurgia della testa e del collo per la valutazione della perdita dell'udito indotta dal rumore sul luogo di lavoro e di un processo graduale favoriscano ingiustamente il datore di lavoro a scapito del dipendente nei casi di perdita dell'udito asimmetrica, e che tali linee guida debbano quindi essere sottoposte a revisione.	
B63	Vasile, M., Hamalian, G. and Wortzel, H. S. Germania 2016 Linee guida	Le linee guida offrono molti principi guida utili e ampiamente applicabili. Una valutazione di successo richiede preparazione e attenzione ai dettagli fin dall'inizio. La valutazione deve essere condotta in un ambiente reciprocamente confortevole e sicuro. Il valutatore deve registrare accuratamente il colloquio, di solito prendendo appunti dettagliati. Il valutatore forense deve informare il valutato dei modi in cui la valutazione forense sarà diversa. Il valutato deve inoltre essere informato che il valutatore forense non fornirà alcun trattamento e che l'esame viene condotto esclusivamente per scopi medico-legali. Quando la valutazione è ordinata dal tribunale, non è necessario ottenere il consenso informato prima di procedere al colloquio. Tuttavia, le persone sottoposte a valutazione devono essere informate delle limitazioni alla riservatezza e della mancanza di un rapporto di cura medico-paziente. L'approccio etico alla valutazione forense si differenzia da quello della pratica clinica generale L'esaminatore può prendere in considerazione la possibilità di invitare a partecipare un assistente che conosce bene la persona da valutare, in modo da ridurre i comportamenti di disturbo dovuti all'ansia e consentire una raccolta efficiente di dati anamnestici pertinenti da una fonte affidabile.	Per n. 3 esperti l'articolo è pertinente
B64	Widder, B. Germania 2011	L'articolo è stato ritenuto non pertinente in quanto di stampo esclusivamente clinico	

B65	Cunningham, K. L. Nuova Zelanda 2016 Expert opinion	Date le conseguenze in termini di diritti umani, è necessaria una soglia legale elevata e un processo di valutazione clinica molto solido. Sono necessarie più fonti di informazione per garantire un processo di formulazione solido che soddisfi i requisiti legali e clinici. I test neuropsicologici formali fanno parte di una valutazione completa. I medici che completano tali valutazioni forniscono chiare descrizioni esplicative della formulazione che includono informazioni sia quantitative che qualitative, indipendentemente dall'entità dei test formali, per garantire che la giustificazione del parere finale sia chiara a tutte le parti coinvolte	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
B66	Henningsen, P. Germania 2007	Un crescente bisogno di valutazione di buona qualità si trova di fronte a una crescente difficoltà. Come esempio del terzo aspetto della garanzia della qualità, è stata inclusa la necessità di concordare criteri e la distinzione tra aggravamento, simulazione, disturbo somatoforme.	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
B67	Germania 1998	L'articolo è stato ritenuto non pertinente dalla segreteria sceintifica in quanto non contenente princìpi di tipo medico-legale utili alle finalità dello statement	
B68	Reker, U. and Frese, K. A. 1996 Metodologia valutativa (studio restrospettivo)	Proponiamo un diverso metodo di valutazione che analizza il danno alla persona sotto tre aspetti: lesionale, funzionale e situazionale, al fine di specificare le esigenze di risarcimento, in modo da ristabilire uno stato di vita il più possibile simile a quello precedente l'incidente. Utilizzando l'"Handicapometro DAC" 2 con alcuni adattamenti alla medicina legale, abbiamo valutato i tre aspetti: a) Lesioni: danni agli organi anatomici e/o biologici che possono scomparire totalmente o parzialmente; b) Funzioni: le capacità funzionali sono rappresentate dall'insieme delle attività mentali e fisiche caratteristiche dell'essere umano in base alla sua età e al suo sesso; c) Situazioni: la situazione di handicap si verifica ogni volta che una persona con limitazioni funzionali incontra un ostacolo alla partecipazione sociale.	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
B69	Arkuszewski, P. T., Arkuszewski, P., Zielińska, M. and Meissner, E. Polonia 2019	L'articolo è stato ritenuto non pertinente dalla segreteria scientifica in quanto riferito all'ambito penalistico	
B70	Ferrara, S. D. et *al.* Italia 2016 Linee guida	Il primo passo è la raccolta dei dati circostanziali, clinico-documentali e strumentali, con il reperimento di tutte le informazioni ritenute utili per un	Per n. 3 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

		inquadramento diagnostic. Devono essere acquisiti tutti i dati documentali relativi alle circostanze e al meccanismo della lesione [...] 1) Anamnesi ed esame fisico: in quanto essenziale per valutare il quadro clinico iniziale e le prime modificazioni psicofisiche dovute all'evento denunciato. 2) Foglio di prescrizioni mediche. 3) Scheda di assistenza al Pronto Soccorso o Rapporto di Pronto Soccorso. 4) Scheda di inter-consultazione 5) Referti di esami complementari 6) Relazione di visita pre-chirurgica 7) Verbale di sala operatoria 8) Scheda di evoluzione post-operatoria 9) Referto di anatomia patologica 10) Diario infermieristico 11) Lettera di dimissione clinica 12) Referti di esami ambulatoriali 13) Esami strumentali 14) Certificati medici 15) Terapie prescritte 16) Referti clinici Prima dell'anamnesi medica, devono essere raccolte tutte le informazioni sull'evento lesivo e sul meccanismo della lesione. (1) Anamnesi familiare, con la registrazione di tutte le informazioni sulla salute dei parenti della persona esaminata (fino alla terza generazione); (2) Anamnesi fisiologica, con la registrazione di informazioni sullo sviluppo psicomotorio, lo stile di vita, le abitudini sessuali, le allergie, la diuresi, la defecazione e il ritmo del sonno; (3) Malattie remote, con un elenco completo di malattie precedenti, operazioni, incidenti traumatici, protesi e/o ortesi; (4) Malattie recenti, con un'attenzione particolare alle malattie che non hanno subito danni.	
B71	Nebe, J., Keidel, M., Lüdecke, C. and Diener, H. C. Germania 1998	L'articolo è stato giudicato non pertinente dalla segreteria scientifica in quanto relativo a valutazioni di tipo esclusivamente clinico	
B72	Basile, G., Passeri, A., Bove, F., Accetta, R., Gaudio, R. M. and Calori, G. M Italia 2021 Revisione (narrativa)	I parametri di valutazione medico-legale sono quindi diversi nei vari casi, in quanto, mentre sia nell'ambito della responsabilità civile che dell'infortunistica sul lavoro, l'oggetto del risarcimento è il danno all'integrità psico-fisica complessiva ("danno biologico"), espresso in percentuale È quindi fondamentale che la valutazione fornita dallo specialista forense consideri le caratteristiche anatomo-patologiche e biomeccaniche delle lesioni pelviche,	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

		effettuando un'analisi approfondita di tutti gli elementi clinico-strumentali-oggettivi.	
B73	Pico, A. D. and Cabello, V. P. Spagna 1954	L'articolo è stato ritenuto non pertinente dalla segreteria scientifica in quanto non contenente princìpi di tipo medico-legale utili alle finalità dello statement	
B74	Miani, C., Bracale, A. M., Moreschi, C., Codarini, M. and Ortolani, F. Italia 2002 Case report	Il concetto di armonia, bellezza, regolarità influenzato dalla lesione appartiene alla categoria dei valori estetici, quindi sia intuitivi che variabili. Questa procedura non cerca di sostituire il metodo soggettivo […] piuttosto cerca di completarlo o rafforzarlo con un elemento di pensiero positivo e razionale. Il procedimento si compone di 3 istanze fondamentali: 1) suddividere topograficamente il volto in 6 regioni; 2) caratterizzare la lesione secondo note fenomenologiche distintive; 3) dalla somma di queste note si ottiene un dato numerico: coefficiente di deformazione.	Per n. 3 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
B75	Zasler, N. D. USA 1999 Commentario	La classificazione della PTHA (*Post-Traumatic Headache*) deve essere più approfondita e specifica di quella attualmente fornita dall'ICD-10 o dalla HIS, con dati migliori per giustificare i modificatori relativi alla cronicità e al tempo di insorgenza. Per la PTHA devono essere sviluppate tecniche di valutazione delle menomazioni e della disabilità migliori e più oggettive, preferibilmente con validità di fronte e buona affidabilità inter-rater, con "controlli" interni per l'ingrandimento dei sintomi e il bias di risposta. Gli sforzi di ricerca dovrebbero essere diretti a esaminare i sottotipi di PTHA in popolazioni di pazienti affetti da PTHA primaria piuttosto che terziaria, che sono stati identificati in relazione a fattori storici e sottopopolazioni specifiche (ad esempio, cerebrale, cranica, annessiale, cervicale, psicologica post-traumatica o mista).	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
B77	Konstantinidis, I., Iakovou, I., Tsakiropoulou, E., Mpalaris, V., Athanasiou, V., Katsampoukas, D., Lo Presti, D., Georga, S. and Arsos, G. Grecia 2017 Studio caso-controllo	La SPECT cerebrale è una tecnica di imaging preziosa nella valutazione dei disturbi olfattivi, soprattutto nei casi di anosmia post-traumatica. Potrebbe essere un ulteriore metodo oggettivo di valutazione della funzione olfattiva nei casi clinici.	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente
B61	Solodun, Y. V., Zlobina, O. Y., Piskareva, T. V. and Ivanova, L. A. Russia 2019 Revisione di casi	Le concezioni e le teorie esistenti sulla comprensione delle lesioni cerebrali traumatiche ammettono la possibilità di sviluppare gravi manifestazioni psicopatologiche che portano al disturbo neuropsichiatrico anche nei casi di lesioni	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

		cerebrali traumatiche lievi. I casi pratici medico-legali confermano questo dato.	
B80	Brunelli, G., Guizzi, P. and Battiston, B. Italia 1989 Metodologia valutativa	Le attuali valutazioni dell'invalidità della mano si basano su parametri che possono fornire una valutazione corretta per le amputazioni o per la rigidità singola, ma questi parametri non sono in grado di valutare la maggior parte delle lesioni. Una lesione nervosa non si ripara al 100% o allo 0%; tutti i gradi sono possibili. Lo stesso vale per le lesioni vascolari, tendinee e muscolari. Abbiamo studiato una nuova valutazione globale su un gran numero di pazienti e l'abbiamo confrontata con le tabelle attualmente in uso. I parametri valutati sono: movimento attivo e passivo, capacità della mano, forza, durata dello sforzo o della fatica, trofismo, sensibilità, dolore, estetica.	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
B82	Colesanti, C., Vagnozzi, R. and Zappanico, L. Italia 1994 Capitolo di libro	Non v'è dubbio, comunque, che il relativo giudizio medico-legale non può in alcun modo prescindere, oltre che dal supporto di adeguate competenze specialistiche, dalla adozione di una prudente criteriologia valutativa che tenga nel debito conto, fra l'altro, lo stato anteriore del soggetto ed il tipo di intervento effettuato, anche in relazione alla sede e allo specifico materiale utilizzato, differendo se necessario, ove possibile, il definito accertamento dei postumi residuati.	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B64	Haggard, M. P., Lindblad, A. C. and Foster, J. R. UK- Svezia 1986 Studio osservazionale	L'articolo è stato giudicato non pertinente dalla segreteria scientifica in quanto trattasi di un lavoro molto tecnico, improntato sull'audiometria	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B83	Mahler, V., Diepgen, T., Skudlik, C., Becker, D., Dickel, H., Fartasch, M., Geier, J., Häberle, M., Hillen, U., Krohn, S., John, S. M., Weisshaar, E., Werfel, T. and Zagrodnik, F. Germania 2014 Case series	Per legge, lo status dell'assicurato all'inizio dell'attività dannosa è protetto. Nel caso in esame, ci sono dei residui come conseguenza dell'attività abbandonata, che riducono le opportunità di lavoro rispetto all'inizio dell'attività. La percentuale di aggravamento legato all'attività lavorativa deve essere presa in considerazione nella valutazione del MdE (riduzione della capacità di guadagno).	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B84	Kolling, G. H. Germania 1996 Proposta di metodologia valutativa	I disturbi visivi nei pazienti con diplopia possono essere valutati con il metodo a scoring davanti allo schermo a tangente. La posizione primaria è la posizione di partenza per queste misurazioni. Per il giudizio medico legale, il punteggio si basa sulle indicazioni di Haase e Steinhorst, che vanno da un'idoneità dello 0% al 25%. In questa sede viene avanzata una nuova proposta di valutazione del campo visivo binoculare singolo (BSV) […]	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente

		I pazienti affetti da paralisi unilaterale dell'obliquo superiore mostrano un lieve torcicollo. In questi casi, la posizione abituale della testa deve essere assunta come postura di partenza per la misurazione dello schermo tangente.	
B86	Avolio, G., Iorio, M. and Blanchi, C. Italia 1987 Revisione	In Italia, la valutazione poggia sull'incidenza del disturbo sulla visione periferica binoculare. […]. Anche altre proposte valutative continuano a prendere in considerazione la turba funzionale obiettivabile, ma non la causa del disturbo soggettivo. […].	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
B88	Vardanyan Sh, A. and Dallakyan, V. F. Armenia 2004 Case series	Per valutare oggettivamente le fratture della mandibola, il processo di recupero (compresa la valutazione del momento del trauma) e la prognosi dell'esito del trattamento, si raccomanda di attuare un follow-up radiografico dinamico (ortopantomografie) dei pazienti secondo il seguente schema: immediatamente prima e dopo il riposizionamento dei frammenti ossei, dopo 5-7 giorni, il 21° giorno e poi mensilmente nel corso di 6 mesi. La pratica clinica ha dimostrato che le dimensioni della collosità variano in base alla posizione, alla natura della frattura e alla gravità del danno al periostio. Pertanto, questo segno (irregolarità della formazione del callo) dovrebbe essere preso in considerazione durante la determinazione del lato della rottura primaria (callo di Jess marcato o assente) e del lato della rottura finale (formazione più pronunciata del callo) per valutare la gravità del danno alla mandibola. Per valutare le caratteristiche del rapporto anatomo-topografico degli elementi dell'articolazione temporo-mandibolare dopo il riposizionamento dei segmenti ossei, è indispensabile eseguire tomografie in proiezione laterale, che permettono di fare prognosi delle disfunzioni muscolo-articolari che si verificano frequentemente. La valutazione medico-legale della gravità del danno nelle fratture mandibolari deve essere effettuata secondo i principi riconosciuti.	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente
B89	Pedersen, E. R., Juhl, P. M., Wetke, R. and Andersen, T. D. Danimarca 2016 Studio retrospettivo	I punteggi di discriminazione (DS) – relativi all'esperienza soggettiva del paziente della propria capacità uditiva e comunicativa (quest'ultima riferita alla percezione audiovisiva) – possono essere utilizzati per valutare le capacità uditive e comunicative dei pazienti. La differenza tra i gradi di handicap ottenuti sottolinea l'importanza di raccogliere i gradi di handicap autovalutati e misurati.	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

B91	Figueiredo, C., Afonso, A., Caramelo, F. and Corte-Real, A. Portogallo 2021 Studio osservazionale prospettico	La valutazione della disabilità ha evidenziato la competenza necessaria nel campo della diagnostica dei DTM (disturbi temporo-mandibolari) a causa della complessità della sua patogenesi e del gruppo eterogeneo di malattie che comprendono l'ATM, i muscoli masticatori o entrambi.	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente
B92	Rruqja, N., Dejonckere, P. H., Cantarella, G., Schoentgen, J., Orlandi, S., Barbagallo, S. D. and Manfredi, C. Belgio-Italia 2014 Studio osservazionale	… (i metodi di standardizzazione della vocalità) potrebbero essere d'aiuto ai medici nel determinare il livello di compromissione per quantificare l'indennizzo nei pazienti affetti da un disturbo vocale professionale. Da un punto di vista medico-legale, va sottolineato che la qualità della voce (raucedine) non è l'unico criterio per valutare il danno. Anche altre caratteristiche come il range f0 e il range SPL (profilo del range vocale) devono essere prese in considerazione, ma devono essere valutate con altri metodi.	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
B93	Belcher, H. J. UK 2017 Metodologia accertativa	La dinamometria con la tecnica delle cinque posizioni di Jamar è un metodo rapido, semplice e a basso costo per valutare la potenza. È importante che l'esame clinico fornisca informazioni valide per consentire il calcolo del quantum nelle cause civili e della capacità nei casi penali. Questo lavoro ha presentato un nuovo metodo di valutazione e ha cercato di definire i criteri con cui la dinamometria può essere giudicata per fornire risultati affidabili al tribunale.	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente
B94	DeJonckere, P. H. and Lebacq, J. Belgio 2021 Studio di correlazione	Il metodo dell'ASSR (*Auditory Steady-State Response*) multiplo binaurale a 40 Hz è utile nelle valutazioni audio- logiche medico-legali delle soglie uditive specifiche per frequenza negli adulti che richiedono un beneficio legato alla NIHL (perdita uditiva indotta dal rumore) professionale, quando l'indagine audiometrica comportamentale non è affidabile. Questo approccio è infatti ben tollerato dai pazienti ed è totalmente non invasivo.	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
B95	Di Blasi, A., Di Blasi, L., Manferoce, O. and Napoli, P. Italia 1999 Metodologia valutativa	Per giungere a una diagnosi certa di tromboembolia, data la sua difficile causa di paucisintomaticità o asintomaticità della patologia dopo un'attenta valutazione dei sintomi, delle manifestazioni cliniche e dei fattori di rischio, non si può prescindere dall'utilizzo di criteri diagnostici scientifici e di accertamenti strumentali, anche seriali, coadiuvati da mezzi convenzionali di standardizzazione, come il nuovo sistema americano di classificazione CEAP (*Clinic, Etiologic, Anatomic and Pathophysiological*). Le fasi successive dell'accertamento medico-legale consistono nell'individuazione del nesso	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente

		causale tra malattia ed evento e nella stima del danno alla persona, con metodologia rigorosa e oggettiva e utilizzando guide tabellari di orientamento, che devono indicare l'incidenza percentuale della disabilità subita sulla persona. Viene evidenziata la particolare delicatezza della valutazione del medico legale nella malattia tromboembolica, nell'ambito della responsabilità civile, sia per le difficoltà di identificazione diagnostica della trombosi venosa profonda e dell'embolia polmonare, sia per l'accertamento del nesso di causalità con gli eventi traumatici e con i successivi interventi di ortopedia-traumatologia e neurochirurgia (settore su cui si innestano i più difficili problemi di responsabilità professionale), sia infine per la valutazione effettiva del conseguente danno alla persona, ai fini della sua risarcibilità.	
B96	Dvir, Z., Werner, V. and Peretz, C. Israele 2002	L'articolo è stato giudicato non pertinente dalla segreteria scientifica in quanto di stampo clinico	
B97	Savage, J. M. and Szollosi, I. Australia 2012 Proceeding da abstract book Studio osservazionale	I risultati della spirometria e della capacità di diffusione (DLCO) sono significativamente diversi utilizzando i quattro standard di riferimento – Crap, Comunità Europea del Carbone e dell'Acciaio (ECCS adj), Global Lung Initiative (GLI) e National Health and Nutrition Examination Study (NHANES III) –, tuttavia quando la classificazione della compromissione viene valutata utilizzando la spirometria e la DLCO, non si osservano differenze significative. Con numeri maggiori, la differenza tra Crap ed ECCS può diventare significativa.	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente
B98	Lutman, M. E. and Coles, R. R. A. UK 1991 Expert opinion (su metodologia accertativa)	Un test di conduzione ossea accurato con mascheramento è sempre difficile, ma per scopi clinici è sufficiente un'accuratezza limitata. Tuttavia, quando si valutano i richiedenti un risarcimento, è necessaria estrema attenzione, poiché anche piccoli divari aria-osso apparenti si traducono talvolta in un abbattimento finanziario. Il presente documento illustra le rigorose condizioni di prova necessarie per ottenere una precisione adeguata. Indica inoltre le imprecisioni insite in tali test e raccomanda procedure per interpretare il significato delle soglie di conduzione ossea.	Per n. 1 espero del pannello A l'articolo è pertinente
B101	Gerin, C. Italia 1987 Expert opinion	È nell'ambito del danno alla validità (o, se si preferisce, del danno alla salute) che sono compresi pure il danno biologico, il danno cioè alla integrità fisico-psichica della persona, quello alla vita di relazione, quello alla cosiddetta capacità lavorativa generica, nonché	Per n. 3 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

		il danno fisiognomico e il danno alla vita sessuale; vi rientrano pure quelle piccole invalidità che non hanno ripercussioni sulla attività lavorativa. Data la natura funzionale del danno stesso, esso viene espresso in cifre percentuali nelle quali si tiene conto soltanto del significato fisiologico delle singole funzioni.	
B102	Dassisti, L., Prudente, L., Violante, M. G., Graziano, G., Catanesi, R., Stefanizzi, P., Attimonelli, R., Allamprese, P., Castaldo, V., Loconsole, P., Bosco, A., Caffò, A., Tinella, L., Rizzo, M. and Grattagliano, I. Italia 2021 Studio osservazionale	In ambito medico-legale e forense è di fondamentale importanza un assessment clinico e psicodiagnostico che sia ben strutturato e completo, basato sull'uso di strumenti gold standard, finalizzato all'ottenimento di una diagnosi di buona qualità. […] Di fondamentale importanza, specialmente in ambito medico-legale e lavoristico assicurativo, è la personalizzazione. Ovvero è importante tenere conto dell'intreccio delle caratteristiche del trauma e della persona per poter comprendere gli effetti e le conseguenze su più piani che quel particolare eventi ha avuto su quella persona, in un determinato momento della sua vita. La risposta all'evento traumatico è infatti soggettiva, e dipende direttamente dalle caratteristiche, risorse, capacitò di coping ed elementi idiosincratici del soggetto.	Per n. 4 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
B103	Bell, D. S. UK 1993 Expert opinion	Accade comunemente che gli psichiatri, i neurologi e i neurochirurghi considerino come accurate relazioni che non soddisfano i requisiti più elementari. La conclusione più gentile sarebbe che questi medici non hanno la capacità di valutare la relazione dello psicologo. In un mondo ideale, l'esperto ammetterebbe i limiti della sua competenza e, così facendo, non cadrebbe nell'errore di promuovere l'inadeguato e il fraudolento. In questo mondo non ideale, forse non dovremmo aspettarci che gli altri confessino i propri limiti. Dovremmo invece perseguire l'alternativa di cercare di saperne di più sui desideri sentiti.	Per n. 1 esperto del pannello A del pannello A l'articolo è pertinente
B104	Corbi, G., Ambrosino, I., Massari, M., De Lucia, O., Simplicio, S., Dragone, M., Paolisso, G., Piccioni, M., Ferrara, N. and Campobasso, C. P. Italia 2018 Studio osservazionale longitudinale	La valutazione geriatrica multidimensionale (MGA/CGA) potrebbe essere utile per risparmiare risorse finanziarie, riducendo il rischio di rilascio di indennità errate. Può migliorare l'accuratezza della valutazione delle menomazioni nel sistema previdenziale.	Per n. 3 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
B105	Berk, S., Sanlı, G. C., Ozşahin, S. L., Doğan, O. T., Arslan, S. and Akkurt, I. Turchia 2012	Sono necessarie nuove linee guida basate sull'evidenza che risolvano le criticità medico-legali e sociali.	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente

	Case series		
B109	Worsfold, C. UK 2014 Revisione	Esiste un corpus di letteratura sempre più vasto che indica chiaramente nella risposta fisiologica e psicologica allo stress del danneggiato un fattore chiave per la persistenza dei sintomi in seguito a un trauma da colpo di frusta. Gli strumenti necessari per identificare il danneggiato da "colpo di frusta complesso" sono portatili e poco costosi e, di conseguenza, ben si adattano alla pratica medico-legale dei periti.	Per n. 3 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
B110	Bošnjak-Pašić, M., Uremović, M., Vidrih, B., Vargek-Solter, V., Lisak, M. and Demarin, V. Croazia 2006 Studio di coorte	Il trattamento dei pazienti infortunati con precedenti alterazioni degenerative del rachide cervicale ha richiesto tempi più lunghi, con un livello maggiore di riduzione della motilità della testa e del collo. In definitiva, in termini di rimborso, è stato concesso loro un grado minore di danno fisico permanente rispetto a quelli senza precedenti lesioni del rachide cervicale.	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente

Statement 2.3
Nei casi di quadri menomativi con lesioni multiple coesistenti o concorrenti, è necessario utilizzare un metodo valutativo specifico per valutare in modo globale le menomazioni

#	Autore, anno, tipo di studio	Frasi significative	Esperti del pannello A che hanno valutato l'articolo pertinente
B1	Lawson, I. J. and McGeoch, K. L. UK 2003 Studio osservazionale prospettico	Le parti principali raggiunsero un accordo di negoziazione che raccomandava un'unica procedura di valutazione medica (MAP) per determinare i danni generali ... Il problema per l'IMAG (*Independent Medical Advisory Group*) era quello di creare un MAP che desse risultati simili nei centri di tutto il Regno Unito [...] La necessità di standardizzazione tra questi centri era fondamentale per il successo dell'intero processo, che doveva essere compatibile con i tempi previsti e con costi ragionevoli.	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B2	Brunelli, G. and Monini, L. Italia Expert opinion 1984	Questo metodo non valuta i singoli elementi, ma la funzione complessiva attraverso varie manovre semeiotiche, a ciascuna delle quali viene attribuito un punteggio numerico.	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
B3	Francois, R. J., Van Linthoudt, D., Debouche, C. and Crucifix, C. Francia 1984	La misurazione clinica dovrebbe essere preferita, a condizione che sia semplice, ben calibrata e che la sua affidabilità e riproducibilità siano state stabilite. Per essere valido, un metodo di misurazione clinica deve soddisfare i seguenti criteri: - riproducibilità da parte dello stesso osservatore e di osservatori diversi.	Per n. 1 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

		La misurazione della mobilità del tronco con metodi clinici semplici, affidabili e riproducibili è utile nella valutazione del danno alla persona.	
B5	Tennant, C. Australia 2000 Metodologia di accertamento	Nella valutazione medico-legale dei fattori di stress e dei disturbi psicologici possono verificarsi pregiudizi significativi. Tra questi vi sono i racconti dei pazienti distorti, in alcuni casi da autogiustificazione o dalla prospettiva di un guadagno economico, da rabbia e frustrazione in altri e da angoscia nella maggior parte dei casi. A prescindere da chi paga l'onorario, lo psichiatra è presumibilmente il perito/consulente del tribunale, eppure si scopre come le sue diverse agende possono influenzare la loro interpretazione di quella che può essere una relazione molto complessa tra stress e disturbo: è facile capire il conflitto che ne deriva nella testimonianza psichiatrica e perché a volte l'oggettivamente implausibile può apparire plausibile.	Per n. 1 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
B6	Foerster, K. and Widder, B. Germania 2011	La valutazione delle possibili conseguenze psicologiche di un incidente richiede un'anamnesi dettagliata (. Tab. 4); per le persone meno esperte si raccomanda la conduzione di un'intervista strutturata (ad esempio, la Clinician-Administered PTSD Scale, CAPS). La valutazione peritale si svolge in 5 fasi. […] registrazione dei fattori concorrenti: di norma, la relazione tra il danno primario psicologico (e/o fisico) legato all'incidente e una disfunzione psicologica esistente è in conflitto con vari fattori non correlati al danno. Questi fattori devono essere identificati per poterne valutare l'importanza nel contesto del danno psichico primario. Malattie mentali precedenti (danno pregresso): se questi sono "pienamente provati" (!), ci si chiede in che misura l'evento infortunistico abbia portato a un aggravamento temporaneo o - in alcuni casi anche permanente - del danno psichico precedente. Una valutazione affidabile di eventuali condizioni fisiche e/o mentali preesistenti richiede la consultazione della cartella clinica.	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B7	Schickel, S. and Henningsen, P. Germania 2010	Modello di valutazione psicosomatica a due fasi: la linea guida per la valutazione dei disturbi psicologici e psicosomatici nell'ambito delle assicurazioni private per gli infortuni e le malattie professionali vuole rappresentare un passo avanti verso la definizione di uno standard procedurale con una logica di studio interdisciplinare, in cui deve avvenire una	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente

		comprensione trasparente della terminologia e dei criteri (compresi i fattori determinanti e le aree caratteristiche diagnostiche della capacità di prestazione).	
B8	Corthals, P., Vinck, B., De Vel, E. and Van Cauwenberge, P. Belgio Studio osservazionale prospettico 1996	Mentre la valutazione individuale dell'invalidità può variare notevolmente, le previsioni di invalidità basate sull'audiogramma presentano sempre un elemento di approssimativa uniformità.	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
B9	Albera, R., Bonziglia, S., Giordano, C. and Cavalot, A. Metodologia valutativa 2002	Sebbene questa tecnica preveda ancora il normale intervallo di valutazione del danno vestibolare (1-25%), si basa sul disturbo indicato dal paziente piuttosto che sul danno rilevato strumentalmente.	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
B10	Schmidt, T., Krüger, M. and Ullmann, U. Germania 2020 Studio retrospettivo	Articolo giudicato non pertinente (relativo a stime di simulazione di disturbo psichico).	
B11	Corthals, P., Vinck, B., De Vel, E. and Van Cauwenberge, P. Belgio 1997 Studio osservazionale prospettico	Articolo giudicato non pertinente dalla segreteria scientifica (prettamente clinico).	
B13	Ruttiman, R., Eltorai, A. E. M., Mason DePasse, J., Palumbo, M. A. and Daniels, A. H. 2016 Revisione di letteratura	Articolo giudicato non pertinente dalla segreteria scientifica (prettamente clinico)	
B14	Porzionato, A., Macchi, V., Stecco, C., Boscolo-Berto, R., Loukas, M., Tubbs, R. S. and De Caro, R Italia 2022 Revisione di letteratura	Ulteriori considerazioni metodologiche possono essere formulate su come l'anatomia individuale […] debba essere criticamente considerata nelle fasi di accertamento e di valutazione delle analisi delle ipotesi di malpractice medica, vale a dire, (1) come gli aspetti dell'anatomia individuale (rilevanti dal punto di vista forense) possono emergere dall'applicazione dei metodi di accertamento e come possono essere ulteriormente accertati attraverso una specifica metodologia anatomica; (2) come i dati sull'anatomia individuale, una volta pienamente accertati e coerentemente discussi alla luce delle conoscenze scientifiche pertinenti, possano aiutare nella corretta applicazione dei criteri di valutazione e nel giudizio finale sull'identificazione dei profili di responsabilità medica.	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

B16	Joseph, S. T., Vishwakarma, R., Ramani, M. K. and Aurora, R. India 2009 Revisione narrativa	Articolo giudicato non pertinente dalla segreteria scientifica in quanto di stampo prettamente clinico	
B17	Robinson, D. W. and Lawton, B. W. UK 1995 Metodologia valutativa	La valutazione medico-legale in relazione a una richiesta di risarcimento per danni all'udito richiede una linea di base equa rispetto alla quale confrontare lo stato dell'udito del richiedente. Il metodo alternativo consiste nel costruire il livello ipotetico di soglia uditiva della persona sommando tutte le componenti non risarcibili della perdita uditiva di cui si conosce l'esistenza nel richiedente. Queste possono includere: l'ipoacusia di conduzione con eventuali sequele neurosensoriali, l'ipoacusia neurosensoriale specificamente attribuibile a un incidente o a una malattia identificabile, il puro invecchiamento biologico, qualsiasi sovrapposizione patologica dovuta a carenze uditive o di salute generale, l'effetto del rumore non professionale e lo stato socioeconomico dell'attore. Una volta sommate queste componenti, tutto ciò che rimane non contabilizzato è considerato dovuto al rumore professionale.	Per n. 1 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
B19	Caporale, R., Tripodi, D. and Rotolo, A. Italia 1985 Metodologia accertativa (revisione)	Si può dunque concludere che numerosi sono i metodi attualmente utilizzabili per l'accertamento del danno acustico con finalità medico-legali. Alcuni di questi metodi richiedono attrezzature moderne e sofisticate. Tuttavia, si può affermare che ancora oggi l'otologo non dispone di un metodo assolutamente certo: il giudizio medico-legale relativo alla vera condizione uditiva non può essere che il frutto di una complessa ed accurata indagine effettuata mediante l'impiego, caso per caso, di più metodiche audiologiche.	Per n. 1 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
B20	Semennikov, V. S. and Lomovtzeva, L. M. 1982	NON REPERITO	
B21	Curtis, K. L., Aguerrevere, L. E., Bianchini, K. J., Greve, K. W. and Nicks, R. C. USA 2019 Studio di coorte	È inoltre particolarmente importante ottenere informazioni sui fattori medici e psicosociali che possono aver influenzato la presentazione dei sintomi e della disabilità, poiché il contesto medico-legale è un ambiente psicosociale complicato e potenzialmente stressante. […] Una valutazione valida delle capacità e dei deficit di un individuo che hanno un impatto sui risultati funzionali è sempre necessaria, ma è particolarmente importante quando le	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente

		valutazioni avvengono in un contesto medico-legale.	
B22	De Horne, L. D. J. Australia 1995 Metodologia accertativa	Ogni sopravvissuto a un trauma, per quanto le sue ferite fisiche siano lievi, è una persona psicologicamente a rischio. Pertanto, occorre incoraggiare queste persone a tornare per ulteriori valutazioni e aiuti se nelle settimane successive si manifestano vari sintomi psicologici o se questi non si risolvono abbastanza rapidamente. [...] La cosa più importante è accettare la validità delle lamentele del sopravvissuto, indipendentemente dalle teorie o dalle speculazioni che si possono avere sulle ragioni di tali disturbi. [...] Il professionista può guidare e coadiuvare i sopravvissuti attraverso il complesso campo minato delle valutazioni medico-legali e delle opzioni terapeutiche.	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente
B23	Paix, E. L., Tweedy, S. M., Connick, M. J. and Beckman, E. M. Australia 2020 Revisione di letteratura	Sono necessari metodi oggettivi per differenziare accuratamente MVE – sforzo volontario massimo – e PMI – sforzo submassimale –.	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B24	Verhoff, M. A., Kettner, M., Lászik, A. and Ramsthaler, F. Germania 2012 Revisione di letteratura	L'esame clinico-forense delle lesioni viene solitamente effettuato solo dopo il trattamento chirurgico d'emergenza e la chiusura delle ferite mediante sutura o procedure simili. Per questo motivo la valutazione forense delle lesioni è limitata rispetto alla prima presentazione. Una ricostruzione completa delle lesioni originali è di solito possibile solo con un approccio multidisciplinare del team medico legale e dei medici che hanno curato il paziente per primi. La documentazione fotografica dei risultati clinici alla prima presentazione, effettuata dai medici prima di qualsiasi trattamento, può essere di fondamentale importanza. Spetta ai medici decidere se effettuare una documentazione fotografica. Le immagini delle lesioni devono soddisfare i criteri di qualità per le prove forensi: a fuoco, non sfocate, foto d'insieme e di dettaglio, immagini di dettaglio che includano una misura, indicazione dell'orientamento. I dati delle immagini devono essere archiviati senza modifiche come originali per consentirne l'uso come prova forense.	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente
B27	Çelebi Sözener, Z., Aydın, Ö, Demirel, Y. S., Soyyiğit, Ş, Çerçi, P., Kendirlinan, R., Bavbek, S.,	La collaborazione con il medico del lavoro del paziente e un adeguato riconoscimento dell'ambiente di lavoro miglioreranno la	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente

	Çelik, G. E., Misirligil, Z., Sin, B. A., Keleşoğlu, A. and Mungan, D. Turchia 2017 Studio osservazionale prospettico	coerenza della diagnosi medico-legale (di asma occupazionale)	
B28	Lamberty, G. J., Nelson, N. W. and Yamada, T. USA 2013 Metodologia accertativa e valutativa	… esiste un elevato grado di variabilità negli esiti, sia che vengano valutati con misure standardizzate come il GOS (Glasgow Outcome Scale) o con esiti più funzionali come il ritorno a scuola o al lavoro. Sia dal punto di vista della ricerca che da quello legale, tuttavia, la documentazione di una lesione significativa e la successiva cura/monitoraggio aiutano a comprendere la TBI e a prendere decisioni sulla disabilità e sui danni.	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B29	Gramignani, V. Italia 1962 Metodologia valutativa	Preponevamo, di conseguenza, per uniformità il ricorso ad una metodica standard, suggerendo di seguire il sistema dell'azzeramento articolare nella posizione anatomica classica, quale punto di partenza per la misurazione delle escursioni articolari. Per quanto detto, non facile è l'accertamento e quindi la valutazione di un danno funzionale, poiché il giudizio non può limitarsi all'articolazione interessata, ma deve necessariamente essere comprensivo del deficit delle altre articolazioni che con quella agiscono consensualmente, con riflesso pertanto sulla mobilità globale dell'articolazione.	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
B30	Belcher, H. J. C. R. UK 2016 Studio osservazionale	Le informazioni vengono utilizzate dall'esperto per esprimersi sulla capacità dell'attore di svolgere le normali attività quotidiane, di prendersi cura di sé, di tornare al lavoro e di competere sul mercato del lavoro. Queste informazioni vengono utilizzate per calcolare il quantum della richiesta di indennizzo. Si riconosce che i livelli di disabilità percepiti e reali non riflettono necessariamente solo gli effetti strutturali e neurologici diretti di una lesione. La presenza di sintomi come la tenerezza, il dolore e la sensibilità al freddo influiscono sull'uso della mano. L'impatto della lesione è inoltre influenzato in modo significativo da fattori psico-sociali, circostanze personali e problemi occupazionali. È quindi evidente che il solo esame non fornisce necessariamente una valutazione completa dell'effetto di una lesione sulle capacità funzionali del paziente.	Per n. 3 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
B32	Morelli, L. and Morelli, G. Italia 1986 Metodologia valutativa	… si può sostenere che facendo riferimento all'importanza della funzione audiologica esplicata dalla frequenza kHz 4 nella vita di relazione, l'introduzione di un tabulato correttivo che quantifichi i danni anatomo-	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente

		funzionali da rumore a carico dell'orecchio interno è pienamente giustificato. Si può affermare inoltre che considerando la frequenza kHz 4 nella valutazione percentuale di danno si determineranno una maggiore precocità nell'evidenziare l'invalidità percentuale di danno da trauma acustico cronico … e un incremento della rendita degli aventi diritto a fronte di un peggioramento del danno audiologico.	
B33	Merten, T. Germania 2017 Expert opinion	La volontà e la capacità di ragionare in modo razionale e logico è uno dei prerequisiti affinché il perito/consulente possa svolgere responsabilmente il suo ruolo di informare ed eventualmente istruire il giudice di fatto o altre fonti di riferimento. Tuttavia, l'aderenza a un pensiero coerente e non contraddittorio, la capacità di trarre conclusioni formalmente corrette da un insieme di proposizioni non sembrano appartenere alla "cassetta degli attrezzi" di ogni esperto, ed è più facile essere qualificati come esperti del pannello A in tribunale che esserlo veramente […] I periti medici e psicologici condividono con molte persone ciò che Anderson (2015) ha definito come la diffusa disponibilità ad accettare sillogismi non validi e, quindi, a giungere a conclusioni errate. Inoltre, i professionisti del diritto possono essere incapaci o non disposti ad analizzare attentamente le argomentazioni per verificarne la coerenza logica; l'eloquenza o lo status sociale di un consulente/perito possono superare un'analisi che si attenga strettamente alla logica argomentativa.	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B34	Cassano, A. and Grattagliano, I. Italia 2019 Metodologia accertativa	In ambito forense o medico-legale, gli strumenti che consentono di valutare la dissimulazione sotto forma di accentuazione o minimizzazione della malattia mentale, atteggiamenti adottati a scopo difensivo o strumentale e che potrebbero invalidare la valutazione, offrono senza dubbio un contributo significativo per ottenere risultati più affidabili e credibili in tali circostanze. Soprattutto in ambito medico-legale, la questione dell'ottenimento di risultati validi è essenziale.	
B35	Ferrara, S. D. et *al.* Italia 2013 Linee guida	Al di là dell'ambito giuridico (penale, civile) o extragiuridico in cui opera il medico-legale e al di là del fatto che agisca come consulente del giudice, della compagnia assicurativa, del danneggiato o di altre istituzioni o figure, il metodo di accertamento da seguire è lo stesso, compresa l'analisi dei dati clinici e documentali e l'esecuzione dell'esame clinico e medico-legale […]	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

		Al termine della valutazione medico-legale, sia in ambito giuridico che extragiuridico, il medico-legale deve quantificare il danno biologico temporaneo o permanente causalmente correlato all'errore/inosservanza.	
B37	Widder, B. Germania 2017 Metodologia valutativa	La maggior parte delle valutazioni medico-legali relative all'accertamento di sequele psichiche dopo incidenti riguarda eventi traumatici minori. In questo caso, il focus deve essere su tre domande: l'evento era idoneo a causare un disturbo traumatico secondo gli attuali sistemi di classificazione psichiatrica (in particolare l'attuale DSM-5)? Quale lesione psichica o fisica iniziale può essere provata al di là di ogni ragionevole dubbio ("prova piena") secondo la legge tedesca? Qual è l'impatto delle caratteristiche di personalità e degli eventi di vita concorrenti nello sviluppo e nel mantenimento del disturbo mentale? La causalità tra disturbi mentali ed eventi traumatici minori deve essere confermata soprattutto nel caso di sequele fisiche persistenti di incidenti, ma occorre prestare attenzione alle differenze tra i vari requisiti giuridici.	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente
B38	Carey, R. P. Australia 1993 Lettera all'editore	Articolo ritenuto non pertinente dalla segreteria scientifica in quanto trattasi di una lettera all' editore e rimanda ad un lavoro del quale è difficile ricostruire la contestualizzazione	
B39	Walker, C. USA 2011 Capitolo di libro sulla metodologia valutativa	L'esperienza di un evento inaspettato che causa deficit cronici e quindi una partecipazione limitata a occupazioni significative può portare la persona lesa a presentare una richiesta di risarcimento per le perdite e i danni che ne derivano. Il tribunale può richiedere a un terapista occupazionale di eseguire una valutazione delle perdite subite dal richiedente e di fornire raccomandazioni sui servizi, sulla riabilitazione futura e sulle attrezzature, che dovrebbero contribuire a mitigare questi problemi. Un'analisi occupazionale fornisce un quadro appropriato per identificare e stabilire l'impatto della lesione sull'impegno e sulle prestazioni professionali nella vita dell'attore. Queste informazioni informano la relazione e le raccomandazioni che il terapista occupazionale presenta al tribunale in merito alle implicazioni occupazionali del caso/persona specifico.	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
B40	Arkuszewski, P. T., Arkuszewski, P., Zielińska, M. and Meissner, E. Polonia 2019 Studio retrospettivo	Articolo ritenuto non pertinente dalla segreteria scientifica in quanto relativo a fatti di rilievo penalistico e pertanto non applicabile né coerente con lo statement	

B41	Schneider, R. Germania 2011	L'articolo è stato giudicato non pertinente dalla segreteria scientifica in quanto non affrontante implicazioni medico-legali	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B44	Molisso, C. and Molisso, V. Italia 2007 Metodologia valutativa	In ambito medico-legale il giudizio conclusivo deve essere espresso non sulla base della sola nozione diagnostica, ma c'è assoluta necessità di procedere, preliminarmente ad una determinazione dell'entità della compromissione anatomo-funzionale, come obiettivamente accertabile sulla base di indagini cliniche, strumentali e laboratoristiche, quale presupposto per la quantificazione del danno La valutazione del danno non necessariamente è sempre orientata verso la quantificazione di ciò che si è perso, ma talvolta è teso alla misurazione della residua validità ai fini di un giudizio di tipo idoneativo.	Per n. 3 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
B47	Feldmann, H. Germania 1972 Expert opinion	Nei casi in cui è difficile separare i disturbi endogeni progressivi, è meglio rimandare una risposta definitiva e basarsi su qualsiasi ulteriore sviluppo dopo l'interruzione dell'esposizione al rumore. Dopo la prima visita medico-legale si raccomanda una visita di controllo.	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente
B48	Castellani G.L. et *al*. Italia. 2020 Linee guida	Sulla base delle evidenze attualmente disponibili, non è possibile definire un intervallo di tempo minimo da rispettare prima di sottoporre la parte lesa a visita medico-legale. Il tempo di visita richiesto per un paziente anziano è diverso da quello richiesto per pazienti di altre fasce d'età. Sulla base delle prove attualmente disponibili, non è possibile definire una durata minima per la visita medico-legale di una persona anziana. Tuttavia, a causa della complessità sociale, clinica e gestionale complessiva, si dovrebbe considerare una durata maggiore della visita rispetto a un paziente più giovane. L'elevata eterogeneità della popolazione anziana e dei tipi di lesioni non consente di stabilire una durata minima standard per la visita medico-legale. La presenza di un familiare e/o di un accompagnatore durante la visita medico-legale può essere utile nel caso di pazienti anziani con disabilità psicofisiche. La presenza di un accompagnatore deve essere conforme alla normativa sul consenso informato. La presenza di un familiare o di un caregiver può essere utile quando l'accompagnatore adotta un comportamento incoraggiante nei confronti del paziente durante la visita medico-legale; infatti, l'accompagnatore può migliorare la comunicazione paziente-medico e fornire un	Per n. 3 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

		supporto logistico ai pazienti con disabilità fisiche. È opportuno prendere in considerazione la possibilità di effettuare la visita medico-legale presso il domicilio del paziente infortunato per i pazienti affetti da gravi patologie mobili.	
B49	Thömke, F. and Dieterich, M. Germania 2011	Le vertigini patologiche non giustificabili dal punto di vista organico possono svilupparsi dopo un trauma con o senza danni dimostrabili al sistema vestibolare. In questo caso, è necessario effettuare una valutazione psicosomatica/psichiatrica supplementare.	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B50	Poeck, K. Germania 2002 Metodologia valutativa	I quesiti peritali atipici e particolarmente problematici dovrebbero essere sottoposti a consulenti che hanno una particolare esperienza in questo campo.	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B51	Graninger, M. Germania 2007	Una efficace la comunicazione lo specialista in Reumatologia e il medico legale è la base per una valutazione appropriata nella valutazione della sclerodermia.	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B52	Verrastro, A. M. and Lauletta, A. Italia 1990 Metodologia valutativa	L'incidenza invalidante delle complicanze del diabete mellito andrà valutata sia alla luce della loro gravità che a quella della loro concomitanza, che spesso determina un aggravamento reciproco delle stesse.	Per n. 3 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
B53	Lathuilliere, B., Deveze, F., Fevrier, P. and Arcadio, F. Francia 1973 Studio retrospettivo	L'articolo è stato ritenuto non pertinente dalla segreteria scietifica in quanto non contenente princìpi di metodo utili a rispondere alla domanda	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente
B54	Stoll, W. Germania 1979 Metodologia valutativa	Deve essere accuratamente considerato il grado di handicap nelle situazioni quotidiane e lavorative	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B55	Wallesch, C. W., Marx, P., Tegenthoff, M., Unterberg, A., Schmidt, R. and Fries, W. 2005	NON REPERITO	
B56	Galli, S., Menozzi, F., Casali, L., Ronco, C. A. and Fontana, G. Italia 1988 Proposta di metodologia valutativa	La valutazione forense del danno acustico deve rispettare due criteri principali: precisione e obiettività.	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente
B57	De Vreese, L. P., Bruno, P., Giuliani, G., Scalori, G. and Fabbo, A. Italia 2014 Studio di correlazione	Da questi dati preliminari appare che la presente scheda valutativa a scopo medico-legale oltre ad essere di facile compilazione da parte di medici esperti del pannello A in Psicogeriatria, sia uno strumento valido, rispecchiando il principio dell'integrità ("multidimensionalità") della persona con impairment cognitivo che non	Per n. 3 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

		può essere circoscritta a un valore meramente quantitativo sulla base di una singola prova come il MMSE (*Mini Mental State Examination*)	
B59	Handa, G. India 2009 Proceeding di abstract book (metodologia valutativa)	L'analisi temporale degli eventi ha evidenziato la vulnerabilità degli organi decisionali dovuta alla mancanza di obiettività degli strumenti di valutazione. L'attuale stato di confusione può giovare ad alcuni, ma può danneggiare la prospettiva scientifica sulla valutazione degli esiti e sulla valutazione della disabilità. Pertanto, tenendo conto dell'assetto socioculturale indiano, è indispensabile formulare scale di valutazione della disabilità e modificare le leggi relative alla valutazione della disabilità nelle sequele di lesioni cerebrali.	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B60	Lecordier, M., Richard, A. and Tardat, M. Germania 1973 Case report	L'analisi medico-legale è incentrata sulla difficoltà di apprezzare i postumi, come le cicatrici e il potenziale di evoluzione a pancreatite cronica.	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B61	de Boer, W., Donceel, P., Brage, S., Rus, M. and Willems, J. Olanda-Belgio 2008 Osservazionale prospettico	I motivi che i SIP (*Social Insurance Physicians*) utilizzano si riferiscono a un gruppo limitato di elementi chiave della valutazione della disabilità. I SIP interpretano la disabilità nell'ambito dell'assicurazione sociale in base al ruolo dell'handicap e si sforzano di rendere la loro valutazione un processo equo. L'ICF è rilevante per quanto riguarda le condizioni di salute e il processo di valutazione. L'identificazione dei motivi è uno strumento prezioso per controllare la qualità della valutazione della disabilità. I motivi sembrano anche essere comparabili a livello internazionale, il che può migliorare lo studio scientifico in questo settore.	Per n. 4 esperti del pannello A del pannello A l'articolo è pertinente
B62	Fernandes, S. V. and Fernandes, C. M. Australia 2010 Studio osservazionale retrospettivo	La domanda centrale è la seguente: l'ipoacusia asimmetrica è dovuta a un'esposizione asimmetrica e non riconosciuta al rumore o a una patologia individuale asimmetrica? L'incidenza dell'ipoacusia asimmetrica dovuta a una patologia non legata al rumore è di circa l'1%. In assenza di altri dati clinici significativi o di evidenze di patologie otologiche, l'otorinolaringoiatra dovrebbe concludere che la perdita dell'udito asimmetrica è causata dall'esposizione al rumore e quindi dovrebbe essere inclusa nelle considerazioni sul risarcimento. Nell'ottica di co-costruire le idee di verità e le idee di giustizia nel contesto dei procedimenti legali, si suggerisce che le attuali linee guida della Società australiana di otorinolaringoiatria - Chirurgia della testa e del collo per la	Per n. 1 esperto del pannello A del pannello A l'articolo è pertinente

		valutazione della perdita dell'udito indotta dal rumore sul luogo di lavoro e di un processo graduale favoriscano ingiustamente il datore di lavoro a scapito del dipendente nei casi di perdita dell'udito asimmetrica, e che tali linee guida debbano quindi essere sottoposte a revisione.	
B63	Vasile, M., Hamalian, G. and Wortzel, H. S. Germania 2016 Linee guida	Le linee guida offrono molti principi guida utili e ampiamente applicabili. Una valutazione di successo richiede preparazione e attenzione ai dettagli fin dall'inizio. La valutazione deve essere condotta in un ambiente reciprocamente confortevole e sicuro. Il valutatore deve registrare accuratamente il colloquio, di solito prendendo appunti dettagliati. Il valutatore forense deve informare il valutato dei modi in cui la valutazione forense sarà diversa. Il valutato deve inoltre essere informato che il valutatore forense non fornirà alcun trattamento e che l'esame viene condotto esclusivamente per scopi medico-legali. Quando la valutazione è ordinata dal tribunale, non è necessario ottenere il consenso informato prima di procedere al colloquio. Tuttavia, le persone sottoposte a valutazione devono essere informate delle limitazioni alla riservatezza e della mancanza di un rapporto di cura medico-paziente. L'approccio etico alla valutazione forense si differenzia da quello della pratica clinica generale L'esaminatore può prendere in considerazione la possibilità di invitare a partecipare un assistente che conosce bene la persona da valutare, in modo da ridurre i comportamenti di disturbo dovuti all'ansia e consentire una raccolta efficiente di dati anamnestici pertinenti da una fonte affidabile.	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B64	Widder, B. Germania 2011	L'articolo è stato ritenuto non pertinente in quanto di stampo esclusivamente clinico	
B65	Cunningham, K. L. Nuova Zelanda 2016 Expert opinion	Date le conseguenze in termini di diritti umani, è necessaria una soglia legale elevata e un processo di valutazione clinica molto solido. Sono necessarie più fonti di informazione per garantire un processo di formulazione solido che soddisfi i requisiti legali e clinici. I test neuropsicologici formali fanno parte di una valutazione completa. I medici che completano tali valutazioni forniscono chiare descrizioni esplicative della	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente

		formulazione che includono informazioni sia quantitative che qualitative, indipendentemente dall'entità dei test formali, per garantire che la giustificazione del parere finale sia chiara a tutte le parti coinvolte	
B66	Henningsen, P. Germania 2007	Un crescente bisogno di valutazione di buona qualità si trova di fronte a una crescente difficoltà. Come esempio del terzo aspetto della garanzia della qualità, è stata inclusa la necessità di concordare criteri e la distinzione tra aggravamento, simulazione, disturbo somatoforme.	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B67	Germania 1998	L'articolo è stato ritenuto non pertinente dalla segreteria scientifica in quanto non contenente princìpi di tipo medico-legale utili alle finalità dello statement	
B68	Reker, U. and Frese, K. A. 1996 Metodologia valutativa (studio retrospettivo)	Proponiamo un diverso metodo di valutazione che analizza il danno alla persona sotto tre aspetti: lesionale, funzionale e situazionale, al fine di specificare le esigenze di risarcimento, in modo da ristabilire uno stato di vita il più possibile simile a quello precedente l'incidente. Utilizzando l'"Handicapometro DAC" 2 con alcuni adattamenti alla medicina legale, abbiamo valutato i tre aspetti: a) Lesioni: danni agli organi anatomici e/o biologici che possono scomparire totalmente o parzialmente; b) Funzioni: le capacità funzionali sono rappresentate dall'insieme delle attività mentali e fisiche caratteristiche dell'essere umano in base alla sua età e al suo sesso; c) Situazioni: la situazione di handicap si verifica ogni volta che una persona con limitazioni funzionali incontra un ostacolo alla partecipazione sociale.	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
B69	Arkuszewski, P. T., Arkuszewski, P., Zielińska, M. and Meissner, E. Polonia 2019	L'articolo è stato ritenuto non pertinente dalla segreteria scientifica in quanto riferito all'ambito penalistico	
B70	Ferrara, S. D. et *al.* Linee guida Italia 2016	Il primo passo è la raccolta dei dati circostanziali, clinico-documentali e strumentali, con il reperimento di tutte le informazioni ritenute utili per un inquadramento diagnostic. Devono essere acquisiti tutti i dati documentali relativi alle circostanze e al meccanismo della lesione [...] 1) Anamnesi ed esame fisico: in quanto essenziale per valutare il quadro clinico iniziale e le prime modificazioni psicofisiche dovute all'evento denunciato. 2) Foglio di prescrizioni mediche. 3) Scheda di assistenza al Pronto Soccorso o Rapporto di Pronto Soccorso.	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

		4) Scheda di inter-consultazione 5) Referti di esami complementari 6) Relazione di visita pre-chirurgica 7) Verbale di sala operatoria 8) Scheda di evoluzione post-operatoria 9) Referto di anatomia patologica 10) Diario infermieristico 11) Lettera di dimissione clinica 12) Referti di esami ambulatoriali 13) Esami strumentali 14) Certificati medici 15) Terapie prescritte 16) Referti clinici Prima dell'anamnesi medica, devono essere raccolte tutte le informazioni sull'evento lesivo e sul meccanismo della lesione. (1) Anamnesi familiare, con la registrazione di tutte le informazioni sulla salute dei parenti della persona esaminata (fino alla terza generazione); (2) Anamnesi fisiologica, con la registrazione di informazioni sullo sviluppo psicomotorio, lo stile di vita, le abitudini sessuali, le allergie, la diuresi, la defecazione e il ritmo del sonno; (3) Malattie remote, con un elenco completo di malattie precedenti, operazioni, incidenti traumatici, protesi e/o ortesi; (4) Malattie recenti, con un'attenzione particolare alle malattie che non hanno subito danni.	
B71	Nebe, J., Keidel, M., Lüdecke, C. and Diener, H. C. Germania 1998	L'articolo è stato giudicato non pertinente dalla segreteria scientifica in quanto relativo a valutazioni di tipo esclusivamente clinico	
B72	Basile, G., Passeri, A., Bove, F., Accetta, R., Gaudio, R. M. and Calori, G. M Italia 2021 Revisione (narrativa)	I parametri di valutazione medico-legale sono quindi diversi nei vari casi, in quanto, mentre sia nell'ambito della responsabilità civile che dell'infortunistica sul lavoro, l'oggetto del risarcimento è il danno all'integrità psico-fisica complessiva ("danno biologico"), espresso in percentuale È quindi fondamentale che la valutazione fornita dallo specialista forense consideri le caratteristiche anatomo-patologiche e biomeccaniche delle lesioni pelviche, effettuando un'analisi approfondita di tutti gli elementi clinico-strumentali-oggettivi.	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente
B73	Pico, A. D. and Cabello, V. P. Spagna 1954	L'articolo è stato ritenuto non pertinente dalla segreteria scientifica in quanto non contenente princìpi di tipo medico-legale utili alle finalità dello statement	
B74	Miani, C., Bracale, A. M., Moreschi, C., Codarini, M. and Ortolani, F. Italia	Il concetto di armonia, bellezza, regolarità influenzato dalla lesione appartiene alla categoria dei valori estetici, quindi sia intuitivi che variabili.	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente

	2002 Case report	Questa procedura non cerca di sostituire il metodo soggettivo […] piuttosto cerca di completarlo o rafforzarlo con un elemento di pensiero positivo e razionale. Il procedimento si compone di 3 istanze fondamentali: 1) suddividere topograficamente il volto in 6 regioni; 2) caratterizzare la lesione secondo note fenomenologiche distintive; 3) dalla somma di queste note si ottiene un dato numerico: coefficiente di deformazione.	
B75	Zasler, N. D. USA 1999 Commentario	La classificazione della PTHA (*Post-Traumatic Headache*) deve essere più approfondita e specifica di quella attualmente fornita dall'ICD-10 o dalla HIS, con dati migliori per giustificare i modificatori relativi alla cronicità e al tempo di insorgenza. Per la PTHA devono essere sviluppate tecniche di valutazione delle menomazioni e della disabilità migliori e più oggettive, preferibilmente con validità di fronte e buona affidabilità inter-rater, con "controlli" interni per l'ingrandimento dei sintomi e il bias di risposta. Gli sforzi di ricerca dovrebbero essere diretti a esaminare i sottotipi di PTHA in popolazioni di pazienti affetti da PTHA primaria piuttosto che terziaria, che sono stati identificati in relazione a fattori storici e sottopopolazioni specifiche (ad esempio, cerebrale, cranica, annessiale, cervicale, psicologica post-traumatica o mista).	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
B76	Konstantinidis, I., Iakovou, I., Tsakiropoulou, E., Mpalaris, V., Athanasiou, V., Katsampoukas, D., Lo Presti, D., Georga, S. and Arsos, G. Grecia 2017 Studio caso-controllo	La SPECT cerebrale è una tecnica di imaging preziosa nella valutazione dei disturbi olfattivi, soprattutto nei casi di anosmia post-traumatica. Potrebbe essere un ulteriore metodo oggettivo di valutazione della funzione olfattiva nei casi clinici.	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B77	Solodun, Y. V., Zlobina, O. Y., Piskareva, T. V. and Ivanova, L. A. Russia 2019 Revisione di casi	Le concezioni e le teorie esistenti sulla comprensione delle lesioni cerebrali traumatiche ammettono la possibilità di sviluppare gravi manifestazioni psicopatologiche che portano al disturbo neuropsichiatrico anche nei casi di lesioni cerebrali traumatiche lievi. I casi pratici medico-legali confermano questo dato.	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente
B80	Brunelli, G., Guizzi, P. and Battiston, B. Italia 1989 Metodologia valutativa	Le attuali valutazioni dell'invalidità della mano si basano su parametri che possono fornire una valutazione corretta per le amputazioni o per la rigidità singola, ma questi parametri non sono in grado di valutare la maggior parte delle lesioni. Una lesione nervosa non si ripara al 100% o allo 0%; tutti i gradi sono possibili. Lo stesso vale per le lesioni vascolari, tendinee e	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente

		muscolari. Abbiamo studiato una nuova valutazione globale su un gran numero di pazienti e l'abbiamo confrontata con le tabelle attualmente in uso. I parametri valutati sono: movimento attivo e passivo, capacità della mano, forza, durata dello sforzo o della fatica, trofismo, sensibilità, dolore, estetica.	
B81	Colesanti, C., Vagnozzi, R. and Zappanico, L. Italia 1994 Capitolo di libro	Non v'è dubbio, comunque, che il relativo giudizio medico-legale non può in alcun modo prescindere, oltre che dal supporto di adeguate competenze specialistiche, dalla adozione di una prudente criteriologia valutativa che tenga nel debito conto, fra l'altro, lo stato anteriore del soggetto ed il tipo di intervento effettuato, anche in relazione alla sede e allo specifico materiale utilizzato, differendo se necessario, ove possibile, il definito accertamento dei postumi residuati.	Per n. 3 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
B82	Haggard, M. P., Lindblad, A. C. and Foster, J. R. UK- Svezia 1986 Studio osservazionale	L'articolo è stato giudicato non pertinente dalla segreteria scientifica in quanto trattasi di un lavoro molto tecnico, improntato sull'audiometria	
B83	Mahler, V., Diepgen, T., Skudlik, C., Becker, D., Dickel, H., Fartasch, M., Geier, J., Häberle, M., Hillen, U., Krohn, S., John, S. M., Weisshaar, E., Werfel, T. and Zagrodnik, F. Germania 2014 Case series	Per legge, lo status dell'assicurato all'inizio dell'attività dannosa è protetto. Nel caso in esame, ci sono dei residui come conseguenza dell'attività abbandonata, che riducono le opportunità di lavoro rispetto all'inizio dell'attività. La percentuale di aggravamento legato all'attività lavorativa deve essere presa in considerazione nella valutazione del MdE (riduzione della capacità di guadagno).	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B84	Kolling, G. H. Germania 1996 Proposta di metodologia valutativa	I disturbi visivi nei pazienti con diplopia possono essere valutati con il metodo a scoring davanti allo schermo a tangente. La posizione primaria è la posizione di partenza per queste misurazioni. Per il giudizio medico legale, il punteggio si basa sulle indicazioni di Haase e Steinhorst, che vanno da un'idoneità dello 0% al 25%. In questa sede viene avanzata una nuova proposta di valutazione del campo visivo binoculare singolo (BSV) […] I pazienti affetti da paralisi unilaterale dell'obliquo superiore mostrano un lieve torcicollo. In questi casi, la posizione abituale della testa deve essere assunta come postura di partenza per la misurazione dello schermo tangente.	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B86	Avolio, G., Iorio, M. and Blanchi, C. Italia 1987 Revisione	In Italia, la valutazione poggia sull'incidenza del disturbo sulla visione periferica binoculare. […]. Anche altre proposte valutative continuano a prendere in considerazione la	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente

		turba funzionale obiettivabile, ma non la causa del disturbo soggettivo. […].	
B88	Vardanyan Sh, A. and Dallakyan, V. F. Armenia 2004 Case series	Per valutare oggettivamente le fratture della mandibola, il processo di recupero (compresa la valutazione del momento del trauma) e la prognosi dell'esito del trattamento, si raccomanda di attuare un follow-up radiografico dinamico (ortopantomografie) dei pazienti secondo il seguente schema: immediatamente prima e dopo il riposizionamento dei frammenti ossei, dopo 5-7 giorni, il 21° giorno e poi mensilmente nel corso di 6 mesi. La pratica clinica ha dimostrato che le dimensioni della collosità variano in base alla posizione, alla natura della frattura e alla gravità del danno al periostio. Pertanto, questo segno (irregolarità della formazione del callo) dovrebbe essere preso in considerazione durante la determinazione del lato della rottura primaria (callo di Jess marcato o assente) e del lato della rottura finale (formazione più pronunciata del callo) per valutare la gravità del danno alla mandibola. Per valutare le caratteristiche del rapporto anatomo-topografico degli elementi dell'articolazione temporo-mandibolare dopo il riposizionamento dei segmenti ossei, è indispensabile eseguire tomografie in proiezione laterale, che permettono di fare prognosi delle disfunzioni muscolo-articolari che si verificano frequentemente. La valutazione medico-legale della gravità del danno nelle fratture mandibolari deve essere effettuata secondo i principi riconosciuti.	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B89	Pedersen, E. R., Juhl, P. M., Wetke, R. and Andersen, T. D. Danimarca 2016 Studio retrospettivo	I punteggi di discriminazione (DS) – relativi all'esperienza soggettiva del paziente della propria capacità uditiva e comunicativa (quest'ultima riferita alla percezione audiovisiva) – possono essere utilizzati per valutare le capacità uditive e comunicative dei pazienti. La differenza tra i gradi di handicap ottenuti sottolinea l'importanza di raccogliere i gradi di handicap autovalutati e misurati.	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B91	Figueiredo, C., Afonso, A., Caramelo, F. and Corte-Real, A. Portogallo 2021 Studio osservazionale prospettico	La valutazione della disabilità ha evidenziato la competenza necessaria nel campo della diagnostica dei DTM (disturbi temporo-mandibolari) a causa della complessità della sua patogenesi e del gruppo eterogeneo di malattie che comprendono l'ATM, i muscoli masticatori o entrambi.	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B92	Rruqja, N., Dejonckere, P. H., Cantarella, G., Schoentgen, J.,	… (i metodi di standardizzazione della vocalità) potrebbero essere d'aiuto ai medici nel determinare il livello di compromissione per	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente

	Orlandi, S., Barbagallo, S. D. and Manfredi, C. Belgio-Italia 2014 Studio osservazionale	quantificare l'indennizzo nei pazienti affetti da un disturbo vocale professionale. Da un punto di vista medico-legale, va sottolineato che la qualità della voce (raucedine) non è l'unico criterio per valutare il danno. Anche altre caratteristiche come il range f0 e il range SPL (profilo del range vocale) devono essere prese in considerazione, ma devono essere valutate con altri metodi.	
B93	Belcher, H. J. UK 2017 Metodologia accertativa	La dinamometria con la tecnica delle cinque posizioni di Jamar è un metodo rapido, semplice e a basso costo per valutare la potenza. È importante che l'esame clinico fornisca informazioni valide per consentire il calcolo del quantum nelle cause civili e della capacità nei casi penali. Questo lavoro ha presentato un nuovo metodo di valutazione e ha cercato di definire i criteri con cui la dinamometria può essere giudicata per fornire risultati affidabili al tribunale.	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
B94	DeJonckere, P. H. and Lebacq, J. Belgio 2021 Studio di correlazione	Il metodo dell'ASSR (*Auditory Steady-State Response*) multiplo binaurale a 40 Hz è utile nelle valutazioni audio- logiche medico-legali delle soglie uditive specifiche per frequenza negli adulti che richiedono un beneficio legato alla NIHL (perdita uditiva indotta dal rumore) professionale, quando l'indagine audiometrica comportamentale non è affidabile. Questo approccio è infatti ben tollerato dai pazienti ed è totalmente non invasivo.	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente
B95	Di Blasi, A., Di Blasi, L., Manferoce, O. and Napoli, P. Italia 1999 Metodologia valutativa	Per giungere a una diagnosi certa di tromboembolia, data la sua difficile causa di paucisintomaticità o asintomaticità della patologia dopo un'attenta valutazione dei sintomi, delle manifestazioni cliniche e dei fattori di rischio, non si può prescindere dall'utilizzo di criteri diagnostici scientifici e di accertamenti strumentali, anche seriali, coadiuvati da mezzi convenzionali di standardizzazione, come il nuovo sistema americano di classificazione CEAP (*Clinic, Etiologic, Anatomic and Pathophysiological*). Le fasi successive dell'accertamento medico-legale consistono nell'individuazione del nesso causale tra malattia ed evento e nella stima del danno alla persona, con metodologia rigorosa e oggettiva e utilizzando guide tabellari di orientamento, che devono indicare l'incidenza percentuale della disabilità subita sulla persona. Viene evidenziata la particolare delicatezza della valutazione del medico legale nella malattia tromboembolica, nell'ambito della responsabilità civile, sia per le difficoltà di identificazione diagnostica della trombosi	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente

		venosa profonda e dell'embolia polmonare, sia per l'accertamento del nesso di causalità con gli eventi traumatici e con i successivi interventi di ortopedia-traumatologia e neurochirurgia (settore su cui si innestano i più difficili problemi di responsabilità professionale), sia infine per la valutazione effettiva del conseguente danno alla persona, ai fini della sua risarcibilità.	
B96	Dvir, Z., Werner, V. and Peretz, C. Israele 2002	L'articolo è stato giudicato non pertinente dalla segreteria scientifica in quanto di stampo clinico	
B97	Savage, J. M. and Szollosi, I. Australia 2012 Proceeding da abstract book Studio osservazionale	I risultati della spirometria e della capacità di diffusione (DLCO) sono significativamente diversi utilizzando i quattro standard di riferimento – Crap, Comunità Europea del Carbone e dell'Acciaio (ECCS adj), Global Lung Initiative (GLI) e National Health and Nutrition Examination Study (NHANES III), tuttavia quando la classificazione della compromissione viene valutata utilizzando la spirometria e la DLCO, non si osservano differenze significative. Con numeri maggiori, la differenza tra Crap ed ECCS può diventare significativa.	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B98	Lutman, M. E. and Coles, R. R. A. UK 1991 Expert opinion (su metodologia accertativa)	Un test di conduzione ossea accurato con mascheramento è sempre difficile, ma per scopi clinici è sufficiente un'accuratezza limitata. Tuttavia, quando si valutano i richiedenti un risarcimento, è necessaria estrema attenzione, poiché anche piccoli divari aria-osso apparenti si traducono talvolta in un abbattimento finanziario. Il presente documento illustra le rigorose condizioni di prova necessarie per ottenere una precisione adeguata. Indica inoltre le imprecisioni insite in tali test e raccomanda procedure per interpretare il significato delle soglie di conduzione ossea.	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B101	Gerin, C. Italia 1987 Expert opinion	È nell'ambito del danno alla validità (o, se si preferisce, del danno alla salute) che sono compresi pure il danno biologico, il danno cioè alla integrità fisico-psichica della persona, quello alla vita di relazione, quello alla cosiddetta capacità lavorativa generica, nonché il danno fisiognomico e il danno alla vita sessuale; vi rientrano pure quelle piccole invalidità che non hanno ripercussioni sulla attività lavorativa. Data la natura funzionale del danno stesso, esso viene espresso in cifre percentuali nelle quali si tiene conto soltanto del significato fisiologico delle singole funzioni.	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

B102	Dassisti, L., Prudente, L., Violante, M. G., Graziano, G., Catanesi, R., Stefanizzi, P., Attimonelli, R., Allamprese, P., Castaldo, V., Loconsole, P., Bosco, A., Caffò, A., Tinella, L., Rizzo, M. and Grattagliano, I. Italia 2021 Studio osservazionale	In ambito medico-legale e forense è di fondamentale importanza un assessment clinico e psicodiagnostico che sia ben strutturato e completo, basato sull'uso di strumenti gold standard, finalizzato all'ottenimento di una diagnosi di buona qualità. […] Di fondamentale importanza, specialmente in ambito medico-legale e lavoristico assicurativo, è la personalizzazione. Ovvero è importante tenere conto dell'intreccio delle caratteristiche del trauma e della persona per poter comprendere gli effetti e le conseguenze su più piani che quel particolare eventi ha avuto su quella persona, in un determinato momento della sua vita. La risposta all'evento traumatico è infatti soggettiva, e dipende direttamente dalle caratteristiche, risorse, capacitò di coping ed elementi idiosincratici del soggetto.	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
B103	Bell, D. S. UK 1993 Expert opinion	Accade comunemente che gli psichiatri, i neurologi e i neurochirurghi considerino come accurate relazioni che non soddisfano i requisiti più elementari. La conclusione più gentile sarebbe che questi medici non hanno la capacità di valutare la relazione dello psicologo. In un mondo ideale, l'esperto del pannello A ammetterebbe i limiti della sua competenza e, così facendo, non cadrebbe nell'errore di promuovere l'inadeguato e il fraudolento. In questo mondo non ideale, forse non dovremmo aspettarci che gli altri confessino i propri limiti. Dovremmo invece perseguire l'alternativa di cercare di saperne di più sui desideri sentiti.	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente
B104	Corbi, G., Ambrosino, I., Massari, M., De Lucia, O., Simplicio, S., Dragone, M., Paolisso, G., Piccioni, M., Ferrara, N. and Campobasso, C. P. Italia 2018 Studio osservazionale longitudinale	La valutazione geriatrica multidimensionale (MGA/CGA) potrebbe essere utile per risparmiare risorse finanziarie, riducendo il rischio di rilascio di indennità errate. Può migliorare l'accuratezza della valutazione delle menomazioni nel sistema previdenziale.	Per n. 3 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
B105	Berk, S., Sanlı, G. C., Ozşahin, S. L., Doğan, O. T., Arslan, S. and Akkurt, I. Turchia 2012 Case series	Sono necessarie nuove linee guida basate sull'evidenza che risolvano le criticità medico-legali e sociali.	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto l'articolo pertinente
B109	Worsfold, C. UK 2014 Revisione	Esiste un corpus di letteratura sempre più vasto che indica chiaramente nella risposta fisiologica e psicologica allo stress del danneggiato un fattore chiave per la persistenza dei sintomi in seguito a un trauma da colpo di frusta. Gli strumenti necessari per identificare il danneggiato da "colpo di frusta complesso"	Per n. 3 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

		sono portatili e poco costosi e, di conseguenza, ben si adattano alla pratica medico-legale dei periti.	
B110	Bošnjak-Pašić, M., Uremović, M., Vidrih, B., Vargek-Solter, V., Lisak, M. and Demarin, V. Croazia 2006 Studio di coorte	Il trattamento dei pazienti infortunati con precedenti alterazioni degenerative del rachide cervicale ha richiesto tempi più lunghi, con un livello maggiore di riduzione della motilità della testa e del collo. In definitiva, in termini di rimborso, è stato concesso loro un grado minore di danno fisico permanente rispetto a quelli senza precedenti lesioni del rachide cervicale.	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente

#	*Frasi significative*	*Anno e contesto geografico*	*Commenti*
B4	NON REPERITO		
B10	NON PERTINENTE	Germania 2020	Articolo giudicato non pertinente (relativo a stime di simulazione di disturbo psichico)
B11	NON PERTINENTE	Belgio 1997	Articolo giudicato non pertinente (prettamente clinico)
B12	NON REPERITO		
B13	NON REPERITO		
B15	NON REPERITO		
B16	NON PERTINENTE	India 2009	Articolo giudicato non pertinente in quanto di stampo prettamente clinico
B18	NON REPERITO		
B20	NON REPERITO		
B25	NON REPERITO		
B26	NON REPERITO		
B31	NON REPERITO		
B36	NON REPERITO		
B38	NON PERTINENTE	Australia 1993	Articolo ritenuto non pertinente in quanto trattasi di una lettera all' editore e rimanda ad un lavoro del quale è difficile ricostruire la contestualizzazione
B40	NON PERTINENTE	Polonia 2019	Articolo ritenuto non pertinente in quanto relativo a fatti di rilievo penalistico e pertanto non applicabile né coerente con lo statement
B41	NON PERTINENTE	Germania 2011	L'articolo è stato giudicato non pertinente in quanto non affrontante implicazioni medico-legali
B42	NON REPERITO		
B43	NON REPERITO		
B45	NON REPERITO		
B46	NON REPERITO		
B53	NON PERTINENTE	Francia 1973	L'articolo è stato ritenuto non pertinente in quanto non contenente princìpi di metodo utili a rispondere alla domanda
B55	NON REPERITO		
B58	NON REPERITO		

B64	NON PERTINENTE	Germania 2011	L'articolo è stato ritenuto non pertinente in quanto di stampo esclusivamente clinico
B67	NON PERTINENTE	Germania 1998	L'articolo è stato ritenuto non pertinente in quanto non contenente princìpi di tipo medico-legale utili alle finalità dello statement
B69	NON PERTINENTE	Polonia 2019	L'articolo è stato ritenuto non pertinente in quanto riferito all'ambito penalistico
B71	NON PERTINENTE	Germania 1998	L'articolo è stato giudicato non pertinente in quanto relativo a valutazioni di tipo esclusivamente clinico
B73	NON PERTINENTE	Spagna 1954	L'articolo è stato ritenuto non pertinente in quanto non contenente princìpi di tipo medico-legale utili alle finalità dello statement
B78	NON REPERITO		
B79	NON REPERITO		
B82	NON PERTINENTE	UK-Svezia 1986	L'articolo è stato giudicato non pertinente in quanto trattasi di un lavoro molto tecnico, improntato sull'audiometria
B85	NON REPERITO		
B87	NON REPERITO		
B90	NON REPERITO		
B96	NON PERTINENTE	Israele 2002	L'articolo è stato giudicato non pertinente in quanto di stampo clinico
B99	NON REPERITO		
B100	NON REPERITO		
B106	NON REPERITO		
B107	NON REPERITO		
B108	NON REPERITO		

Articoli relativi al quesito 3 - MENOMAZIONI PREESISTENTI

Statement 3.1
Si raccomanda l'estensione a tutte le fasce di età delle indicazioni del paragrafo 2.4 del documento di Consensus Conference sulla valutazione medico-legale del danno biologico nella persona anziana

#	Autore, anno, tipo di studio	Frasi significative	Esperti del pannello A che hanno valutato l'articolo pertinente
C1	Williams, T. UK 1997 Perspective Article	Articolo giudicato non pertinente dalla segreteria scientifica: relativo allo specifico ambito dell'infortunistica privata di taglio giuridico-economico più che medico-legale)	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente
C2	Fairnot, D. C. USA 2010 Perspective Article	Articolo giudicato non pertinente dalla segreteria scientifica: relativo all'inquadramento delle preesistenze nello specifico contesto delle assicurazioni per spese sanitarie americane	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente
C3	Jolley, T. M. and Guileyardo, J. M. USA 2009 Case report	Articolo giudicato non pertinente dalla segreteria scientifica: relativo all'inquadramento di preesistenze cardiologiche in contesto prettamente clinico	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente

C5	Dix, D. K. UK 1963 Perspective Article	Articolo giudicato non pertinente dalla segreteria scientifica: non trattante il tema delle preesistenze	Nessun esperto del pannello A ha giudicato l'articolo pertinente
C6	Ingravallo, F., Cerquetti, I., Vignatelli, L., Albertini, S., Bolcato, M., Camerlingo, M., Corbi, G., De Leo, D., De Nicolò, A., De Stefano, F., Dell'Erba, A., Di Giulio, P., Domenici, R., Fedeli, P., Feola, A., Ferrara, N., Forti, P., Frigiolini, F., Gianniti, P., Gili, E., Iannone, P., Lovato, A., Lunardelli, M. L., Marengoni, A., Marozzi, F., Martelloni, M., Mecocci, P., Molinelli, A., Polo, L., Portas, M., Rossi, P., Scorretti, C., Trabucchi, M., Volpato, S., Zoja, R. and Castellani, G. L. Italia 2020 Consensus Conference Report	*In quali circostanze un esperto del pannello A medico-legale dovrebbe, oltre a valutare lo stato precedente all'infortunio dell'area interessata, esaminare anche lo stato generale precedente di una persona anziana?* La ricostruzione dello stato preesistente rappresenta un passaggio fondamentale in qualsiasi processo di valutazione medico-legale. *Quali informazioni sullo stato preesistente dovrebbero essere sempre raccolte?* I dati riguardanti lo stato preesistente dovrebbero includere informazioni sulle malattie preesistenti, terapie farmacologiche, processo di invecchiamento, prestazioni fisiche e cognitive e relazioni sociali. La valutazione dello stato preesistente dovrebbe mirare a definire ciò che la persona era in grado di fare in precedenza, ad esempio, il livello di attività fisica, autonomia nel mangiare, camminare, vestirsi, igiene personale e funzioni corporee; abilità sociali e livello di relazioni. *Quale metodologia dovrebbe essere seguita per ottenere una ricostruzione affidabile dello stato preesistente?* La procedura ottimale per ottenere una valida ricostruzione delle condizioni pre-infortunio si basa principalmente su: a) Anamnesi (storia clinica) ottenuta dal paziente, dalla famiglia e/o dai caregiver, e da documenti clinici forniti; b) Dati e informazioni medicali legalmente ottenibili, compreso l'accesso a risorse di assistenza formale e informale (centri diurni, assistenza domiciliare supplementare, caregiver formali). *Come dovrebbe essere valutata dal punto di vista medico-legale la modifica dello stato preesistente nelle persone anziane?* Si raccomanda vivamente una valutazione che tenga conto delle prestazioni fisiche e cognitive della persona anziana prima dell'infortunio. I criteri di valutazione dovrebbero considerare la reale riduzione dello stato psicofisico preesistente del paziente e non dovrebbero essere necessariamente limitati alle indicazioni del barème che si riferiscono all'invalidità dovuta a singoli infortuni che interessano un'integrità teorica.	Per n. 6 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
C8	Nessun autore riportato USA 2001 Commento a sentenza	Articolo giudicato non pertinente dalla segreteria scientifica: trattasi di un breve commento a una sentenza che non fornisce alcuno spunto utile	Nessun esperto del pannello A ha giudicato l'articolo pertinente
C9	Basile, G., Fozzato, S., Petrucci, Q. A., Gallina, M., Accetta, R., Passeri, A., Prevot, L. B. and Marinelli, E. Italia 2023	La valutazione di qualsiasi stato patologico precedente della colonna cervicale è molto importante. Nel caso di patologie preesistenti, i problemi di natura medico-legale sono più complessi. Ad esempio, in un soggetto già affetto da mielopatia cervicale primitiva, anche se asintomatica, si verifica una concomitanza di	Per n. 6 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

	Case series	compromissione con lo stato patologico derivato come risultato del trauma. Il ritrovamento di un quadro traumatico ad alta energia, anche se applicato a una colonna vertebrale già interessata da mielopatia primaria, può causare danni a questo livello. Tra i due estremi menzionati, SCIWORA in un soggetto sano e SCIWORA in un paziente con mielopatia preesistente, asintomatica ma clinicamente documentata, ci sono una vasta gamma di casi intermedi che meritano un'analisi […] Vale la pena tenere presente che dal punto di vista medico-legale, e con particolare riferimento al campo delle assicurazioni private contro gli infortuni, il deterioramento delle strutture organo-tissutali, naturali e non patologiche, rientra nella stessa definizione di rischio. Per quanto riguarda le condizioni fisiche che appartengono alla sfera fisiologica o para-fisiologica, sebbene possano potenzialmente avere un ruolo causale nell'evento lesivo, non escludono di per sé il diritto al risarcimento dei danni attribuibili all'evento traumatico.	
C10	Meenen, N. M., Katzer, A., Dihlmann, S. W., Held, S., Fyfe, I. and Jungbluth, K. H. Germania 1994 Analisi retrospettiva di casi	Le indagini radiologiche contribuiscono poco a differenziare i problemi dei pazienti con lesioni da colpo di frusta. Tuttavia, i casi più prolungati di lesioni da colpo di frusta non devono essere attribuiti a una preesistente malattia degenerativa, nonostante un'opinione medico-legale provata radiologicamente. In questo studio, 60 pazienti che sono stati visitati per lesioni da colpo di frusta nel Dipartimento di Traumatologia e Chirurgia Ricostruttiva presso l'Ospedale Universitario Hamburg-Eppendorf per valutazione clinica e radiologica, in media 5,7 anni dopo l'infortunio, sono stati divisi in due gruppi (n = 30) a seconda di cambiamenti degenerativi preesistenti provati radiologicamente della colonna cervicale. In media, i pazienti con cambiamenti degenerativi erano più vecchi di 11,2 anni rispetto a quelli con colonne vertebrali sane e hanno dimostrato anche un aumento dei sintomi acuti nella parte inferiore della colonna cervicale (sindrome cervicobrachiale). La cronicità di sintomi individuali come il dolore al collo, le vertigini, le nausee e le malattie psicologiche è stata osservata anche in entrambi i gruppi. Problemi come parestesie e dolore nella zona spalla-braccio sembravano aumentare nei successivi controlli, indipendentemente dai cambiamenti degenerativi precedenti. I pazienti con tipiche cefalee posteriori si sono ripresi più rapidamente quando avevano colonne vertebrali radiologicamente normali. Nella presentazione tardiva, si è verificata un'accumulazione significativa di pazienti con cambiamenti degenerativi preesistenti che lamentavano solamente acufene. I cambiamenti precedenti in qualsiasi segmento di movimento individuale non determinano il decorso clinico delle lesioni da colpo	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

		di frusta, ma rappresentano semplicemente un'area di maggiore vulnerabilità al trauma. D'altra parte, il trauma non è stato dimostrato di influenzare lo sviluppo o l'aggravamento dei cambiamenti degenerativi nelle colonne vertebrali normali o malate. Non siamo in grado di differenziare il decorso post-traumatico dalla storia naturale del processo degenerativo, né clinicamente né radiologicamente. Considerando il coinvolgimento di strutture neurologiche sensibili, la classica diagnosi organica oggettiva di "lesione da colpo di frusta" potrebbe non essere adeguata a descrivere i disturbi dei pazienti e non dovrebbe essere utilizzata per giustificare il rifiuto dei sintomi soggettivi del paziente come mera simulazione per guadagni finanziari. La valutazione delle radiografie dei pazienti utilizzando la tecnica di Arlen non aggiunge ulteriore luce alla questione.	

#	*Frasi significative*	*Anno e contesto geografico*	*Commenti*
C1	NON PERTINENTE	USA 1995	L'articolo è stato giudicato non pertinente in quanto relativo allo specifico ambito dell'infortunistica privata di taglio giuridico-economico più che medico-legale)
C2	NON PERTINENTE	USA 2010	L'articolo è stato giudicato non pertinente in quanto relativo all'inquadramento delle preesistenze nello specifico contesto delle assicurazioni per spese sanitarie americane
C3	NON PERTINENTE	USA 2009	L'articolo è stato giudicato non pertinente in quanto relativo all'inquadramento di preesistenze cardiologiche in contesto prettamente clinico
C4	NON REPERITO		
C5	NON PERTINENTE	UK 1963	L'articolo è stato giudicato non pertinente in quanto non trattante il tema delle preesistenze
C7	NON REPERITO		
C8	NON PERTINENTE	USA 2001	Trattasi di un breve commento a una sentenza che non fornisce alcuno spunto utile

Articoli relativi al quesito 4 - FUNZIONE ESTETICA

Statement 4.1 **Si raccomanda l'introduzione di un sistema score integrato, basato sui parametri indicati dal DM 3.7.2003, per valutare la fascia di appartenenza del pregiudizio estetico complessivo. Inoltre, si consiglia di considerare i dati di letteratura come parte integrante di tale Sistema**			
#	**Autore, anno, tipo di studio**	**Frasi significative**	**Esperti del pannello A che hanno**

			valutato l'articolo pertinente
D1	Ravaglia Italia 1973 Expert opinion e case report	"Scrive in questo proposito il Tommasini: «Il danno estetico si differenzia dal danno che definiremo strettamente funzionale nel «senso che, mentre quest'ultimo danneggia la capacità di lavoro (e di guadagno) e solamente talvolta può interessare la vita extralavorativa, per il primo accade esattamente il contrario; esso colpisce sempre la vita extralavorativa e solamente in certi particolari casi può influire sulla capacità di lavoro o di guadagno». Ho dato inizio a questa mia nota auspicando di poter introdurre, per quella che è la metodica della valutazione medico-legale delle cicatrici, un nuovo concetto e precisamente quello del danno che si vede e si sente. […] non sempre le cicatrici provocano soltanto una spiacevole sensazione visiva, ma, a volte, provocano anche una spiacevole sensazione tattile. E in casi siffatti l'aridità aritmetica delle tabelle non può dare il giusto parametro per la valutazione del danno; sono questi i nei quali il medico-legale deve abbinare alla propria esperienza professionale di specialista altamente qualificato una pari sensibilità umana: quella sensibilità umana che non si trova in nessuna tabella di schemi valutativi ed alla quale invece si deve e non infrequentemente ricorrere."	Per n. 4 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
D2	Tronzano Italia 1965 Expert opinion	Secondo la teoria classica della valutazione del danno estetico, in questo tipo di valutazioni, come osserva il Pontrelli, si deve far riferimento non già la vita di relazione del leso, sibbene a quella che il Cazzaniga definisce "capacità sociale" ed il Giolla ulteriormente suddivide in "capacità familiare economica" ed in "capacità amministrativa". Discutibile peraltro ci sembra nel suo contesto dottrinario ed almeno in linea teorica l'opportunità di considerare priva di qualsiasi ripercussione economica una menomazione fisiognomica di grado "minimo" (in contrapposizione a quella di grado "medio" e "massimo") in quanto *"la base anatomica e funzionale del danno deve avere limiti di effettiva consistenza"*, e senz'altro da respingere riteniamo l'affermazione del Bonvicini (1958) secondo la quale *"lo sfregio, rappresentando un'alterazione che non genera sensazione di ripresa di ripulsa, non può, a differenza della sua deformazione, assurgere al valore di danno patrimoniale, già che non elimino diminuisce la sua capacità di penetrazione lavorativa o sociale"*. Riterremo piuttosto conveniente che, alla luce delle moderne acquisizioni della chirurgia riparatrice,	Per n. 6 esperti del pannello A articolo è pertinente

		in ogni caso fosse attentamente considerata la possibilità di interventi correttivi …	
D3	Marchesi, A., Marchesi, M., Fasulo, F. C., Morini, O. and Vaienti, L. Italia 2012 Analisi retrospettiva della casistica	"La responsabilità medica e la valutazione del danno funzionale ed estetico rimangono ancora un campo di studio complesso e altamente specifico per le molte questioni implicate. Prima di tutto, è difficile ottenere dati ufficiali sulle procedure mediche eseguite in contesti privati. In secondo luogo, l'assenza di una vera condizione di malattia induce la legge a considerare l'obbligo aggiuntivo e più grave di risultato, aggravando così la posizione giuridica del chirurgo. Terzo, il risarcimento per la chirurgia estetica può essere diviso in due parti, perché il chirurgo è tenuto a rimborsare qualsiasi danno derivante da una tipica complicazione e a pagare un risarcimento per il possibile risultato estetico non riuscito dell'intervento."	Per n. 6 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
D4	Nakache, V., Perez, B. and Cantaloube, A. France 2011 Expert opinion	"Nel contesto di questa classificazione Dintilhac, sono state create nuove voci di danno, tra cui il danno estetico temporaneo. Sebbene per molti anni medici specializzati in ustioni e avvocati si siano battuti per riconoscere questo tipo di danno, nessuna decisione è stata presa per indennizzare chiaramente tale pregiudizio in modo autonomo. Tuttavia, nel caso di ustioni, in particolare, l'esistenza di un tale voce di danno non è discutibile. Questa situazione aveva a volte portato alcuni esperti del pannello A ad aumentare il tasso considerato per il danno estetico (all'epoca esclusivamente definitivo) tenendo conto dell'evoluzione delle lesioni estetiche e delle difficoltà incontrate dalla vittima durante il periodo di malattia traumatica. Oggi, se l'esistenza di questo tipo di danno non può più essere messa in discussione, si nota che è difficile per l'esperto del pannello A stabilire l'ammontare del risarcimento, soprattutto quando la valutazione avviene in fase di consolidamento." La classificazione a cui si fa riferimento è frutto del lavoro di un gruppo di studio che nel 2005, guidato da Jean-Pierre Dintilhac, allora presidente della 2a Camera civile della Corte di cassazione, elaborò una nomenclatura unificata e coerente delle voci di danno esistenti	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
D5	Rolland 2002 Expert opinion	"Il danno estetico corrisponde all'insieme delle lesioni fisiche, attribuibili all'incidente e persistenti dopo il consolidamento, e assume una grande importanza quando le conseguenze riguardano la regione centro-facciale, particolarmente esposta agli sguardi. Il danno	Per n. 6 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

		estetico deve essere valutato in astratto, cioè senza considerare l'età della vittima, la sua professione, il suo sesso... È il decisore del sinistro, giudice o assicuratore, che successivamente inserirà questo danno estetico nel suo contesto e proporrà un risarcimento per il pregiudizio residuo. La valutazione del danno estetico è molto delicata perché è coinvolge molteplici elementi soggettivi legati sia alla personalità del medico esperto del pannello A che a quella della vittima dell'incidente."	

Articoli relativi al quesito 5 - FUNZIONE PSICHICA

Statement 5.1
Tenuto conto della complessità della valutazione integrata tra inquadramento nosografico della patologia psichiatrica e relativo riflesso disfunzionale, è raccomandata l'esclusiva competenza valutativa del medico chirurgo specialista in medicina legale

#	Autore, anno, tipo di studio	Frasi significative	Esperti del pannello A che hanno valutato l'articolo pertinente
E1	Mann, A. M., & Gold, E. M. Canada 1966 Articolo	La nostra comprensione e gestione attuale delle conseguenze psicologiche dei traumi è inaccurata e insoddisfacente. Questo è particolarmente evidente negli aspetti medico-legali delle disfunzioni mentali che seguono gli incidenti automobilistici. La partecipazione della psichiatria in questo campo è sempre più richiesta, ma la natura dei nostri dati e il modo in cui vengono presentati fanno poco per chiarire le questioni. Alla base di tale dilemma vi sono difficoltà che hanno le loro radici in fattori intrinseci di ciascuno dei tre protagonisti: la persona ferita, il medico e l'avvocato. Alcuni dei modi più evidenti in cui questi partecipanti reagiscono per rendere una situazione già difficile ancora più oscura sono delineati. Le condizioni cliniche osservate a seguito di traumi accidentali sono classificate, e due di queste vengono utilizzate per illustrare i nostri attuali problemi in questo campo. Attualmente, sembra non esserci un metodo oggettivo veramente soddisfacente per (a) determinare e quantificare lievi ma significative gradi di lesioni cerebrali, (b) distinguere queste condizioni dalla "nevrosi post-traumatica", o (c) determinare la relazione del trauma con il disturbo emotivo osservato. È necessario che i medici comunichino in modo efficace alla giustizia il modo in cui il trauma - sia esso fisico o "puramente psichico" - può influenzare l'individuo; al momento, sembra che non siamo in grado di farlo in modo soddisfacente per	Per n. 5 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

		entrambe le parti. Viene suggerito e raccomandato alcune soluzioni - sia mediche che legali - per aiutarci ad uscire dal pantano medico-legale. Viene sottolineata la necessità di una ricerca completa e longitudinale.	
E2	Dietz, P. E. USA 1987	Il percorso più produttivo che gli psichiatri forensi possono intraprendere nel XXI secolo è quello di fornire valutazioni più valide e sofisticate basando i propri giudizi su criteri sostanziali. Gli psichiatri con un'esperienza focalizzata nel comportamento criminale, nella disabilità mentale, nella psichiatria forense per bambini e negli aspetti giuridici della pratica psichiatrica sono in grado di avanzare lo stato delle conoscenze e ottenere conclusioni valide in particolari controversie meglio dei generalisti. I programmi di formazione post-laurea in psichiatria forense possono massimizzare il loro contributo allo sviluppo della disciplina dando ai partecipanti l'opportunità di specializzarsi in un ramo della disciplina abbastanza approfonditamente da diventare ricercatori clinici e studiosi. Organizzazioni professionali come AAPL possono migliorare il percorso della disciplina nel prossimo secolo differenziandosi in sezioni sostanziali che controllano i propri contenuti di programma e che riconoscono il raggiungimento e i contributi all'interno del loro campo di conoscenza.	Per n. 3 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
E3	Schetky, D. H., & Guyer, M. J. USA 1990	Valutare i bambini e le loro famiglie per scopi di contenzioso civile può essere un lavoro molto gratificante. Lo psichiatra ha tipicamente il permesso di accedere liberamente alle parti coinvolte e ai documenti rilevanti, condizioni che consentono una valutazione approfondita ed estesa. Questi casi sono stimolanti dal punto di vista intellettuale poiché si è in grado di osservare di persona lo sviluppo delle difese psicologiche, sia sane che patologiche, che permettono al bambino di affrontare il trauma. I resoconti diretti del trauma, sebbene difficili da ascoltare, migliorano la comprensione del trauma psichico da parte dello psichiatra e facilitano l'empatia con altre vittime di traumi. Forse la vera sfida di questi casi sta nel tradurre per il tribunale ciò che è ovvio per noi e assistere il giudice nel pronunciare una sentenza equa. Lavorare con gli avvocati in questi casi aumenta inevitabilmente la comprensione delle questioni legali e intensifica la frustrazione per la lentezza	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente

		con cui si svolgono tali procedimenti. Infine, vi è la soddisfazione della risoluzione finale e vedere la giustizia compiuta. Per alcuni pazienti/ricorrenti, il processo può avere un valore terapeutico, nel senso di validare le loro percezioni e assegnare la responsabilità al posto giusto, e l'ambito legale può offrire uno sfogo costruttivo per la loro rabbia. Gli autori raccomanderebbero che tutti i casi civili che coinvolgono bambini siano trattati come prioritari, come è stato raccomandato per i casi di abusi sessuali. Ciò ridurrebbe lo stress per il bambino e gli consentirebbe di andare avanti con la sua vita. Accelerando tali casi, il bambino sarebbe in grado di testimoniare mentre i ricordi sono ancora relativamente freschi e potrebbe utilizzare i risarcimenti ottenuti per la terapia e per migliorare la sua vita attraverso l'istruzione.	
E4	Mendelson, G. Australia 1991 Revisione	Secondo Biklen, l'esercizio del giudizio clinico è influenzato da molti fattori nella valutazione della disabilità e dell'impairment. Tali fattori, di cui il valutatore potrebbe non essere consapevole, includono tradizioni di servizio, economia, esigenze burocratiche, politica e pregiudizi sociali. Infatti, Biklen considera questi fattori così pervasivi da definire la fiducia nel giudizio clinico come "poco più di un mito". Data la normativa sopra menzionata, che specifica che le valutazioni mediche dell'impairment sono obbligatorie per determinare determinati diritti specifici, è evidente la necessità di una maggiore comprensione sia dei diversi e specificamente definiti concetti di impairment e disabilità, sia del metodo di valutazione dell'impairment se ciò è stato stabilito nella relativa legge. Le difficoltà nella valutazione dell'impairment e della disabilità psichiatrica sono state specificamente evidenziate da diversi autori. Marcus ha posto l'attenzione, nei casi di valutazione post-infortunio, su problemi nella valutazione e nel confronto tra impairment pre e post-infortunio. Heiman e Shanfield hanno notato la tendenza della valutazione psichiatrica a "legittimare la sofferenza soggettiva", che può essere sovradimensionata durante il processo di valutazione psichiatrica. In assenza di criteri oggettivi e concordati per la valutazione dell'impairment, ciò può determinare a volte una indebita influenza dei valori personali nella valutazione psichiatrica. Per evitare la possibilità che tali fattori personali e idiosincratici influenzino la valutazione dell'impairment psichiatrico, sono necessari metodi di valutazione dettagliati e specifici.	Per n. 5 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

		Nella pratica clinica, si è scoperto che lo schema di valutazione della seconda edizione delle "AMA Guides" è il più utile per valutare l'impairment psichiatrico tra i ricorrenti per infortuni personali e richiedenti benefici di compensazione. I sei aspetti delle funzioni mentali specificati in questo metodo di valutazione vengono valutati durante l'esame dello stato mentale e possono essere facilmente descritti nel contesto di una relazione e testimonianza psichiatrica forense. Se necessario, gli specifici impairments possono essere correlati alle esigenze mentali nell'ambiente lavorativo, e dovrebbe essere utilizzato un set specifico di criteri, come il "Work Function Impairment Form" discusso in precedenza. Fino ad oggi, vi è stata una scarsa ricerca pubblicata sulla valutazione dell'impairment psichiatrico e nessun confronto tra le varie scale di valutazione disponibili. Tuttavia, lo sviluppo recente di scale di valutazione come la "Classification of Intellectual and other Psychological Impairments (CWI)" e il "Psychological Impairments Rating Schedule (FIRS)" indica un crescente interesse verso la valutazione obiettiva dell'impairment psichiatrico. La disponibilità di tali scale di valutazione è una necessità per una ricerca e uno studio più estesi e vigorosi in questo campo. Solo una volta che tali criteri di valutazione dell'impairment saranno stati validati, si potrà procedere con il passo di chiarire la relazione tra un impairment specifico o un gruppo di impairments e la disabilità.	
E5	Boccaccini, M. T., & Brodsky, S. L. USA 1999	I professionisti che si occupano di danni emotivi e, in generale, i professionisti forensi, utilizzano strumenti difendibili secondo il criterio Daubert? Esiste relativamente poco materiale attuariale riguardo ai test psicodiagnostici utilizzati dai professionisti forensi. Inoltre, gran parte di queste informazioni è stata raccolta prima della sentenza Daubert. Esami su vari gruppi di clinici hanno rilevato che il Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), le scale Weschler, il Rorschach, il Test di Appercezione Tematica (TAT) e i test di completamento delle frasi sono tra gli strumenti di valutazione più frequentemente utilizzati (Piotrowski & Keller, 1985; Watkins, Campbell, Nieberding, & Hallmark, 1995). Watkins et al. hanno scoperto che i clinici utilizzano gli strumenti per la loro capacità di rispondere a specifiche domande di valutazione e a causa di esperienze cliniche precedenti. Tra	Per n. 4 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

		15 potenziali motivazioni per la selezione del test, Watkins et al. hanno riportato che la capacità degli strumenti di soddisfare le esigenze giuridiche o legali era il sesto motivo più importante per la scelta del test e l'affidabilità e la validità statistiche erano l'ottavo motivo più importante per la scelta del test. Date le recenti modifiche riguardanti l'ammissibilità delle testimonianze scientifiche degli esperti del pannello A (Daubert v. Merrell Dow Pharmaceuticals, 1993) e la scarsità di dati attuariali sull'uso dei test psicodiagnostici in ambienti forensi, è fondamentale investigare e descrivere l'uso di tali test da parte degli psicologi forensi (Heilbrun, 1992; Lees-Haley, 1992; Lees-Haley et al., 1995).	
E6	Young, G., Kane, A. W., & Nicholson, K. USA 2006	Gli psicologi ritengono che la legge formuli definizioni e concetti che possono essere difficili da tradurre in termini psicologici, come ad esempio qualificare una "disabilità" come "permanente". Ad esempio, la disabilità riguarda compromissioni funzionali, e il giudice è interessato a capire se ci sono state e continueranno ad esserci perdite economiche a causa di queste; tuttavia, gli psicologi non sono formati per formulare valutazioni economiche. Inoltre, gli psicologi possono avere difficoltà nel valutare la prognosi di qualsiasi disabilità psicologica, poiché questa è l'espressione di molteplici fattori, che per un singolo caso potrebbero essere difficili da proiettare nel futuro. Tuttavia, possono essere fatte affermazioni con un grado ragionevole di certezza psicologica.	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
E7	Young, G., Nicholson, K., & Kane, A. W. USA 2006	Quando gli psicologi e i querelanti entrano nell'agone legale, sono soggetti a pressioni che altrimenti non incontrerebbero. La possibilità di ottenere un risarcimento nelle cause per illecito civile può esercitare una pressione sugli individui affinché esagerino, consapevolmente o inconsapevolmente, i loro sintomi. Allo stesso modo, gli psicologi sono soggetti ai loro pregiudizi. Gli psicologi devono valutare il livello di impegno dell'individuo nei casi che valutano e allo stesso tempo controllare i propri pregiudizi, in modo da offrire alla corte la migliore prova possibile.	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

E9	Gill, D. UK 2008 Article	Come scrisse Shakespeare, “Il diavolo sa ben citare la Sacra Scrittura per i suoi scopi”. Forse è un’affermazione un po’ forte, ma il punto che intendo sottolineare è che le classificazioni psichiatriche non sono state concepite per un uso medico-legale. Come abbiamo visto, sono divise in capitoli, che contengono descrizioni delle varie condizioni, con elenchi di caratteristiche cliniche, che inevitabilmente sono stati visti come liste di controllo diagnostiche. Un approccio di questo tipo ha l’attrattiva dell’affidabilità, in quanto è più probabile che clinici diversi registrino le stesse caratteristiche cliniche nello stesso paziente e quindi giungano alla stessa conclusione. Tuttavia, se da un lato può guadagnare in termini di affidabilità, dall’altro l’approccio delle liste di controllo tende a perdere in termini di validità, perché non c’è una casella da spuntare in cui il medico possa registrare informazioni contestuali, il buon senso e l’esperienza clinica. […] Affinché sia utilizzato in modo appropriato e difendibile in una relazione psichiatrica ad uso medico-legale, quindi, suggerirei che l’autore di una relazione che fa riferimento al DSM debba includere quanto segue: considerazione della questione della malattia o della reazione naturale; uso di tutti gli assi, non solo dell’Asse I; risposta alle cautele espresse dal DSM stesso: uso a mo’ di “ricettario”, uso forense, pretestazione.	Per n. 6 esperti del pannello A l’articolo è pertinente
E10	Arce, R., Fariña, F., Carballal, A., & Novo, M. Spagna 2009	Nell'intervista clinica forense, è stato molto più difficile simulare, dal momento che solo tre simulatori, nei quali non sono state osservate strategie di finzione nei protocolli, sono stati in grado di simulare il danno psicologico legato alla violenza domestica. Di conseguenza, è stato comparato e osservato un approccio multimetodo (MMPI e intervista) per classificare correttamente tutti i soggetti. Pertanto, è stato formulato un protocollo per la valutazione forense del danno psicologico derivante dalla violenza domestica contro le donne.	Per n. 1 esperto del pannello A l’articolo è pertinente
E11	Gold, L. H., & Shuman, D. W. USA 2009 Book	I professionisti della salute mentale che conducono valutazioni sulla disabilità o sulla disabilità dovrebbero cercare di capire come gli individui sono arrivati a essere o a percepirsi come disabili. Il modello della capacità lavorativa offre un metodo per concettualizzare il processo di sviluppo della disabilità. Una formulazione del caso basata su questo modello descrive in dettaglio lo sviluppo delle menomazioni dell’individuo e il modo in cui l’individuo è arrivato a presentare una richiesta	Per n. 2 esperti del pannello A l’articolo è pertinente

		di disabilità. Determinando quale schema di questo modello è più rilevante in ogni valutazione della disabilità, i valutatori possono fornire una narrazione che guiderà la loro esplorazione delle questioni rilevanti. Questi aspetti rilevanti, tra cui la diagnosi, il trattamento e il miglioramento massimo, sono le opinioni più spesso richieste ai professionisti della salute mentale nel condurre le valutazioni di disabilità.	
E12	Koch, W. J., Douglas, K. S., Nicholls, T. L., & O'Neill, M. L. USA 2005 Revisione	Che cosa sono dunque le lesioni psicologiche? Si tratta di "railway mind", "shell shock", nevrosi di guerra, isteria, PTSD, ASD, depressione, altri disturbi d'ansia (ad esempio, il disturbo di panico), nonché di stati meno definiti di ansia, paura o disforia che vengono inflitti a una persona da terzi e per i quali la parte lesa ha diritto a un risarcimento. È un concetto che presuppone un danno, anche se di natura prevalentemente non fisica (riconoscendo che molte condizioni psicologiche hanno correlati biofisici).Vi è anche una soglia implicita in questa definizione che dovrebbe essere resa esplicita. Il concetto richiede non solo un danno, ma un danno sufficiente per essere protetto da meccanismi legali. Devono essere tutelati degli interessi; ad esempio, l'interesse protetto dall'illecito di lesioni personali è l'integrità fisica, mentre l'interesse protetto dagli illeciti di inflizione intenzionale o negligente di stress emotivo è la tranquillità emotiva.	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente
E13	Stadtland, C. Germania 2010 Articolo	Il numero impressionante di disabilità legate alla salute associate ai disturbi psichiatrici fa aumentare i costi delle richieste di risarcimento medico. I sistemi sanitari gestiti dallo Stato e le assicurazioni sanitarie sociali sono sotto pressione in quasi tutti i Paesi sviluppati. La complessa interrelazione tra questi disturbi e la pensione di invalidità pone una serie di sfide e sottolinea la necessità di specialisti in medicina psichiatrica. In passato, i medici non erano favorevoli a perizie standardizzate perché spesso limitavano la libertà di decisione del medico.	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente
E14	Christopher, P. P., Arikan, R., Pinals, D. A., Fisher, W. H., & Appelbaum, P. S. USA 2011 Articolo	Abbiamo rilevato che gli psichiatri con affiliazioni forensi hanno maggiori probabilità di identificare un conflitto di interessi nel valutare i propri pazienti per le prestazioni di invalidità della Sicurezza Sociale. In generale, gli psichiatri curanti hanno difficoltà a gestire il loro ruolo terapeutico e forense, e una piccola minoranza identifica erroneamente i pazienti come disabili nonostante sia convinta del contrario. Gli psichiatri senza affiliazione	Per n. 5 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

		forense non apprezzano il peso delle loro opinioni nel processo di accertamento dell'invalidità della Social Security Administration (SSA). Questi risultati preliminari evidenziano la necessità di ulteriori ricerche e di una migliore formazione sulle pratiche e sulle sfide della valutazione dell'invalidità psichiatrica e sul peso dato alle diverse opinioni dalla SSA.	
E15	Gold, L. H. USA 2011 Articolo	Christopher et al., nel loro studio sulle differenze tra psichiatri generici e psichiatri forensi nella valutazione della disabilità psichiatrica in relazione alle richieste dell'Assicurazione Sociale per l'Invalidità, hanno fornito informazioni utili sulle differenze statisticamente significative nella pratica e nelle convinzioni. Nonostante il numero relativamente ridotto di partecipanti a questo studio unico nel suo genere, gli autori hanno identificato importanti fonti di potenziali pregiudizi sia tra gli psichiatri generici che tra quelli forensi. Lo studio evidenzia anche il profondo scollamento tra il modello medico di disabilità storicamente prevalente, in cui i medici curanti sono considerati esperti del pannello A nella valutazione della disabilità, e la realtà che la maggior parte degli psichiatri generali e forensi non ha una formazione in materia di valutazione della disabilità. Questa percezione errata crea ulteriori problemi pratici ed etici per i medici quando i loro pazienti presentano domande di invalidità.	Per n. 4 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
E16	Greely, H. USA 2012 Libro	La categoria 12.02 all'interno di una richiesta di invalidità della Previdenza Sociale è quella in cui il neuroimaging potrebbe aggiungere maggiore precisione alla diagnosi e rafforzare la richiesta di incapacità funzionale avanzata dal richiedente. In generale, per avere diritto all'invalidità della Sicurezza Sociale o al Reddito di Sicurezza Integrativo, il richiedente deve essere incapace di lavorare e probabilmente non sarà in grado di impegnarsi in un'attività lavorativa per un guadagno sostanziale per almeno dodici mesi. Allo psichiatra forense non viene chiesto né ci si aspetta che determini se il richiedente è disabile; ciò viene stabilito da un giudice amministrativo federale della Social Security. Lo psichiatra forense è tenuto a riferire sul disturbo mentale e a stabilire se si tratta di una condizione che preclude il lavoro.	Per n. 3 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

E17	Gholizadeh, S., & Malcarne, V. L. USA 2015 Articolo	Gli psicologi che ricoprono il ruolo di esaminatori medici qualificati (QME) in contesti in cui sono coinvolte richieste di risarcimento per danni mentali ed emotivi (cioè, disabilità psicologica derivante da lesioni psicologiche) devono in genere esprimersi non solo sull'impatto della lesione sul funzionamento e sulla qualità della vita dell'individuo, ma anche sulla causalità della disabilità psicologica. Si tratta di un lavoro altamente specializzato per il quale esistono poche indicazioni. [...]. [...] sebbene sia inevitabile un certo livello di soggettività, gli psicologi che lavorano nell'ambito del sistema legale possono assumere un ruolo guida nell'apportare un approccio basato sull'evidenza e un maggiore rigore scientifico alle valutazioni causali ad alto rischio richieste come base per determinare il risarcimento dei lavoratori infortunati.	Per n. 6 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
E18	Auxemery, Y. Francia 2017	La competenza medica e psicologica nel campo della psicotraumatologia non è una pratica che si può improvvisare. Oltre ai complessi aspetti clinici dei disturbi psicologici post-traumatici, il professionista deve avere una precisa conoscenza dei vari quadri giuridici in cui opera. A prescindere dalle conclusioni, chiare e comprensibili a tutti, la perizia fa parte del processo di riparazione e può avere un impatto sui sintomi.	Per n. 4 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
E19	LaDuke, C., Barr, W., Brodale, D. L., & Rabin, L. A. USA 2018 Articolo	I risultati forniscono indicazioni sulla pratica della valutazione neuropsicologica forense e stabiliscono ulteriormente l'ammissibilità delle prove neuropsicologiche nel sistema legale degli Stati Uniti. I risultati saranno utili per i neuropsicologi clinici, i leader del settore e i professionisti del settore legale che desiderano approfondire il ruolo della neuropsicologia clinica nel processo decisionale civile e penale.	Per n. 4 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
E20	Liu, L., Li, H. Z., Chen, C., Liu, C., & Cai, W. X. Cina 2018	Obiettivi: esplorare l'applicazione della scala delle attività della vita quotidiana (ADL) nella valutazione della disabilità psichiatrica lieve secondo le linee guida della Classificazione della disabilità del corpo umano causata da lesioni. [...]. Conclusioni: il punteggio delle ADL è risultato significativamente correlato alla compromissione psichiatrica lieve e il punteggio più alto delle ADL rappresenta la disabilità più grave, che può essere utilizzata come indice di riferimento per giudicare in via preliminare il livello di compromissione psichiatrica lieve.	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente

E21	Samuels, A. H. Australia 2018 Revisione	I tribunali si aspettano livelli sempre più elevati di pratica da parte degli esperti del pannello A psichiatrici che lavorano nella psichiatria forense civile. Questo workshop preparerà gli psichiatri meno esperti del pannello A alle sfide che dovranno affrontare in questo campo e aiuterà gli operatori del settore a perfezionare e rivedere i loro attuali approcci alle richieste di pareri medico-legali.	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente
E22	Puig-Verges, N. Francia 2023	Il perito/consulente è chiamato ad operare una analisi complessiva su ciò che era lo stato anteriore nel percorso di vita della vittima, sul significato che questa gli attribuisce, e un aspetto più specifico, medico, che riguarda la natura dello stato anteriore. L'analisi non deve limitarsi a un approccio "psicologizzante" e l'apprezzamento di questo aspetto può essere fatto solo da un medico specialista che non si limiti alle sole voci del DSM-5. Dobbiamo anche abbandonare idee errate e stereotipate (il peggioramento sistematico di uno stato di salute precedente dopo l'attacco) e la confusione tra vulnerabilità e fattori di rischio e stato di salute precedente, perché certe storie di vita comportano più vulnerabilità e fattori di rischio di altri eventi isolati.	Per n. 3 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

#	*Frasi significative*	*Anno e contesto geografico*	*Commenti*
E8	NON REPERITO		
E10	NON PERTINENTE	Spagna 2009	Articolo giudicato non pertinente: riguarda la pretestazione di lesività psichica in ambito di violenza di genere

Articoli relativi al quesito 6 - PROTESI

Statement 6.1 **L'utilizzo di protesi in grado di svolgere funzioni vicarie rende comunque imprescindibile la valutazione della perdita anatomica (in qualsiasi distretto del corpo)**			
#	**Autore, anno, tipo di studio**	**Frasi significative**	**Esperti del pannello A che hanno valutato l'articolo pertinente**

F1	Ghosh, A. K., Tibarewala, D. N., Chakraborty, S., Ganguli, S., & Bose, K. S. India 1980 Studio caso-controllo	Articolo giudicato non pertinente dalla segreteria scientifica: relativo allo studio della relazione tra frequenza cardiaca e dispendio energetico in persone sane e con disabilità agli arti inferiori ed esplorare le eventuali differenze tra le due relazioni	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente
F2	Gloss, D. S., & Wardle, M. G. USA 1982 Studio di coorte	Articolo giudicato non pertinente dalla segreteria scientifica: relativo allo studio di sistemi di standardizzazione dell'impairment della funzione della mano	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente
F3	Vizza Italia 1984 Expert opinion	In altri termini, il metodo riabilitativo ridona abilità alla persona che ha subìto una menomazione, tenendo conto di tutti gli attributi ed i valori che l'uomo, come persona, rappresenta per sé e per la Società, nella quale egli vive e lavora. Sotto l'aspetto semantico e filologico, per "riabilitazione" si intende, pertanto, una metodica tendente a restituire abilità a chi l'aveva e l'ha perduta, mentre con il termine di "abilitazione" dovremmo intendere una metodica medica finalizzata a dare abilità a un soggetto che non ha abilità a causa di "handicap" o menomazione congenita. Concettualmente, la predetta distinzione giova anche ai fini della modalità di applicazione dei mezzi tecnici riabilitativi, in rapporto al tipo di menomazione, alla sua origine, alla sede della menomazione, nonché al soggetto, come individuo, e come persona. Sono le situazioni particolari biologiche della menomazione, se congenita o acquisita, e gli apparati colpiti dalla menomazione a condizionare le modalità ed i mezzi tecnici della abilitazione e della riabilitazione, in rapporto allo stato biologico del minorato, che ha sempre un suo vissuto, sia somatico che psichico, del quale bisogna tenere conto maggiormente nella metodologia riabilitativa. A torto, pertanto, il termine "riabilitazione" è stato usato, generalizzando, nella formulazione di una scelta politica per fini sociali, come nel caso del recupero dei tossicodipendenti o dei reclusi condannati per reati […] il soggetto con amputazione totale degli arti superiori e inferiori, a mezzo delle protesi mio elettriche e delle protesi modulari, riacquista una grande parte del suo modo di essere e di comportarsi, e senza l'utilizzazione di esse non avrebbe alcuna possibilità di essere e di comportarsi. La riabilitazione, mezzo di protesi di questo tipo, ridimensiona le conseguenze della grave menomazione determinata dalla amputazione degli arti superiori ed inferiori. È bene precisare che nella metodica riabilitativa qualunque trattamento medico-chirurgico, fisioterapico,	Per n. 5 esperti del pannello A d l'articolo è pertinente

		rieducativo-funzionale, protesico, psicologico deve tenere conto, oltre al tipo, all'entità, alla sede della menomazione, anche e soprattutto della personalità del minorato, che ha sempre un suo vissuto biologico e psichico, che va utilizzato e potenziato prima, durante e dopo l'intervento di "riabilitazione".	
F4	Swanson, A. B., Göran-Hagert, C., & de Groot Swanson, G. Svezia 1987 Metodologia di valutazione	Articolo giudicato non pertinente dalla segreteria scientifica: relativo allo studio di sistemi di standardizzazione dell'impairment della funzione della mano e delle dita	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
F5	Kurdybaïlo Russia 1991 Studio osservazionale descrittivo	Articolo giudicato non pertinente dalla segreteria scientifica	Nessun esperto del pannello A ha giudicato l'articolo pertinente
F6	Crestani, C., Betti, D., & Cortivo, P. Italia 1998 Expert opinion	Articolo giudicato non pertinente dalla segreteria scientifica: relativo alla riabilitazione protesica in infortunistica privata	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
F7	Brown, K. R., Jean-Claude, J., Seabrook, G. R., Towne, J. B., & Cambria, R. A. USA 2001 Studio osservazionale descrittivo	Articolo giudicato non pertinente dalla segreteria scientifica: revisione di stampo clinico relativa a lesioni complesse degli arti superiori	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
F8	Franchignoni, F., Orlandini, D., Ferriero, G., & Moscato, T. A. Italia 2004 Studio di validità e affidabilità	Una migliore mobilità può favorire l'indipendenza funzionale delle persone con amputazione dell'arto inferiore in tutte le attività di cura personale e di vita quotidiana e migliorare la loro qualità di vita (QOL). Sono stati utilizzati diversi strumenti per valutare la mobilità in questi pazienti, ma non vi è accordo su cosa debba essere misurato e su cosa debba essere utilizzato per ottenere queste informazioni […] L'LCI (Locomotor Capabilities Index) è uno strumento autosomministrato, specifico per la malattia, per valutare le abilità locomotorie generalmente considerate essenziali per le ADL di base e avanzate delle persone con amputazione degli arti inferiori e un fattore abilitante associato all'uso protesico a lungo termine. È facilmente somministrabile e rapidamente completabile. Un possibile miglioramento potrebbe essere l'aggiunta di alcune linee guida per il punteggio degli item (ad esempio, "trasportare un oggetto"). I nostri risultati relativi all'LCI sono pienamente in linea con i risultati di altri studi, condotti in paesi e contesti diversi utilizzando lo stesso strumento, che supportano l'uso di questo indice come misura efficace delle capacità locomotorie	Per n. 4 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

		nelle persone con amputazione degli arti inferiori che indossano una protesi. Infine, i risultati preliminari sull'uso dell'LCI-5 sono incoraggianti e supportano ulteriori indagini sulle caratteristiche psicometriche e pratiche di questa versione rivista per confermarla come un perfezionamento costruttivo dello strumento.	
F9	Loiret, I., Paysant, J., Martinet, N., & André, J. M. Francia 2005 Revisione di letteratura	La valutazione della protesi e dell'adattamento è un processo specifico, comune a tutti i dispositivi medici compensatori. Da un lato, il dispositivo viene valutato in base alle specifiche tecniche (qualità, solidità, affidabilità, sicurezza) e agli standard (UE, ISO): ciò avviene successivamente in laboratori di prova accreditati, durante gli studi clinici necessari per la gestione del paziente e durante i controlli post-procedura (vigilanza sui materiali). La valutazione riguarda anche i servizi satellite che interferiscono con l'uso e l'accettazione del dispositivo (rete di distribuzione, manutenzione, riparazione, modularità, estetica, consulenza, metodi di trattamento). L'opinione combinata di tutti i soggetti coinvolti (prescrittori, utilizzatori, produttori, fisioterapisti, distributori), guidata da questionari non specifici come il metodo Delphi, permette, attraverso una valutazione multidisciplinare, di sviluppare il dispositivo e le sue integrazioni. Questo processo normalmente precede o accompagna la commercializzazione. L'apparecchiatura viene quindi valutata sulla base dei questionari di soddisfazione descritti di seguito.	Per n. 4 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
F10	Chin, T., Sawamura, S., & Shiba, R. Giappone 2006 Studio comparativo	Negli anziani amputati degli arti inferiori è richiesta una forma fisica sufficiente per coprire il dispendio energetico della deambulazione protesica. Tuttavia, i pazienti anziani sono affetti da complicazioni legate all'arteriosclerosi in tutto il corpo, oltre che dal deterioramento fisiologico della forma fisica. Sebbene vi siano differenze tra i soggetti, vi sarà inevitabilmente un certo grado di declino della forma fisica. Se è possibile identificare il livello di forma fisica necessario per la deambulazione protesica, la riabilitazione degli amputati anziani procederà in modo più efficiente, con una prognosi più chiara.	Per n. 3 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
F11	Hebert, J. S., & Ashworth, N. L. Canada 2006 Revisione retrospettiva	Questo studio evidenzia l'importanza di considerare i livelli di amputazione delle dita dei piedi come un potenziale impatto significativo sul posto di lavoro. Altri fattori oltre al semplice livello di amputazione (come il reddito precedente) sono importanti per valutare l'esito funzionale delle	Per n. 3 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

		persone con amputazione degli arti inferiori correlata al lavoro. Se si usa un database di lavoratori assicurati per tracciare gli esiti, è importante prendere in considerazione i risultati della riabilitazione e dell'applicazione di protesi. L'efficacia e l'intensità dell'intervento e i cambiamenti in seguito alla valutazione del lavoro sarebbero importanti da registrare. Il numero di giorni di TD (Total Disability) dopo l'amputazione dell'arto inferiore può essere una misura più efficace della determinazione della RTW (Return To Work) iniziale nel valutare l'impatto dell'amputazione sul lavoro.	
F12	Hebert, J. S., Wolfe, D. L., Miller, W. C., Deathe, A. B., Devlin, M., & Pallaveshi, L. Canada 2009 Revisione di letteratura	Nella letteratura sugli amputati esistono poche misure di esito della funzione corporea ben convalidate, il che può spiegare la mancanza di un uso diffuso di queste misure. Le misure attualmente raccomandate per le persone con amputazione degli arti inferiori sulla base di adeguate proprietà metriche includono l'ABC (Activities-specific Balance Confidence), che misura la fiducia nell'equilibrio, l'ABIS (Amputee Body Image Scale), una misura dell'immagine corporea, ed eventualmente il GHQ-28 (General Health Questionnaire) e il CES-D (Center for Epidemiological Studies – Depression Scale) come strumenti per lo screening della depressione. L'SCS (Socket Comfort Score), sebbene non sia stato ben studiato, è uno dei più semplici strumenti clinici che può essere utilizzato per documentare il comfort della presa e i cambiamenti nel tempo che non sono facilmente ricordabili retrospettivamente. Il test di pedalata su una gamba sola, la velocità di deambulazione strumentale e le misure di oscillazione posturale, sebbene ben consolidati e convalidati, possono avere un'utilità clinica limitata a causa della necessità di attrezzature e personale specializzato. Per tutte le scale, la reattività all'intervento non è stata ben stabilita e dovrebbe essere al centro di studi futuri in questo settore, insieme alla continua verifica della validità e dell'affidabilità.	Per n. 5 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
F13	Kim, H. C., Kim, J. S., Lee, K. H., Lee, H. S., Choi, E. S., & Yu, J. Y. Corea 2009 Sviluppo di linee guida	Le linee guida coreane per la valutazione delle menomazioni degli arti inferiori sono state sviluppate principalmente sulla base dei criteri della quinta edizione delle AMA Guides. Le linee guida coreane differiscono dalle guide AMA in quanto omettono alcune classificazioni che non sono realistiche in Corea. Nella categoria della debolezza muscolare, se la potenza muscolare è inferiore al grado III, viene valutata nel sistema nervoso periferico. Ciò può ridurre	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

		l'imprecisione. In questa linea guida sono esclusi i metodi che possono essere modificati dall'esaminando, come la deambulazione. Con questo procedimento possiamo rendere la linea guida più semplice e oggettiva rispetto alle Guide AMA. Quando si utilizza questa nuova linea guida per la valutazione della disabilità, l'esaminatore deve conoscere l'anamnesi completa e rivedere tutta la documentazione. Dopo aver compreso i sintomi e i segni del paziente, l'esaminatore deve eseguire un esame fisico accurato. Il medico deve registrare i risultati fisici relativi all'estremità inferiore, come l'ampiezza di movimento, la discrepanza di lunghezza dell'arto, la deformità, i riflessi, la forza muscolare, l'atrofia muscolare, la lassità legamentosa, i deficit motori e sensoriali e le diagnosi specifiche come le fratture. In sintesi, l'approccio graduale per la valutazione di una menomazione dell'essere inferiore è il seguente: 1) Stabilire la diagnosi 2) Determinare se è stato raggiunto il massimo miglioramento clinico 3) Identificare ogni regione anatomica dell'arto inferiore con anomalie correlate alla lesione in questione 4) Calcolare la menomazione in base al testo e alle tabelle per ogni metodo applicabile 5) Identificare e calcolare le lesioni correlate alla lesione del sistema nervoso periferico 6) Identificare e calcolare tutte le lesioni relative al sistema vascolare periferico 7) La valutazione della menomazione dell'arto inferiore per ciascun arto viene poi convertita in menomazione dell'intera persona.	
F14	Kohler, F., Cieza, A., Stucki, G., Geertzen, J., Burger, H., Dillon, M. P., ... & Kostanjsek, N. Australia 2009 Sviluppo e validazione di strumenti diagnostici	I Core Set ICF sono strumenti pratici per diversi scopi. Consentono a medici e ricercatori di classificare e descrivere il funzionamento di un individuo utilizzando i codici ICF più rilevanti. Il Brief ICF Core Set può facilitare gli studi internazionali e quelli che confrontano le conseguenze di condizioni diverse. Il Comprehensive ICF Core Set può essere utilizzato in clinica come lista di controllo per valutare i bisogni del paziente, per formulare obiettivi di riabilitazione e per valutare i progressi. Un quadro di riferimento generale è potente per quanto riguarda la comunicazione tra professionisti della salute all'interno di contesti specifici e tra contesti diversi. Allo stesso modo, può essere utile nella comunicazione tra operatori sanitari e persone con amputazione. L'obiettivo dei Core Set dell'ICF di specificare ciò che è rilevante studiare e riportare per le	Per n. 3 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

		persone con amputazione è molto in linea con l'obiettivo più ampio di definire un Core Data Set di variabili che possono essere raccolte in qualsiasi studio sulle persone con amputazione, oltre a vari Basic e Extended amputee Data Set e Moduli per argomenti specifici relativi alle persone con amputazione. Come in ogni sforzo scientifico, ci sono incertezze che devono essere risolte durante il processo.	
F15	Larsson, B., Johannesson, A., Andersson, I. H., & Atroshi, I. Svezia 2009 Sviluppo e validazione di strumenti diagnostici	Nella pratica clinica vi è un sempre maggior bisogno di valutare i metodi utilizzati nella riabilitazione a causa di una maggiore enfasi sulla sicurezza del paziente e di un crescente interesse per l'economia sanitaria. Qualunque sia lo scopo del loro utilizzo, i test devono dimostrare non solo un'elevata affidabilità e validità, ma anche essere facili da usare in un contesto clinico. L'LCI (Locomotor Capabilities Index) sembra soddisfare questi requisiti grazie alla sua facilità d'uso nella pratica quotidiana.	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
F16	Zidarov, D., Swaine, B., & Gauthier-Gagnon, C. Canada 2009 Case series	Tra le persone con amputazione degli arti inferiori, le abitudini di vita legate ai ruoli sociali sembrano essere più disturbate di quelle associate alle ADL (Activities of Daily Living). Questo sembra essere vero durante tutto il processo di riabilitazione e fino a 3 mesi dopo il rientro in comunità. Durante la riabilitazione ospedaliera, le prestazioni nelle ADL, ad eccezione delle categorie cura personale e comunicazione, sono migliorate in modo significativo, mentre la realizzazione dei ruoli sociali non è migliorata in modo significativo, ad eccezione della categoria vita comunitaria. I nostri risultati sottolineano quindi l'importanza di concentrare l'assistenza sui ruoli sociali, come la vita comunitaria, la ricreazione e l'occupazione, durante la riabilitazione delle persone con amputazione degli arti inferiori. Migliorare la mobilità esterna delle persone con amputazione dell'arto inferiore con un addestramento appropriato, compreso l'addestramento protesico e la fornitura di dispositivi di assistenza adeguati, potrebbe migliorare la realizzazione dei ruoli sociali, soprattutto nella vita comunitaria. Alla dimissione, l'usura della protesi, l'uso attivo della protesi all'interno e all'esterno e le capacità locomotorie con la protesi erano elevate e tendevano a continuare a migliorare una volta che la persona era tornata nel proprio ambiente. Inoltre, la maggior parte dei pazienti di questo studio ha riferito di essersi adattata abbastanza bene o completamente all'amputazione e alla protesi, e questo fenomeno sembra migliorare 3 mesi dopo il ritorno a casa. Tutti i pazienti hanno	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

		riferito di svolgere alcune attività sedentarie nel tempo libero, ma meno della metà era coinvolta in attività sportive a 3 mesi dal ritorno a casa. Infine, il raggiungimento delle abitudini di vita e delle capacità protesiche e ludico-motorie riflette la maggior parte degli obiettivi degli interventi multidisciplinari offerti durante il processo di riabilitazione. Pertanto, gli strumenti utilizzati in questo studio sembrano essere misure di esito promettenti per un programma di riabilitazione o per la pratica clinica quotidiana.	
	Lindner, H. Y., Nätterlund, B. S., & Hermansson, L. M. N. Svezia 2010 Revisione di letteratura	Esistono poche misure di esito di comprovata qualità psicometrica da utilizzare nella valutazione degli utenti di protesi di arto superiore. Le diverse misure coprono aspetti diversi della salute e l'uso di un mix di misure di esito fornirebbe un quadro migliore dei risultati dei nostri clienti. Per i bambini si raccomanda l'ACMC (Assessment of Capacity for Myoelectric Control) e il PUFI (Prosthetic Upper Extremity Functional Index), mentre per gli adulti si raccomanda l'ACMC e parti selezionate di OPUS (Orthotics and Prosthetics Users' Survey) e TAPES (Trinity Amputation and Prosthesis Experience Scales). Sono necessarie misure che si concentrino sull'interazione sociale negli utenti pediatrici.	Per n. 5 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
F18	Kamburoğlu, H. O., Aksu, A. E., Sönmez, E., İşçi, E. T., Şafak, T. U. N. Ç., & Kecik, A. Turchia 2011 Studio comparativo	Sebbene questi quattro strumenti (test di Ipsen, di Tamai, di Chen e DASH) abbiano metodologie diverse per valutare la funzione della mano, abbiamo riscontrato un'alta correlazione tra tre di essi (Ipsen, Tamai, DASH) e una moderata correlazione con il test di Chen. Questo risultato può essere attribuito alle metodologie più dettagliate dei primi tre strumenti rispetto al sistema Chen. È stato interessante notare che i risultati del test DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand), considerato a bassa sensibilità nelle lesioni a una sola cifra, soprattutto a livello distale, erano simili a quelli ottenuti con gli altri test, anche nelle amputazioni a una sola cifra a livello delle articolazioni distali. Tuttavia, non è stato possibile effettuare un'analisi statistica poiché il numero di pazienti era limitato. Riteniamo che, sebbene il test DASH basato su un questionario sia il più facile da eseguire, la sua soggettività non dovrebbe essere tollerata. Gli altri test richiedono un esaminatore esperto del pannello A e una notevole attenzione.	Nessun esperto del pannello A ha giudicato l'articolo pertinente
F19	Østlie, K., Franklin, R. J., Skjeldal, O. H., Skrondal, A., & Magnus, P. UK	Il successo della riabilitazione protesica presuppone il movimento delle articolazioni all'interno del range funzionale e una forza muscolare sufficiente per gestire la protesi.	Per n. 4 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

	2011 Studio trasversale combinato	Tuttavia, le misurazioni fisiche che possono essere effettuate per valutare clinicamente l'arto superiore, come il range di movimento (ROM), possono essere insufficienti per tradurre le menomazioni misurabili in disabilità percepite dal paziente. La necessità di una riabilitazione specializzata può sorgere in tempi diversi dopo l'amputazione, man mano che l'età e le sollecitazioni causano un'alterazione delle condizioni fisiche dell'amputato. Una migliore conoscenza dell'associazione tra i risultati di esami clinici specifici e la funzione del braccio auto-riferita può essere utile agli operatori sanitari di base per identificare gli amputati che necessitano di essere indirizzati a una riabilitazione specializzata.	
F20	Pierce, S., Fergus, A., Brady, B., & Wolff-Burke, M. USA 2011 Studio caso-controllo	La possibilità di misurare la mobilità funzionale di un bambino con amputazione utilizzando misure soggettive e oggettive, come la FMA (Functional Mobility Assessment), consente una valutazione più accurata delle capacità fisiche e delle prospettive del bambino. L'utilizzo di un gruppo definito di bambini e adolescenti aiuterà a esaminare l'utilità di questo strumento in una popolazione pediatrica. Le informazioni ottenute dalla FMA possono essere utilizzate per stabilire obiettivi di promozione dell'attività fisica e per valutare e ridurre il rischio futuro di malattie o lesioni nei bambini con amputazioni.	Per n. 3 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
F21	Xu, J., Kohler, F., & Dickson, H. Australia 2011 Revisione di letteratura	L'ICF è disponibile in oltre 25 lingue. Migliorare l'utilità della classificazione per i medici contribuirà a standardizzare la pratica clinica e a confrontare i risultati a livello nazionale e internazionale. I Core Set ICF sono progettati per utilizzare un numero gestibile di categorie dell'ICF, in modo da consentirne l'applicazione nella pratica clinica quotidiana.	Per n. 4 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
F22	Resnik, L., Adams, L., Borgia, M., Delikat, J., Disla, R., Ebner, C., & Walters, L. S. USA 2013 Studio di coorte	L'AM-ULA (Activities Measure for Upper Limb Amputees) è una nuova misura a 18 item delle prestazioni di attività per adulti con amputazione dell'arto superiore che considera il completamento del compito, la velocità, la qualità del movimento, l'abilità nell'uso della protesi e l'indipendenza nel suo sistema di valutazione. Ha un'eccellente coerenza interna, una buona affidabilità inter-rater, un'affidabilità test-retest e ha dimostrato una validità di gruppo e convergente. L'AM-ULA è adatto agli utenti di tutti i tipi di dispositivi protesici e risponde alla necessità riconosciuta di una misura convalidata dell'attività basata sulle prestazioni per gli adulti.	Per n. 3 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

		Il punteggio va da 0 a 40, con punteggi più alti che indicano una migliore performance funzionale.	
F23	Giladi, A. M., McGlinn, E. P., Shauver, M. J., Voice, T. P., & Chung, K. C. USA 2014 Studio comparativo	I pazienti con amputazioni traumatiche delle dita presentano una disabilità che influisce sulla loro capacità di lavorare e di svolgere le attività quotidiane. Il grado di limitazione di queste lesioni è poco conosciuto, in parte a causa dei metodi utilizzati per valutare gli esiti post-amputazione. L'attuale standard di valutazione della disabilità, l'American Medical Association Guides, è uno strumento inadeguato per riportare la disabilità oltre il livello di lesione strutturale. In questo studio, dimostriamo il valore degli esiti riferiti dal paziente nell'affrontare gli elementi più complessi del recupero post amputazione e della disabilità a lungo termine non inclusi nelle Guide. Come è stato fatto per altre patologie dell'arto superiore, l'uso dei risultati riferiti dal paziente migliorerà l'accuratezza e la qualità dei dati sui risultati e fornirà migliori prove per le linee guida e i criteri di trattamento per la comune lesione dell'amputazione del dito.	Per n. 6 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
F24	Hawkins, A. T., Henry, A. J., Crandell, D. M., & Nguyen, L. L. USA 2014 Revisione di letteratura	Sebbene non sia disponibile alcun criterio di riferimento per le misure di risultato, esistono numerosi strumenti validati di alta qualità e ampiamente utilizzati. Ci auguriamo che un buon numero di strumenti di valutazione sia disponibile sia per il ricercatore che per il clinico. Sebbene l'ampia scelta di potenziali strumenti da adattare al particolare quesito dello studio sia utile, l'eterogeneità dei test significa che è difficile confrontare i risultati da uno studio all'altro. L'identificazione di un perfetto strumento universale funzionale e di QOL (Quality Of Life) è difficile per due motivi. Primo: ogni strumento ha i suoi punti di forza e di debolezza alcuni scambiano la brevità per la completezza altri puntano alla generalizzabilità tra gli stati patologici piuttosto che alla specificità dell'amputato. In secondo luogo, ogni studio di ricerca o pratica clinica ha obiettivi ed esigenze specifiche. Tuttavia, in ogni categoria vi sono alcuni strumenti che sono facili da somministrare, sono stati meglio convalidati e sembrano appropriati per l'uso nella popolazione di amputati. I ricercatori dovrebbero essere avvertiti di non creare i propri questionari e di optare invece per	Per n. 4 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

		una metrica convalidata, affidabile e ampiamente utilizzata.	
F25	Resnik, L., & Borgia, M. USA 2016 Studio sperimentale	… è fondamentale che la ricerca sia condotta per fornire a clinici e ricercatori i dati per guidare la selezione e l'interpretazione delle misure di outcome. I princìpi cardine della riabilitazione protesica dell'arto superiore comprendono l'importanza di scegliere misure di esito che siano state valutate per le persone con amputazione dell'arto superiore e che siano affidabili, valide e reattive al cambiamento. Tuttavia, la ricerca limitata sulle proprietà di misurazione delle misure esistenti e la mancanza di misure che valutino domini importanti hanno creato sfide per il campo.	Per n. 2 esperti del pannello A d l'articolo è pertinente
F26	Resnik, L., Borgia, M., Silver, B., & Cancio, J. USA 2017 Revisione di letteratura	Molte misure valutano costrutti non del tutto coerenti con le categorie della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF).	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
F27	Resnik, L., Borgia, M., Silver, B., & Cancio, J. USA 2019 Revisione di letteratura	Le tecniche di misurazione degli esiti (OMT) che valutano la funzione attuale e predicono accuratamente la funzione futura potrebbero aiutare a guidare i protesisti, i medici e i beneficiari e a informare le politiche di reimpiego. Sebbene esistano numerosi strumenti per valutare lo stato funzionale del paziente, non esiste un criterio di consenso per la valutazione dell'assistenza e uno schema di valutazione della funzione attuale e della funzione futura per determinare la prescrizione di una protesi. Sebbene siano stati sviluppati numerosi strumenti (o tecniche) in grado di predire importanti risultati futuri, come l'utilizzo con successo delle LLP (Lower Limb Prostheses), non è chiaro in che misura le misure della funzionalità e dello stato attuale siano in grado di predire la funzionalità futura.	Per n. 4 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
F28	Cieslak, G., Omana, H., Madou, E., Frengopoulos, C., Viana, R., Payne, M. W., & Hunter, S. W. USA 2020 Studio prospettico longitudinale	… tutte le misure di mobilità soggettive e oggettive dovrebbero essere valutate in tutti i pazienti con PLLA (Lower Limb Amputation), poiché ciascuna di esse fornisce informazioni diverse e preziose ai medici.	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
F29	Seth, M., Beisheim, E. H., Pohlig, R. T., Horne, J. R., Sarlo, F. B., & Sions, J. M. USA 2022 Studio trasversale secondario	… gli studi futuri dovrebbero considerare attentamente il TSAmp (Time Since Amputation) nella valutazione degli esiti della mobilità dopo l'amputazione, nella pianificazione di studi prospettici e nello sviluppo di modelli che	Per n. 3 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

		possano consentire ai medici di prevedere gli esiti futuri della mobilità.	
F30	Ranker, A. H., Schaefer, A., Schoettker-Koeniger, T., Davies-Knorr, T., Greitemann, B., & Ranker, A. Germania 2023 Studio di validità e affidabilità	Articolo giudicato non pertinente dalla segreteria scientifica	

Statement 6.2
Gli elementi essenziali per formulare una valutazione accurata e completa, espressa numericamente come misura percentuale, nel caso di soggetti con protesi articolari (come ginocchio, gomito) includono l'entità della eventuale sintomatologia dolorosa residua, il range articolare concesso, la congruenza tra la cinematica della protesi e il fisiologico pattern di movimento dell'arto, nonché l'eventuale impatto negativo sul funzionamento globale dell'individuo, anche in rapporto allo stato anteriore.

#	Autore, anno, tipo di studio	Frasi significative	Esperti del pannello A che hanno valutato l'articolo pertinente
F1	Ghosh, A. K., Tibarewala, D. N., Chakraborty, S., Ganguli, S., & Bose, K. S. India 1980 Studio caso-controllo	Articolo giudicato non pertinente dalla segreteria scientifica: relativo allo studio della relazione tra frequenza cardiaca e dispendio energetico in persone sane e con disabilità agli arti inferiori ed esplorare le eventuali differenze tra le due relazioni	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
F2	Gloss, D. S., & Wardle, M. G. USA 1982 Studio di coorte	Articolo giudicato non pertinente dalla segreteria scientifica: relativo allo studio di sistemi di standardizzazione dell'impairment della funzione della mano	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente
F3	Vizza Italia 1984 Expert opinion	In altri termini, il metodo riabilitativo ridona abilità alla persona che ha subìto una menomazione, tenendo conto di tutti gli attributi ed i valori che l'uomo, come persona, rappresenta per sé e per la Società, nella quale egli vive e lavora. Sotto l'aspetto semantico e filologico, per "riabilitazione" si intende, pertanto, una metodica tendente a restituire abilità a chi l'aveva e l'ha perduta, mentre con il termine di "abilitazione" dovremmo intendere una metodica medica finalizzata a dare abilità a un soggetto che non ha abilità a causa di "handicap" o menomazione congenita. Concettualmente, la predetta distinzione giova anche ai fini della modalità di applicazione dei mezzi tecnici riabilitativi, in rapporto al tipo di	Per n. 5 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

		menomazione, alla sua origine, alla sede della menomazione, nonché al soggetto, come individuo, e come persona. Sono le situazioni particolari biologiche della menomazione, se congenita o acquisita, e gli apparati colpiti dalla menomazione a condizionare le modalità ed i mezzi tecnici della abilitazione e della riabilitazione, in rapporto allo stato biologico del minorato, che ha sempre un suo vissuto, sia somatico che psichico, del quale bisogna tenere conto maggiormente nella metodologia riabilitativa. A torto, pertanto, il termine "riabilitazione" è stato usato, generalizzando, nella formulazione di una scelta politica per fini sociali, come nel caso del recupero dei tossicodipendenti o dei reclusi condannati per reati […] il soggetto con amputazione totale degli arti superiori e inferiori, a mezzo delle protesi mio elettriche e delle protesi modulari, riacquista una grande parte del suo modo di essere e di comportarsi, e senza l'utilizzazione di esse non avrebbe alcuna possibilità di essere e di comportarsi. La riabilitazione, mezzo di protesi di questo tipo, ridimensiona le conseguenze della grave menomazione determinata dalla amputazione degli arti superiori ed inferiori. È bene precisare che nella metodica riabilitativa qualunque trattamento medico-chirurgico, fisioterapico, rieducativo-funzionale, protesico, psicologico deve tenere conto, oltre al tipo, all'entità, alla sede della menomazione, anche e soprattutto della personalità del minorato, che ha sempre un suo vissuto biologico e psichico, che va utilizzato e potenziato prima, durante e dopo l'intervento di "riabilitazione".	
F4	Swanson, A. B., Göran-Hagert, C., & de Groot Swanson, G. Svezia 1987 Metodologia di valutazione	Articolo giudicato non pertinente dalla segreteria scientifica: relativo allo studio di sistemi di standardizzazione dell'impairment della funzione della mano e delle dita	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
F5	Kurdybaĭlo Russia 1991 Studio osservazionale descrittivo	Articolo giudicato non pertinente dalla segreteria scientifica	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente
F6	Crestani, C., Betti, D., & Cortivo, P. Italia 1998 Expert opinion	Articolo giudicato non pertinente dalla segreteria scientifica: relativo alla riabilitazione protesica in infortunistica privata	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
F7	Brown, K. R., Jean-Claude, J., Seabrook, G. R., Towne, J. B., & Cambria, R. A. USA	Articolo giudicato non pertinente dalla segreteria scientifica: revisione di stampo clinico relativa a lesioni complesse degli arti superiori	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente

	2001 Studio osservazionale descrittivo		
F8	Franchignoni, F., Orlandini, D., Ferriero, G., & Moscato, T. A. Italia 2004 Studio di validità e affidabilità	Una migliore mobilità può favorire l'indipendenza funzionale delle persone con amputazione dell'arto inferiore in tutte le attività di cura personale e di vita quotidiana e migliorare la loro qualità di vita (QOL). Sono stati utilizzati diversi strumenti per valutare la mobilità in questi pazienti, ma non vi è accordo su cosa debba essere misurato e su cosa debba essere utilizzato per ottenere queste informazioni […] L'LCI (Locomotor Capabilities Index) è uno strumento autosomministrato, specifico per la malattia, per valutare le abilità locomotorie generalmente considerate essenziali per le ADL di base e avanzate delle persone con amputazione degli arti inferiori e un fattore abilitante associato all'uso protesico a lungo termine. È facilmente somministrabile e rapidamente completabile. Un possibile miglioramento potrebbe essere l'aggiunta di alcune linee guida per il punteggio degli item (ad esempio, "trasportare un oggetto"). I nostri risultati relativi all'LCI sono pienamente in linea con i risultati di altri studi, condotti in paesi e contesti diversi utilizzando lo stesso strumento, che supportano l'uso di questo indice come misura efficace delle capacità locomotorie nelle persone con amputazione degli arti inferiori che indossano una protesi. Infine, i risultati preliminari sull'uso dell'LCI-5 sono incoraggianti e supportano ulteriori indagini sulle caratteristiche psicometriche e pratiche di questa versione rivista per confermarla come un perfezionamento costruttivo dello strumento.	Per n. 4 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
F9	Loiret, I., Paysant, J., Martinet, N., & André, J. M. Francia 2005 Revisione di letteratura	La valutazione della protesi e dell'adattamento è un processo specifico, comune a tutti i dispositivi medici compensatori. Da un lato, il dispositivo viene valutato in base alle specifiche tecniche (qualità, solidità, affidabilità, sicurezza) e agli standard (UE, ISO): ciò avviene successivamente in laboratori di prova accreditati, durante gli studi clinici necessari per la gestione del paziente e durante i controlli post-procedura (vigilanza sui materiali). La valutazione riguarda anche i servizi satellite che interferiscono con l'uso e l'accettazione del dispositivo (rete di distribuzione, manutenzione, riparazione, modularità, estetica, consulenza, metodi di trattamento). L'opinione combinata di tutti i soggetti coinvolti (prescrittori, utilizzatori, produttori, fisioterapisti, distributori), guidata da	Per n. 4 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

		questionari non specifici come il metodo Delphi, permette, attraverso una valutazione multidisciplinare, di sviluppare il dispositivo e le sue integrazioni. Questo processo normalmente precede o accompagna la commercializzazione. L'apparecchiatura viene quindi valutata sulla base dei questionari di soddisfazione descritti di seguito.	
F10	Chin, T., Sawamura, S., & Shiba, R. Giappone 2006 Studio comparativo	Negli anziani amputati degli arti inferiori è richiesta una forma fisica sufficiente per coprire il dispendio energetico della deambulazione protesica. Tuttavia, i pazienti anziani sono affetti da complicazioni legate all'arteriosclerosi in tutto il corpo, oltre che dal deterioramento fisiologico della forma fisica. Sebbene vi siano differenze tra i soggetti, vi sarà inevitabilmente un certo grado di declino della forma fisica. Se è possibile identificare il livello di forma fisica necessario per la deambulazione protesica, la riabilitazione degli amputati anziani procederà in modo più efficiente, con una prognosi più chiara.	Per n. 4 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
F11	Hebert, J. S., & Ashworth, N. L. Canada 2006 Revisione retrospettiva	Questo studio evidenzia l'importanza di considerare i livelli di amputazione delle dita dei piedi come un potenziale impatto significativo sul posto di lavoro. Altri fattori oltre al semplice livello di amputazione (come il reddito precedente) sono importanti per valutare l'esito funzionale delle persone con amputazione degli arti inferiori correlata al lavoro. Se si usa un database di lavoratori assicurati per tracciare gli esiti, è importante prendere in considerazione i risultati della riabilitazione e dell'applicazione di protesi. L'efficacia e l'intensità dell'intervento e i cambiamenti in seguito alla valutazione del lavoro sarebbero importanti da registrare. Il numero di giorni di TD (Total Disability) dopo l'amputazione dell'arto inferiore può essere una misura più efficace della determinazione della RTW (Return To Work) iniziale nel valutare l'impatto dell'amputazione sul lavoro.	Per n. 3 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

F12	Hebert, J. S., Wolfe, D. L., Miller, W. C., Deathe, A. B., Devlin, M., & Pallaveshi, L. Canada 2009 Revisione di letteratura	Nella letteratura sugli amputati esistono poche misure di esito della funzione corporea ben convalidate, il che può spiegare la mancanza di un uso diffuso di queste misure. Le misure attualmente raccomandate per le persone con amputazione degli arti inferiori sulla base di adeguate proprietà metriche includono l'ABC (Activities-specific Balance Confidence), che misura la fiducia nell'equilibrio, l'ABIS (Amputee Body Image Scale), una misura dell'immagine corporea, ed eventualmente il GHQ-28 (General Health Questionnaire) e il CES-D (Center for Epidemiological Studies – Depression Scale) come strumenti per lo screening della depressione. L'SCS (Socket Comfort Score), sebbene non sia stato ben studiato, è uno dei più semplici strumenti clinici che può essere utilizzato per documentare il comfort della presa e i cambiamenti nel tempo che non sono facilmente ricordabili retrospettivamente. Il test di pedalata su una gamba sola, la velocità di deambulazione strumentale e le misure di oscillazione posturale, sebbene ben consolidati e convalidati, possono avere un'utilità clinica limitata a causa della necessità di attrezzature e personale specializzato. Per tutte le scale, la reattività all'intervento non è stata ben stabilita e dovrebbe essere al centro di studi futuri in questo settore, insieme alla continua verifica della validità e dell'affidabilità.	Per n. 5 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
F13	Kim, H. C., Kim, J. S., Lee, K. H., Lee, H. S., Choi, E. S., & Yu, J. Y. Corea 2009 Sviluppo di linee guida	Le linee guida coreane per la valutazione delle menomazioni degli arti inferiori sono state sviluppate principalmente sulla base dei criteri della quinta edizione delle AMA Guides. Le linee guida coreane differiscono dalle guide AMA in quanto omettono alcune classificazioni che non sono realistiche in Corea. Nella categoria della debolezza muscolare, se la potenza muscolare è inferiore al grado III, viene valutata nel sistema nervoso periferico. Ciò può ridurre l'imprecisione. In questa linea guida sono esclusi i metodi che possono essere modificati dall'esaminando, come la deambulazione. Con questo procedimento possiamo rendere la linea guida più semplice e oggettiva rispetto alle Guide AMA. Quando si utilizza questa nuova linea guida per la valutazione della disabilità, l'esaminatore deve conoscere l'anamnesi completa e rivedere tutta la documentazione. Dopo aver compreso i sintomi e i segni del paziente, l'esaminatore	Per n. 3 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

		deve eseguire un esame fisico accurato. Il medico deve registrare i risultati fisici relativi all'estremità inferiore, come l'ampiezza di movimento, la discrepanza di lunghezza dell'arto, la deformità, i riflessi, la forza muscolare, l'atrofia muscolare, la lassità legamentosa, i deficit motori e sensoriali e le diagnosi specifiche come le fratture. In sintesi, l'approccio graduale per la valutazione di una menomazione dell'essere inferiore è il seguente: 1) Stabilire la diagnosi 2) Determinare se è stato raggiunto il massimo miglioramento clinico 3) Identificare ogni regione anatomica dell'arto inferiore con anomalie correlate alla lesione in questione 4) Calcolare la menomazione in base al testo e alle tabelle per ogni metodo applicabile 5) Identificare e calcolare le lesioni correlate alla lesione del sistema nervoso periferico 6) Identificare e calcolare tutte le lesioni relative al sistema vascolare periferico 7) La valutazione della menomazione dell'arto inferiore per ciascun arto viene poi convertita in menomazione dell'intera persona	
F14	Kohler, F., Cieza, A., Stucki, G., Geertzen, J., Burger, H., Dillon, M. P., ... & Kostanjsek, N. Australia 2009 Sviluppo e validazione di strumenti diagnostici	I Core Set ICF sono strumenti pratici per diversi scopi. Consentono a medici e ricercatori di classificare e descrivere il funzionamento di un individuo utilizzando i codici ICF più rilevanti. Il Brief ICF Core Set può facilitare gli studi internazionali e quelli che confrontano le conseguenze di condizioni diverse. Il Comprehensive ICF Core Set può essere utilizzato in clinica come lista di controllo per valutare i bisogni del paziente, per formulare obiettivi di riabilitazione e per valutare i progressi. Un quadro di riferimento generale è potente per quanto riguarda la comunicazione tra professionisti della salute all'interno di contesti specifici e tra contesti diversi. Allo stesso modo, può essere utile nella comunicazione tra operatori sanitari e persone con amputazione. L'obiettivo dei Core Set dell'ICF di specificare ciò che è rilevante studiare e riportare per le persone con amputazione è molto in linea con l'obiettivo più ampio di definire un Core Data Set di variabili che possono essere raccolte in	Per n. 5 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

		qualsiasi studio sulle persone con amputazione, oltre a vari Basic e Extended amputee Data Set e Moduli per argomenti specifici relativi alle persone con amputazione. Come in ogni sforzo scientifico, ci sono incertezze che devono essere risolte durante il processo.	
F15	Larsson, B., Johannesson, A., Andersson, I. H., & Atroshi, I. Svezia 2009 Sviluppo e validazione di strumenti diagnostici	Nella pratica clinica vi è un sempre maggior bisogno di valutare i metodi utilizzati nella riabilitazione a causa di una maggiore enfasi sulla sicurezza del paziente e di un crescente interesse per l'economia sanitaria. Qualunque sia lo scopo del loro utilizzo, i test devono dimostrare non solo un'elevata affidabilità e validità, ma anche essere facili da usare in un contesto clinico. L'LCI (Locomotor Capabilities Index) sembra soddisfare questi requisiti grazie alla sua facilità d'uso nella pratica quotidiana.	Per n. 4 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
F16	Zidarov, D., Swaine, B., & Gauthier-Gagnon, C. Canada 2009 Case series	Tra le persone con amputazione degli arti inferiori, le abitudini di vita legate ai ruoli sociali sembrano essere più disturbate di quelle associate alle ADL (Activities of Daily Living). Questo sembra essere vero durante tutto il processo di riabilitazione e fino a 3 mesi dopo il rientro in comunità. Durante la riabilitazione ospedaliera, le prestazioni nelle ADL, ad eccezione delle categorie cura personale e comunicazione, sono migliorate in modo significativo, mentre la realizzazione dei ruoli sociali non è migliorata in modo significativo, ad eccezione della categoria vita comunitaria. I nostri risultati sottolineano quindi l'importanza di concentrare l'assistenza sui ruoli sociali, come la vita comunitaria, la ricreazione e l'occupazione, durante la riabilitazione delle persone con amputazione degli arti inferiori. Migliorare la mobilità esterna delle persone con amputazione dell'arto inferiore con un addestramento appropriato, compreso l'addestramento protesico e la fornitura di dispositivi di assistenza adeguati, potrebbe migliorare la realizzazione dei ruoli sociali, soprattutto nella vita comunitaria. Alla dimissione, l'usura della protesi, l'uso attivo della protesi all'interno e all'esterno e le capacità locomotorie con la protesi erano elevate e tendevano a continuare a migliorare una volta che la persona era tornata nel proprio ambiente. Inoltre, la maggior parte dei pazienti di questo studio ha riferito di essersi adattata abbastanza bene o completamente all'amputazione e alla protesi, e questo fenomeno sembra migliorare 3 mesi dopo il	Per n. 3 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

		ritorno a casa. Tutti i pazienti hanno riferito di svolgere alcune attività sedentarie nel tempo libero, ma meno della metà era coinvolta in attività sportive a 3 mesi dal ritorno a casa. Infine, il raggiungimento delle abitudini di vita e delle capacità protesiche e ludico-motorie riflette la maggior parte degli obiettivi degli interventi multidisciplinari offerti durante il processo di riabilitazione. Pertanto, gli strumenti utilizzati in questo studio sembrano essere misure di esito promettenti per un programma di riabilitazione o per la pratica clinica quotidiana.	
	Lindner, H. Y., Nätterlund, B. S., & Hermansson, L. M. N. Svezia 2010 Revisione di letteratura	Esistono poche misure di esito di comprovata qualità psicometrica da utilizzare nella valutazione degli utenti di protesi di arto superiore. Le diverse misure coprono aspetti diversi della salute e l'uso di un mix di misure di esito fornirebbe un quadro migliore dei risultati dei nostri clienti. Per i bambini si raccomanda l'ACMC (Assessment of Capacity for Myoelectric Control) e il PUFI (Prosthetic Upper Extremity Functional Index), mentre per gli adulti si raccomanda l'ACMC e parti selezionate di OPUS (Orthotics and Prosthetics Users' Survey) e TAPES (Trinity Amputation and Prosthesis Experience Scales). Sono necessarie misure che si concentrino sull'interazione sociale negli utenti pediatrici.	Per n. 4 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
F18	Kamburoğlu, H. O., Aksu, A. E., Sönmez, E., İşçi, E. T., Şafak, T. U. N. Ç., & Kecik, A. Turchia 2011 Studio comparativo	Sebbene questi quattro strumenti (test di Ipsen, di Tamai, di Chen e DASH) abbiano metodologie diverse per valutare la funzione della mano, abbiamo riscontrato un'alta correlazione tra tre di essi (Ipsen, Tamai, DASH) e una moderata correlazione con il test di Chen. Questo risultato può essere attribuito alle metodologie più dettagliate dei primi tre strumenti rispetto al sistema Chen. È stato interessante notare che i risultati del test DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand), considerato a bassa sensibilità nelle lesioni a una sola cifra, soprattutto a livello distale, erano simili a quelli ottenuti con gli altri test, anche nelle amputazioni a una sola cifra a livello delle articolazioni distali. Tuttavia, non è stato possibile effettuare un'analisi statistica poiché il numero di pazienti era limitato. Riteniamo che, sebbene il test DASH basato su un questionario sia il più facile da eseguire, la sua soggettività non dovrebbe essere tollerata. Gli altri test	Per n. 3 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

		richiedono un esaminatore esperto del pannello A e una notevole attenzione.	
F19	Østlie, K., Franklin, R. J., Skjeldal, O. H., Skrondal, A., & Magnus, P. UK 2011 Studio trasversale combinato	Il successo della riabilitazione protesica presuppone il movimento delle articolazioni all'interno del range funzionale e una forza muscolare sufficiente per gestire la protesi. Tuttavia, le misurazioni fisiche che possono essere effettuate per valutare clinicamente l'arto superiore, come il range di movimento (ROM), possono essere insufficienti per tradurre le menomazioni misurabili in disabilità percepite dal paziente. La necessità di una riabilitazione specializzata può sorgere in tempi diversi dopo l'amputazione, man mano che l'età e le sollecitazioni causano un'alterazione delle condizioni fisiche dell'amputato. Una migliore conoscenza dell'associazione tra i risultati di esami clinici specifici e la funzione del braccio auto-riferita può essere utile agli operatori sanitari di base per identificare gli amputati che necessitano di essere indirizzati a una riabilitazione specializzata.	Per n. 5 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
F20	Pierce, S., Fergus, A., Brady, B., & Wolff-Burke, M. USA 2011 Studio caso-controllo	La possibilità di misurare la mobilità funzionale di un bambino con amputazione utilizzando misure soggettive e oggettive, come la FMA (Functional Mobility Assessment), consente una valutazione più accurata delle capacità fisiche e delle prospettive del bambino. L'utilizzo di un gruppo definito di bambini e adolescenti aiuterà a esaminare l'utilità di questo strumento in una popolazione pediatrica. Le informazioni ottenute dalla FMA possono essere utilizzate per stabilire obiettivi di promozione dell'attività fisica e per valutare e ridurre il rischio futuro di malattie o lesioni nei bambini con amputazioni.	Per n. 4 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

F21	Xu, J., Kohler, F., & Dickson, H. Australia 2011 Revisione di letteratura	L'ICF è disponibile in oltre 25 lingue. Migliorare l'utilità della classificazione per i medici contribuirà a standardizzare la pratica clinica e a confrontare i risultati a livello nazionale e internazionale. I Core Set ICF sono progettati per utilizzare un numero gestibile di categorie dell'ICF, in modo da consentirne l'applicazione nella pratica clinica quotidiana.	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
F22	Resnik, L., Adams, L., Borgia, M., Delikat, J., Disla, R., Ebner, C., & Walters, L. S. USA 2013 Studio di coorte	L'AM-ULA (Activities Measure for Upper Limb Amputees) è una nuova misura a 18 item delle prestazioni di attività per adulti con amputazione dell'arto superiore che considera il completamento del compito, la velocità, la qualità del movimento, l'abilità nell'uso della protesi e l'indipendenza nel suo sistema di valutazione. Ha un'eccellente coerenza interna, una buona affidabilità inter-rater, un'affidabilità test-retest e ha dimostrato una validità di gruppo e convergente. L'AM-ULA è adatto agli utenti di tutti i tipi di dispositivi protesici e risponde alla necessità riconosciuta di una misura convalidata dell'attività basata sulle prestazioni per gli adulti. Il punteggio va da 0 a 40, con punteggi più alti che indicano una migliore performance funzionale.	Per n. 5 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
F23	Giladi, A. M., McGlinn, E. P., Shauver, M. J., Voice, T. P., & Chung, K. C. USA 2014 Studio comparativo	I pazienti con amputazioni traumatiche delle dita presentano una disabilità che influisce sulla loro capacità di lavorare e di svolgere le attività quotidiane. Il grado di limitazione di queste lesioni è poco conosciuto, in parte a causa dei metodi utilizzati per valutare gli esiti post-amputazione. L'attuale standard di valutazione della disabilità, l'American Medical Association Guides, è uno strumento inadeguato per riportare la disabilità oltre il livello di lesione strutturale. In questo studio, dimostriamo il valore degli esiti riferiti dal paziente nell'affrontare gli elementi più complessi del recupero post amputazione e della disabilità a lungo termine non inclusi nelle Guide. Come è stato fatto per altre patologie dell'arto superiore, l'uso dei risultati riferiti dal paziente migliorerà l'accuratezza e la qualità dei dati sui risultati e fornirà migliori prove per le linee guida e i criteri di trattamento per la comune lesione dell'amputazione del dito.	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
F24	Hawkins, A. T., Henry, A. J., Crandell, D. M., & Nguyen, L. L. USA 2014 Revisione di letteratura	Sebbene non sia disponibile alcun criterio di riferimento per le misure di risultato, esistono numerosi strumenti validati di alta qualità e ampiamente utilizzati.	Per n. 3 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

		Ci auguriamo che un buon numero di strumenti di valutazione sia disponibile sia per il ricercatore che per il clinico. Sebbene l'ampia scelta di potenziali strumenti da adattare al particolare quesito dello studio sia utile, l'eterogeneità dei test significa che è difficile confrontare i risultati da uno studio all'altro. L'identificazione di un perfetto strumento universale funzionale e di QOL (Quality Of Life) è difficile per due motivi. Primo: ogni strumento ha i suoi punti di forza e di debolezza alcuni scambiano la brevità per la completezza altri puntano alla generalizzabilità tra gli stati patologici piuttosto che alla specificità dell'amputato. In secondo luogo, ogni studio di ricerca o pratica clinica ha obiettivi ed esigenze specifiche. Tuttavia, in ogni categoria vi sono alcuni strumenti che sono facili da somministrare, sono stati meglio convalidati e sembrano appropriati per l'uso nella popolazione di amputati. I ricercatori dovrebbero essere avvertiti di non creare i propri questionari e di optare invece per una metrica convalidata, affidabile e ampiamente utilizzata.	
F25	Resnik, L., & Borgia, M. USA 2016 Studio sperimentale	… è fondamentale che la ricerca sia condotta per fornire a clinici e ricercatori i dati per guidare la selezione e l'interpretazione delle misure di outcome. I princìpi cardine della riabilitazione protesica dell'arto superiore comprendono l'importanza di scegliere misure di esito che siano state valutate per le persone con amputazione dell'arto superiore e che siano affidabili, valide e reattive al cambiamento. Tuttavia, la ricerca limitata sulle proprietà di misurazione delle misure esistenti e la mancanza di misure che valutino domini importanti hanno creato sfide per il campo.	Per n. 3 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
F26	Resnik, L., Borgia, M., Silver, B., & Cancio, J. USA 2017 Revisione di letteratura	Molte misure valutano costrutti non del tutto coerenti con le categorie della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF).	Per n. 3 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
F27	Resnik, L., Borgia, M., Silver, B., & Cancio, J. USA 2019 Revisione di letteratura	Le tecniche di misurazione degli esiti (OMT) che valutano la funzione attuale e predicono accuratamente la funzione futura potrebbero aiutare a guidare i protesisti, i medici e i beneficiari e a informare le politiche di reimpiego.	Per n. 5 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

		Sebbene esistano numerosi strumenti per valutare lo stato funzionale del paziente, non esiste un criterio di consenso per la valutazione dell'assistenza e uno schema di valutazione della funzione attuale e della funzione futura per determinare la prescrizione di una protesi. Sebbene siano stati sviluppati numerosi strumenti (o tecniche) in grado di predire importanti risultati futuri, come l'utilizzo con successo delle LLP (Lower Limb Prostheses), non è chiaro in che misura le misure della funzionalità e dello stato attuale siano in grado di predire la funzionalità futura.	
F28	Cieslak, G., Omana, H., Madou, E., Frengopoulos, C., Viana, R., Payne, M. W., & Hunter, S. W. USA 2020 Studio prospettico longitudinale	… tutte le misure di mobilità soggettive e oggettive dovrebbero essere valutate in tutti i pazienti con PLLA (Lower Limb Amputation), poiché ciascuna di esse fornisce informazioni diverse e preziose ai medici.	Per n. 3 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
F29	Seth, M., Beisheim, E. H., Pohlig, R. T., Horne, J. R., Sarlo, F. B., & Sions, J. M. USA 2022 Studio trasversale secondario	… gli studi futuri dovrebbero considerare attentamente il TSAmp (Time Since Amputation) nella valutazione degli esiti della mobilità dopo l'amputazione, nella pianificazione di studi prospettici e nello sviluppo di modelli che possano consentire ai medici di prevedere gli esiti futuri della mobilità.	Per n. 3 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
F30	Ranker, A. H., Schaefer, A., Schoettker-Koeniger, T., Davies-Knorr, T., Greitemann, B., & Ranker, A. Germania 2023 Studio di validità e affidabilità	Articolo giudicato non pertinente dalla segreteria scientifica	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente

Statement 6.3
Gli elementi essenziali per ottenere una valutazione accurata e completa, espressa numericamente come misura percentuale, nel caso di soggetti con perdite anatomiche protesizzabili (come le amputazioni) includono la determinazione della lunghezza residua dell'arto amputato dopo la perdita anatomica (misurata con precisione antropometrica), l'analisi del trofismo muscolare residuo e delle relative capacità motorie nella zona periamputata, nonché lo studio della protesizzabilità dell'arto leso.

#	Autore, anno, tipo di studio	Frasi significative	Esperti del pannello A che hanno valutato l'articolo pertinente
F1	Ghosh, A. K., Tibarewala, D. N., Chakraborty, S., Ganguli, S., & Bose, K. S. India 1980 Studio caso-controllo	Articolo giudicato non pertinente dalla segreteria scientifica: relativo allo studio della relazione tra frequenza cardiaca e dispendio energetico in persone sane e con disabilità agli arti inferiori ed esplorare le eventuali differenze tra le due relazioni.	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto pertinente l'articolo
F2	Gloss, D. S., & Wardle, M. G. USA 1982 Studio di coorte	Articolo giudicato non pertinente dalla segreteria scientifica: relativo allo studio di sistemi di standardizzazione dell'impairment della funzione della mano.	Nessun esperto del pannello A del pannello A ha ritenuto pertinente l'articolo
F3	Vizza Italia 1984 Expert opinion	In altri termini, il metodo riabilitativo ridona abilità alla persona che ha subìto una menomazione, tenendo conto di tutti gli attributi ed i valori che l'uomo, come persona, rappresenta per sé e per la Società, nella quale egli vive e lavora. Sotto l'aspetto semantico e filologico, per "riabilitazione" si intende, pertanto, una metodica tendente a restituire abilità a chi l'aveva e l'ha perduta, mentre con il termine di "abilitazione" dovremmo intendere una metodica medica finalizzata a dare abilità a un soggetto che non ha abilità a causa di "handicap" o menomazione congenita. Concettualmente, la già menzionata distinzione giova anche ai fini della modalità di applicazione dei mezzi tecnici riabilitativi, in rapporto al tipo di menomazione, alla sua origine, alla sede della menomazione, nonché al soggetto, come individuo, e come persona. Sono le situazioni particolari biologiche della menomazione, se congenita o acquisita, e gli apparati colpiti dalla menomazione a condizionare le modalità ed i mezzi tecnici della abilitazione e della riabilitazione, in rapporto allo stato biologico del minorato, che ha sempre un suo vissuto, sia somatico che psichico, del quale bisogna tenere conto maggiormente nella metodologia riabilitativa. A torto, pertanto, il termine "riabilitazione" è stato usato, generalizzando, nella formulazione di una scelta politica per fini sociali, come nel caso del recupero dei tossicodipendenti o dei reclusi condannati per reati […] il soggetto con amputazione totale degli arti superiori e inferiori, a mezzo delle protesi mio elettriche e delle protesi modulari, riacquista una grande parte del suo modo di essere e di comportarsi, e	Per n. 3 esperti del pannello A del pannello A l'articolo è pertinente

		senza l'utilizzazione di esse non avrebbe alcuna possibilità di essere e di comportarsi. La riabilitazione, mezzo di protesi di questo tipo, ridimensiona le conseguenze della grave menomazione determinata dalla amputazione degli arti superiori ed inferiori. È bene precisare che nella metodica riabilitativa qualunque trattamento medico-chirurgico, fisioterapico, rieducativo-funzionale, protesico, psicologico deve tenere conto, oltre al tipo, all'entità, alla sede della menomazione, anche e soprattutto della personalità del minorato, che ha sempre un suo vissuto biologico e psichico, che va utilizzato e potenziato prima, durante e dopo l'intervento di "riabilitazione".	
F4	Swanson, A. B., Göran-Hagert, C., & de Groot Swanson, G. Svezia 1987 Metodologia di valutazione	Articolo giudicato non pertinente dalla segreteria scientifica: relativo allo studio di sistemi di standardizzazione dell'impairment della funzione della mano e delle dita	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto pertinente l'articolo
F5	Kurdybaïlo Russia 1991 Studio osservazionale descrittivo	Articolo giudicato non pertinente dalla segreteria scientifica	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto pertinente l'articolo
F6	Crestani, C., Betti, D., & Cortivo, P. Italia 1998 Expert opinion	Articolo giudicato non pertinente dalla segreteria scientifica: relativo alla riabilitazione protesica in infortunistica privata	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto pertinente l'articolo
F7	Brown, K. R., Jean-Claude, J., Seabrook, G. R., Towne, J. B., & Cambria, R. A. USA 2001 Studio osservazionale descrittivo	Articolo giudicato non pertinente dalla segreteria scientifica: revisione di stampo clinico relativa a lesioni complesse degli arti superiori	Nessun esperto del pannello A ha ritenuto pertinente l'articolo
F8	Franchignoni, F., Orlandini, D., Ferriero, G., & Moscato, T. A. Italia 2004 Studio di validità e affidabilità	Una migliore mobilità può favorire l'indipendenza funzionale delle persone con amputazione dell'arto inferiore in tutte le attività di cura personale e di vita quotidiana e migliorare la loro qualità di vita (QOL). Sono stati utilizzati diversi strumenti per valutare la mobilità in questi pazienti, ma non vi è accordo su cosa debba essere misurato e su cosa debba essere utilizzato per ottenere queste informazioni […] L'LCI (Locomotor Capabilities Index) è uno strumento autosomministrato, specifico per la malattia, per valutare le abilità locomotorie generalmente considerate essenziali per le ADL di base e	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

		avanzate delle persone con amputazione degli arti inferiori e un fattore abilitante associato all'uso protesico a lungo termine. È facilmente somministrabile e rapidamente completabile. Un possibile miglioramento potrebbe essere l'aggiunta di alcune linee guida per il punteggio degli item (ad esempio, "trasportare un oggetto"). I nostri risultati relativi all'LCI sono pienamente in linea con i risultati di altri studi, condotti in paesi e contesti diversi utilizzando lo stesso strumento, che supportano l'uso di questo indice come misura efficace delle capacità locomotorie nelle persone con amputazione degli arti inferiori che indossano una protesi. Infine, i risultati preliminari sull'uso dell'LCI-5 sono incoraggianti e supportano ulteriori indagini sulle caratteristiche psicometriche e pratiche di questa versione rivista per confermarla come un perfezionamento costruttivo dello strumento.	
F9	Loiret, I., Paysant, J., Martinet, N., & André, J. M. Francia 2005 Revisione di letteratura	La valutazione della protesi e dell'adattamento è un processo specifico, comune a tutti i dispositivi medici compensatori. Da un lato, il dispositivo viene valutato in base alle specifiche tecniche (qualità, solidità, affidabilità, sicurezza) e agli standard (UE, ISO): ciò avviene successivamente in laboratori di prova accreditati, durante gli studi clinici necessari per la gestione del paziente e durante i controlli post-procedura (vigilanza sui materiali). La valutazione riguarda anche i servizi satellite che interferiscono con l'uso e l'accettazione del dispositivo (rete di distribuzione, manutenzione, riparazione, modularità, estetica, consulenza, metodi di trattamento). L'opinione combinata di tutti i soggetti coinvolti (prescrittori, utilizzatori, produttori, fisioterapisti, distributori), guidata da questionari non specifici come il metodo Delphi, permette, attraverso una valutazione multidisciplinare, di sviluppare il dispositivo e le sue integrazioni. Questo processo normalmente precede o accompagna la commercializzazione. L'apparecchiatura viene quindi valutata sulla base dei questionari di soddisfazione descritti di seguito.	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
F10	Chin, T., Sawamura, S., & Shiba, R. Giappone 2006 Studio comparativo	Negli anziani amputati degli arti inferiori è richiesta una forma fisica sufficiente per coprire il dispendio energetico della deambulazione protesica. Tuttavia, i pazienti anziani sono affetti da complicazioni legate	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

		all'arteriosclerosi in tutto il corpo, oltre che dal deterioramento fisiologico della forma fisica. Sebbene vi siano differenze tra i soggetti, vi sarà inevitabilmente un certo grado di declino della forma fisica. Se è possibile identificare il livello di forma fisica necessario per la deambulazione protesica, la riabilitazione degli amputati anziani procederà in modo più efficiente, con una prognosi più chiara.	
F11	Hebert, J. S., & Ashworth, N. L. Canada 2006 Revisione retrospettiva	Questo studio evidenzia l'importanza di considerare i livelli di amputazione delle dita dei piedi come un potenziale impatto significativo sul posto di lavoro. Altri fattori oltre al semplice livello di amputazione (come il reddito precedente) sono importanti per valutare l'esito funzionale delle persone con amputazione degli arti inferiori correlata al lavoro. Se si usa un database di lavoratori assicurati per tracciare gli esiti, è importante prendere in considerazione i risultati della riabilitazione e dell'applicazione di protesi. L'efficacia e l'intensità dell'intervento e i cambiamenti in seguito alla valutazione del lavoro sarebbero importanti da registrare. Il numero di giorni di TD (Total Disability) dopo l'amputazione dell'arto inferiore può essere una misura più efficace della determinazione della RTW (Return To Work) iniziale nel valutare l'impatto dell'amputazione sul lavoro.	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
F12	Hebert, J. S., Wolfe, D. L., Miller, W. C., Deathe, A. B., Devlin, M., & Pallaveshi, L. Canada 2009 Revisione di letteratura	Nella letteratura sugli amputati esistono poche misure di esito della funzione corporea ben convalidate, il che può spiegare la mancanza di un uso diffuso di queste misure. Le misure attualmente raccomandate per le persone con amputazione degli arti inferiori sulla base di adeguate proprietà metriche includono l'ABC (Activities-specific Balance Confidence), che misura la fiducia nell'equilibrio, l'ABIS (Amputee Body Image Scale), una misura dell'immagine corporea, ed eventualmente il GHQ-28 (General Health Questionnaire) e il CES-D (Center for Epidemiological Studies – Depression Scale) come strumenti per lo screening della depressione. L'SCS (Socket Comfort Score), sebbene non sia stato ben studiato, è uno dei più semplici strumenti clinici che può essere	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

		utilizzato per documentare il comfort della presa e i cambiamenti nel tempo che non sono facilmente ricordabili retrospettivamente. Il test di pedalata su una gamba sola, la velocità di deambulazione strumentale e le misure di oscillazione posturale, sebbene ben consolidati e convalidati, possono avere un'utilità clinica limitata a causa della necessità di attrezzature e personale specializzato. Per tutte le scale, la reattività all'intervento non è stata ben stabilita e dovrebbe essere al centro di studi futuri in questo settore, insieme alla continua verifica della validità e dell'affidabilità.	
F13	Kim, H. C., Kim, J. S., Lee, K. H., Lee, H. S., Choi, E. S., & Yu, J. Y. Corea 2009 Sviluppo di linee guida	Le linee guida coreane per la valutazione delle menomazioni degli arti inferiori sono state sviluppate principalmente sulla base dei criteri della quinta edizione delle AMA Guides. Le linee guida coreane differiscono dalle guide AMA in quanto omettono alcune classificazioni che non sono realistiche in Corea. Nella categoria della debolezza muscolare, se la potenza muscolare è inferiore al grado III, viene valutata nel sistema nervoso periferico. Ciò può ridurre l'imprecisione. In questa linea guida sono esclusi i metodi che possono essere modificati dall'esaminando, come la deambulazione. Con questo procedimento possiamo rendere la linea guida più semplice e oggettiva rispetto alle Guide AMA. Quando si utilizza questa nuova linea guida per la valutazione della disabilità, l'esaminatore deve conoscere l'anamnesi completa e rivedere tutta la documentazione. Dopo aver compreso i sintomi e i segni del paziente, l'esaminatore deve eseguire un esame fisico accurato. Il medico deve registrare i risultati fisici relativi all'estremità inferiore, come l'ampiezza di movimento, la discrepanza di lunghezza dell'arto, la deformità, i riflessi, la forza muscolare, l'atrofia muscolare, la lassità legamentosa, i deficit motori e sensoriali e le diagnosi specifiche come le fratture. In sintesi, l'approccio graduale per la valutazione di una menomazione dell'essere inferiore è il seguente: 1) Stabilire la diagnosi 2) Determinare se è stato raggiunto il massimo miglioramento clinico	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente

		3) Identificare ogni regione anatomica dell'arto inferiore con anomalie correlate alla lesione in questione 4) Calcolare la menomazione in base al testo e alle tabelle per ogni metodo applicabile 5) Identificare e calcolare le lesioni correlate alla lesione del sistema nervoso periferico 6) Identificare e calcolare tutte le lesioni relative al sistema vascolare periferico 7) La valutazione della menomazione dell'arto inferiore per ciascun arto viene poi convertita in menomazione dell'intera persona	
F14	Kohler, F., Cieza, A., Stucki, G., Geertzen, J., Burger, H., Dillon, M. P., ... & Kostanjsek, N. Australia 2009 Sviluppo e validazione di strumenti diagnostici	I Core Set ICF sono strumenti pratici per diversi scopi. Consentono a medici e ricercatori di classificare e descrivere il funzionamento di un individuo utilizzando i codici ICF più rilevanti. Il Brief ICF Core Set può facilitare gli studi internazionali e quelli che confrontano le conseguenze di condizioni diverse. Il Comprehensive ICF Core Set può essere utilizzato in clinica come lista di controllo per valutare i bisogni del paziente, per formulare obiettivi di riabilitazione e per valutare i progressi. Un quadro di riferimento generale è potente per quanto riguarda la comunicazione tra professionisti della salute all'interno di contesti specifici e tra contesti diversi. Allo stesso modo, può essere utile nella comunicazione tra operatori sanitari e persone con amputazione. L'obiettivo dei Core Set dell'ICF di specificare ciò che è rilevante studiare e riportare per le persone con amputazione è molto in linea con l'obiettivo più ampio di definire un Core Data Set di variabili che possono essere raccolte in qualsiasi studio sulle persone con amputazione, oltre a vari Basic e Extended amputee Data Set e Moduli per argomenti specifici relativi alle persone con amputazione. Come in ogni sforzo scientifico, ci sono incertezze che devono essere risolte durante il processo.	Per n. 3 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
F15	Larsson, B., Johannesson, A., Andersson, I. H., & Atroshi, I. Svezia 2009 Sviluppo e validazione di strumenti diagnostici	Nella pratica clinica vi è un sempre maggior bisogno di valutare i metodi utilizzati nella riabilitazione a causa di una maggiore enfasi sulla sicurezza del paziente e di un crescente interesse per l'economia sanitaria. Qualunque sia lo scopo del loro utilizzo, i test devono dimostrare non solo un'elevata affidabilità e validità, ma anche essere facili da usare in un	Per n. 3 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

		contesto clinico. L'LCI (Locomotor Capabilities Index) sembra soddisfare questi requisiti grazie alla sua facilità d'uso nella pratica quotidiana.	
F16	Zidarov, D., Swaine, B., & Gauthier-Gagnon, C. Canada 2009 Case series	Tra le persone con amputazione degli arti inferiori, le abitudini di vita legate ai ruoli sociali sembrano essere più disturbate di quelle associate alle ADL (Activities of Daily Living). Questo sembra essere vero durante tutto il processo di riabilitazione e fino a 3 mesi dopo il rientro in comunità. Durante la riabilitazione ospedaliera, le prestazioni nelle ADL, ad eccezione delle categorie cura personale e comunicazione, sono migliorate in modo significativo, mentre la realizzazione dei ruoli sociali non è migliorata in modo significativo, ad eccezione della categoria vita comunitaria. I nostri risultati sottolineano quindi l'importanza di concentrare l'assistenza sui ruoli sociali, come la vita comunitaria, la ricreazione e l'occupazione, durante la riabilitazione delle persone con amputazione degli arti inferiori. Migliorare la mobilità esterna delle persone con amputazione dell'arto inferiore con un addestramento appropriato, compreso l'addestramento protesico e la fornitura di dispositivi di assistenza adeguati, potrebbe migliorare la realizzazione dei ruoli sociali, soprattutto nella vita comunitaria. Alla dimissione, l'usura della protesi, l'uso attivo della protesi all'interno e all'esterno e le capacità locomotorie con la protesi erano elevate e tendevano a continuare a migliorare una volta che la persona era tornata nel proprio ambiente. Inoltre, la maggior parte dei pazienti di questo studio ha riferito di essersi adattata abbastanza bene o completamente all'amputazione e alla protesi, e questo fenomeno sembra migliorare 3 mesi dopo il ritorno a casa. Tutti i pazienti hanno riferito di svolgere alcune attività sedentarie nel tempo libero, ma meno della metà era coinvolta in attività sportive a 3 mesi dal ritorno a casa. Infine, il raggiungimento delle abitudini di vita e delle capacità protesiche e ludico-motorie riflette la maggior parte degli obiettivi degli interventi multidisciplinari offerti durante il processo di riabilitazione. Pertanto, gli strumenti utilizzati in questo studio sembrano essere misure di esito promettenti per un	Per n. 3 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

		programma di riabilitazione o per la pratica clinica quotidiana.	
	Lindner, H. Y., Nätterlund, B. S., & Hermansson, L. M. N. Svezia 2010 Revisione di letteratura	Esistono poche misure di esito di comprovata qualità psicometrica da utilizzare nella valutazione degli utenti di protesi di arto superiore. Le diverse misure coprono aspetti diversi della salute e l'uso di un mix di misure di esito fornirebbe un quadro migliore dei risultati dei nostri clienti. Per i bambini si raccomanda l'ACMC (Assessment of Capacity for Myoelectric Control) e il PUFI (Prosthetic Upper Extremity Functional Index), mentre per gli adulti si raccomanda l'ACMC e parti selezionate di OPUS (Orthotics and Prosthetics Users' Survey) e TAPES (Trinity Amputation and Prosthesis Experience Scales). Sono necessarie misure che si concentrino sull'interazione sociale negli utenti pediatrici.	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
F18	Kamburoğlu, H. O., Aksu, A. E., Sönmez, E., İşçi, E. T., Şafak, T. U. N. Ç., & Kecik, A. Turchia 2011 Studio comparativo	Sebbene questi quattro strumenti (test di Ipsen, di Tamai, di Chen e DASH) abbiano metodologie diverse per valutare la funzione della mano, abbiamo riscontrato un'alta correlazione tra tre di essi (Ipsen, Tamai, DASH) e una moderata correlazione con il test di Chen. Questo risultato può essere attribuito alle metodologie più dettagliate dei primi tre strumenti rispetto al sistema Chen. È stato interessante notare che i risultati del test DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand), considerato a bassa sensibilità nelle lesioni a una sola cifra, soprattutto a livello distale, erano simili a quelli ottenuti con gli altri test, anche nelle amputazioni a una sola cifra a livello delle articolazioni distali. Tuttavia, non è stato possibile effettuare un'analisi statistica poiché il numero di pazienti era limitato. Riteniamo che, sebbene il test DASH basato su un questionario sia il più facile da eseguire, la sua soggettività non dovrebbe essere tollerata. Gli altri test richiedono un esaminatore esperto del pannello A e una notevole attenzione.	Nessun esperto del pannello A d ha giudicato pertinente l'articolo

F19	Østlie, K., Franklin, R. J., Skjeldal, O. H., Skrondal, A., & Magnus, P. UK 2011 Studio trasversale combinato	Il successo della riabilitazione protesica presuppone il movimento delle articolazioni all'interno del range funzionale e una forza muscolare sufficiente per gestire la protesi. Tuttavia, le misurazioni fisiche che possono essere effettuate per valutare clinicamente l'arto superiore, come il range di movimento (ROM), possono essere insufficienti per tradurre le menomazioni misurabili in disabilità percepite dal paziente. La necessità di una riabilitazione specializzata può sorgere in tempi diversi dopo l'amputazione, man mano che l'età e le sollecitazioni causano un'alterazione delle condizioni fisiche dell'amputato. Una migliore conoscenza dell'associazione tra i risultati di esami clinici specifici e la funzione del braccio auto-riferita può essere utile agli operatori sanitari di base per identificare gli amputati che necessitano di essere indirizzati a una riabilitazione specializzata.	Per n. 4 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
F20	Pierce, S., Fergus, A., Brady, B., & Wolff-Burke, M. USA 2011 Studio caso-controllo	La possibilità di misurare la mobilità funzionale di un bambino con amputazione utilizzando misure soggettive e oggettive, come la FMA (Functional Mobility Assessment), consente una valutazione più accurata delle capacità fisiche e delle prospettive del bambino. L'utilizzo di un gruppo definito di bambini e adolescenti aiuterà a esaminare l'utilità di questo strumento in una popolazione pediatrica. Le informazioni ottenute dalla FMA possono essere utilizzate per stabilire obiettivi di promozione dell'attività fisica e per valutare e ridurre il rischio futuro di malattie o lesioni nei bambini con amputazioni.	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
F21	Xu, J., Kohler, F., & Dickson, H. Australia 2011 Revisione di letteratura	L'ICF è disponibile in oltre 25 lingue. Migliorare l'utilità della classificazione per i medici contribuirà a standardizzare la pratica clinica e a confrontare i risultati a livello nazionale e internazionale. I Core Set ICF sono progettati per utilizzare un numero gestibile di categorie dell'ICF, in modo da consentirne l'applicazione nella pratica clinica quotidiana.	Per n. 3 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

F22	Resnik, L., Adams, L., Borgia, M., Delikat, J., Disla, R., Ebner, C., & Walters, L. S. USA 2013 Studio di coorte	L'AM-ULA (Activities Measure for Upper Limb Amputees) è una nuova misura a 18 item delle prestazioni di attività per adulti con amputazione dell'arto superiore che considera il completamento del compito, la velocità, la qualità del movimento, l'abilità nell'uso della protesi e l'indipendenza nel suo sistema di valutazione. Ha un'eccellente coerenza interna, una buona affidabilità inter-rater, un'affidabilità test-retest e ha dimostrato una validità di gruppo e convergente. L'AM-ULA è adatto agli utenti di tutti i tipi di dispositivi protesici e risponde alla necessità riconosciuta di una misura convalidata dell'attività basata sulle prestazioni per gli adulti. Il punteggio va da 0 a 40, con punteggi più alti che indicano una migliore performance funzionale.	Per n. 3 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
F23	Giladi, A. M., McGlinn, E. P., Shauver, M. J., Voice, T. P., & Chung, K. C. USA 2014 Studio comparativo	I pazienti con amputazioni traumatiche delle dita presentano una disabilità che influisce sulla loro capacità di lavorare e di svolgere le attività quotidiane. Il grado di limitazione di queste lesioni è poco conosciuto, in parte a causa dei metodi utilizzati per valutare gli esiti post-amputazione. L'attuale standard di valutazione della disabilità, l'American Medical Association Guides, è uno strumento inadeguato per riportare la disabilità oltre il livello di lesione strutturale. In questo studio, dimostriamo il valore degli esiti riferiti dal paziente nell'affrontare gli elementi più complessi del recupero post amputazione e della disabilità a lungo termine non inclusi nelle Guide. Come è stato fatto per altre patologie dell'arto superiore, l'uso dei risultati riferiti dal paziente migliorerà l'accuratezza e la qualità dei dati sui risultati e fornirà migliori prove per le linee guida e i criteri di trattamento per la comune lesione dell'amputazione del dito.	Per n. 3 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
F24	Hawkins, A. T., Henry, A. J., Crandell, D. M., & Nguyen, L. L. USA 2014 Revisione di letteratura	Sebbene non sia disponibile alcun criterio di riferimento per le misure di risultato, esistono numerosi strumenti validati di alta qualità e ampiamente utilizzati. Ci auguriamo che un buon numero di strumenti di valutazione sia disponibile sia per il ricercatore che per il clinico. Sebbene l'ampia scelta di potenziali strumenti da adattare al particolare quesito dello studio sia utile, l'eterogeneità dei test significa che è difficile confrontare i risultati da uno studio all'altro.	Per n. 4 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

		L'identificazione di un perfetto strumento universale funzionale e di QOL (Quality Of Life) è difficile per due motivi. Primo: ogni strumento ha i suoi punti di forza e di debolezza alcuni scambiano la brevità per la completezza altri puntano alla generalizzabilità tra gli stati patologici piuttosto che alla specificità dell'amputato. In secondo luogo, ogni studio di ricerca o pratica clinica ha obiettivi ed esigenze specifiche. Tuttavia, in ogni categoria vi sono alcuni strumenti che sono facili da somministrare, sono stati meglio convalidati e sembrano appropriati per l'uso nella popolazione di amputati. I ricercatori dovrebbero essere avvertiti di non creare i propri questionari e di optare invece per una metrica convalidata, affidabile e ampiamente utilizzata.	
F25	Resnik, L., & Borgia, M. USA 2016 Studio sperimentale	… è fondamentale che la ricerca sia condotta per fornire a clinici e ricercatori i dati per guidare la selezione e l'interpretazione delle misure di outcome. I princìpi cardine della riabilitazione protesica dell'arto superiore comprendono l'importanza di scegliere misure di esito che siano state valutate per le persone con amputazione dell'arto superiore e che siano affidabili, valide e reattive al cambiamento. Tuttavia, la ricerca limitata sulle proprietà di misurazione delle misure esistenti e la mancanza di misure che valutino domini importanti hanno creato sfide per il campo.	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
F26	Resnik, L., Borgia, M., Silver, B., & Cancio, J. USA 2017 Revisione di letteratura	Molte misure valutano costrutti non del tutto coerenti con le categorie della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF).	Per n. 3 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
F27	Resnik, L., Borgia, M., Silver, B., & Cancio, J. USA 2019 Revisione di letteratura	Le tecniche di misurazione degli esiti (OMT) che valutano la funzione attuale e predicono accuratamente la funzione futura potrebbero aiutare a guidare i protesisti, i medici e i beneficiari e a informare le politiche di reimpiego. Sebbene esistano numerosi strumenti per valutare lo stato funzionale del paziente, non esiste un criterio di consenso per la valutazione dell'assistenza e uno schema di valutazione della funzione attuale e della funzione futura per determinare la prescrizione di una protesi. Sebbene siano stati sviluppati numerosi strumenti (o tecniche) in grado di predire	Per n. 4 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

		importanti risultati futuri, come l'utilizzo con successo delle LLP (Lower Limb Prostheses), non è chiaro in che misura le misure della funzionalità e dello stato attuale siano in grado di predire la funzionalità futura.	
F28	Cieslak, G., Omana, H., Madou, E., Frengopoulos, C., Viana, R., Payne, M. W., & Hunter, S. W. USA 2020 Studio prospettico longitudinale	… tutte le misure di mobilità soggettive e oggettive dovrebbero essere valutate in tutti i pazienti con PLLA (Lower Limb Amputation), poiché ciascuna di esse fornisce informazioni diverse e preziose ai medici.	Per n. 3 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
F29	Seth, M., Beisheim, E. H., Pohlig, R. T., Horne, J. R., Sarlo, F. B., & Sions, J. M. USA 2022 Studio trasversale secondario	… gli studi futuri dovrebbero considerare attentamente il TSAmp (Time Since Amputation) nella valutazione degli esiti della mobilità dopo l'amputazione, nella pianificazione di studi prospettici e nello sviluppo di modelli che possano consentire ai medici di prevedere gli esiti futuri della mobilità.	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente
F30	Ranker, A. H., Schaefer, A., Schoettker-Koeniger, T., Davies-Knorr, T., Greitemann, B., & Ranker, A. Germania 2023 Studio di validità e affidabilità	Articolo giudicato non pertinente dalla segreteria scientifica.	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente

#	*Frasi significative*	*Anno e contesto geografico*	*Commenti*
F1	NON PERTINENTE	India 1980	Articolo giudicato non pertinente: relativo allo studio della relazione tra frequenza cardiaca e dispendio energetico in persone sane e con disabilità agli arti inferiori ed esplorare le eventuali differenze tra le due relazioni.
F2	NON PERTINENTE	USA 1982	Articolo giudicato non pertinente: relativo allo studio di sistemi di standardizzazione dell'impairment della funzione della mano.
F4	NON PERTINENTE	Svezia 1987	Articolo giudicato non pertinente: relativo allo studio di sistemi di standardizzazione dell'impairment della funzione della mano e delle dita.
F5	NON PERTINENTE	Russia 1991	Articolo giudicato non pertinente.
F6	NON PERTINENTE	Italia 1998	Articolo giudicato non pertinente: relativo alla riabilitazione protesica in infortunistica privata.
F7	NON PERTINENTE	USA 2001	Articolo giudicato non pertinente: revisione di stampo clinico relativa a lesioni complesse degli arti superiori.

F30	NON PERTINENTE	Germania 2023	L'articolo è stato giudicato non pertinente.

Articoli relativi al quesito 7 - DANNO ODONTOIATRICO

Statement 7.1
Avuto riguardo alla diagnosi clinica funzionale di un processo morboso delle arcate dentali da parte dell'esercente la professione sanitaria in odontoiatra, tenuto conto che una modificazione menomante a carico dell'apparato dentale può originare impatti pregiudizievoli su altri organi e apparati (respiratorio, fonatorio, psichico, posturale, ecc.), la valutazione del danno biologico permanente complessivo eventualmente esitato è competenza dello specialista in medicina legale.

#	Autore, anno, tipo di studio	Frasi significative	Esperti del pannello A che hanno valutato l'articolo pertinente
G1	Brandimarte Italia 1966 Expert opinion e analisi retrospettiva di casistica	"I criteri generali che devono guidare il medico legale nei propri accertamenti devono essere dettati dalla ovvia necessità di inquadrare il danno da trauma nella realtà anatomo-funzionale dell'organo leso, non limitandosi ad un semplice computo aritmetico degli elementi dentari perduti."	Per n. 4 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
G2	Morvay, L. S., Kaban, L. B., & Dunning, J. M. USA 1967 Expert opinion	"Il caso di un minore evidenzia il fatto che le lesioni mediche e dentali sono particolarmente imprevedibili per quanto riguarda gli effetti a lungo termine in questo gruppo. È quasi impossibile stabilire quali effetti successivi avranno certe lesioni su un giovane, e per questo motivo 19 Stati non considerano definitivo un caso risolto nel caso di un minore. Tuttavia, un numero uguale di Stati (18) considera il caso di un minore come definitivo una volta raggiunto l'accordo e 4 Stati danno al minore lo stesso status di qualsiasi lavoratore. L'iniquità delle ultime due risposte è evidente ed è probabile che un certo numero di minori possa soffrire in futuro a causa di questa attuale carenza legale."	Per n. 2 esperti del pannello A l'articolo è pertinente
G3	Catapano Italia 1969 Expert opinion		Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente
G5	Stajduhar-Carić Turchia 1970 Expert opinion		Nessun esperto del pannello A ha giudicato l'articolo pertinente
G6	Fontana Italia 1972 Expert opinion	"[…] emerge in modo netto come si sia studiato di rapportare il danno da perdite dentarie in valori numerici, sia nel campo funzionale che in quello estetico e fonatorio. La molteplicità delle valutazioni conferma la difficoltà di ridurre la valutazione del danno alla persona ad una pura e	Per n. 4 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

		semplice applicazione di formule prestabilite, le quali potranno solo servire come base indicativa per una valutazione che tenga in debito conto tutti gli elementi che concorrono alla configurazione del danno. Questo principio va tenuto presente anche nella valutazione del danno dentario, il quale è sempre condizionato, nella sua maggiore o minore gravità, dall'esistenza o meno di particolari componenti atte a variare, talora in misura anche se è notevole, il giudizio peritale. Alcuni di questi fattori interessano prevalentemente la funzione masticatoria, altre quella estetica o quella fonatorie, questi ultimi potendo giungere alla configurazione dell'anno specifico del quale verrà detto successivamente. La valutazione del danno alla persona può dunque subire delle variazioni a causa di questi diversi fattori, alcuni dei quali agiscono in senso maggiorativo, altri in senso attenuativo. Importanza particolare viene data, nella valutazione del danno masticatorio, al cosiddetto coefficiente di antagonismo, termine con il quale si designa il quantum di danno derivante dalla inutilizzazione funzionale dei denti antagonisti a quelli perduti […]. La possibilità di restaurazione protesica dei denti perduti a causa dell'evento lesivo agisce in senso attenuante."	
G8	Marić, M., Leone, F., & Danesino, P. Italia 2010 Case report	"In tema di danno odontoiatrico, visto e considerato che le lesioni traumatiche subite entro il periodo dei 4 anni±6 mesi provocano circa il doppio di complicazioni a carico dei germi dentali permanenti e della relativa struttura scheletrica rispetto alle lesioni subite dopo tale età, non si esclude la possibilità che le menomazioni presenti possano indurre alterazioni anatomo-funzionali sia sulla stessa dentatura decidua sia su quella permanente. Pertanto, la prognosi risulta essere assai riservata e non sono possibili precise valutazioni di quanto potrà accadere in futuro. Ove, invece, si vengano a creare modificazioni della struttura anatomica e/o funzionale dell'apparato stomatognatico, si dovrà valutare, a tempo debito, la necessità degli interventi che dovranno essere eseguiti e, quindi, ripetuti nel tempo stante la giovane età del bambino (ad es., l'utilizzo di apparecchi ortodontici fissi o rimovibili, interventi chirurgici o parodontali, no all'ipotesi estrema di interventi implanto-protesici). In ambito quindi di risarcimento del danno non è possibile oggi quanti care il danno biologico residuato, potendovi essere nel futuro, più o meno prossimo, modificazioni anatomo-funzionali rilevanti e quanto mai diverse tra loro.	Per n. 5 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

		Tale evoluzione, oggi non prevedibile, potrà richiedere interventi i cui costi saranno perciò quanto mai differenziati a seconda di che cosa sarà realmente necessario effettuare."	
G9	Volpe Italia 2011 Case report	"Nel contenzioso medico-legale il risarcimento è il ristoro del bene effettivamente perduto per sostituzione o per calibrata reintegrazione economica; le forme di danno consistono: danno biologico: invalidità permanente (postumi di danno alla salute, espresso in %), invalidità temporanea (assoluta o parziale espressa in % e in gg, ricovero ospedaliero e periodo relativo a cure); danno emergente: spese sostenute e prevedibili in futuro (rifacimenti); danno da lucro cessante: invalidità specifica temporanea e permanente (incidenza limitata in ambito odontoiatrico) […] Le problematiche relative alla valutazione del danno, presente, sono facilmente superabili, come anche il nesso di causalità; la difficoltà, ascrivibile all'autorità giudicante, è l'individuazione della responsabilità, spesso oggettiva, non soggettiva, imputabile alla struttura ospitante il minore, alla eventuale omessa vigilanza dello stesso, anche in presenza di eventi sicuramente fortuiti, senza alcun dolo."	Per n. 1 esperto del pannello A l'articolo è pertinente
G10	Mihalache, G., Vîlceanu, N., Judea, A., Șomlea, M. C., Marian, P., Hanganu, B., ... & Buhaș, B. A. Romania 2019	"Il dentista ha la responsabilità di fornire una descrizione accurata e dettagliata di queste lesioni e dovrebbe collaborare efficacemente con il patologo forense per chiarire la possibile causa delle lesioni dentali traumatiche. La corretta valutazione delle lesioni dentali traumatiche e della corrispondente descrizione delle lesioni da parte dell'odontoiatra è un elemento chiave per la corretta quantificazione della gravità delle lesioni dentali traumatiche e per la formulazione di conclusioni pertinenti nella perizia forense. In molti casi in cui vengono identificate lesioni dentali, la collaborazione tra il patologo forense e l'odontoiatra è essenziale per la corretta valutazione delle lesioni e del meccanismo traumatico. Stima della gravità delle lesioni traumatiche nella pratica forense Nella pratica forense, la gravità delle lesioni traumatiche viene valutata in base al numero di giorni di cure mediche per la guarigione, che viene stabilito in base all'impatto anatomico e funzionale della lesione sul corpo della vittima, nonché in base al trattamento di cui la vittima ha bisogno e alla sua evoluzione clinica. Pertanto, il numero di giorni di cure mediche per la guarigione non rappresenta un semplice conteggio del numero di giorni in cui la vittima ha ricevuto cure, ma è un modo per stimare la gravità	Per n. 6 esperti del pannello A l'articolo è pertinente

		di una lesione traumatica attraverso il suo impatto sul corpo della vittima. Il numero di giorni di cure mediche per la guarigione e il meccanismo traumatico sono aspetti essenziali per l'inquadramento giudiziario del reato che ha causato le lesioni identificate nelle vittime in uno degli articoli del Codice Penale rumeno riguardanti i colpi e le lesioni, ovvero l'articolo 193 e l'articolo 1941. Va notato che il numero di giorni di cure mediche concesse per la guarigione non equivale al numero di giorni di ricovero ospedaliero, al numero di giorni di congedo per malattia o al numero totale di giorni di convalescenza. Il numero di giorni di cure mediche per la guarigione è stabilito in base alla lesione più grave e non rappresenta la somma del numero di giorni di cure mediche per la guarigione concessi per ogni lesione osservata nella vittima. La valutazione del numero di giorni di cure mediche per la guarigione nella pratica forense è guidata da una scala indicativa per la valutazione della gravità delle lesioni traumatiche. Tuttavia, le disposizioni della scala indicativa devono essere applicate individualmente, tenendo conto degli aspetti particolari di ciascun caso, comprese le comorbidità, le condizioni psicosomatiche e la reattività individuale. La scala è suddivisa in tipi e sottotipi di lesioni traumatiche e prevede il numero di giorni di assistenza medica per la guarigione che possono essere concessi a ciascuno di essi e anche alle loro complicazioni, comprese quelle permanenti, come l'infermità."	

#	*Frasi significative*	*Anno e contesto geografico*	*Commenti*
G3	NON PERTINENTE	Italia 1969	Articolo giudicato non pertinente (relativo ad infortunistica sul lavoro in epoca ante-D. Lgs. 38/2000).
G4	NON REPERITO		
G5	NON PERTINENTE	Croazia 1970	Articolo giudicato non informativo (non individuate frasi significative utili).
G7	NON REPERITO		

ALLEGATO 3 - BIBLIOGRAFIA - TESTI MAGGIORI

American Medical Association. (2008). ***The Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*** **(6th ed.). American Medical Association**

Le Linee Guida dell'AMA (edizione del 2008, sesta edizione, la prima realmente completa) sono utilizzate per valutare l'entità delle disabilità permanenti che forniscono un quadro di misurazione affidabile e ripetibile per valutare l'impairment, gold standard affidabile da parte di medici, pazienti, e comunità giuridica. Tale testo fornisce criteri standardizzati per valutare il grado di "impairment" fisico o mentale causato da lesioni o malattie. Sono ampiamente utilizzate in contesti legali, assicurativi e medici per determinare il grado di invalidità di un individuo e l'eventuale compensazione che potrebbe essere dovuta. La guida include criteri specifici per diverse condizioni mediche e tipi di danno, consentendo una valutazione oggettiva e coerente delle disabilità permanenti.

American Medical Association. (2023). ***The Guides to the Evaluation of Permanent Impairme*****nt, Sixth Edition, 2023 (AMA Guides Sixth 2023). American Medical Association**

La versione del 2023 rappresenta la versione più aggiornata del testo del 2008.

Bargagna M. ***Guida orientativa per la valutazione del danno biologico permanente*****. Giuffrè editore, Milano, 1996**

Testo che rappresenta una delle prime opere focalizzate sulla valutazione del danno biologico permanente, distinguendosi per l'approccio innovativo nel contesto italiano dell'epoca. Fornisce linee guida dettagliate per i professionisti del settore legale e medico-legale, stabilendo un punto di riferimento nella materia**.**

Bargagna M., Canale M., Consigliere F., Palmieri L. Umani-Ronchi G. ***Guida orientativa per la valutazione del danno biologico sotto l'egida della Società italiana di medicina legale e delle assicurazioni*****, Giuffrè editore, 3° ed. rinn., Milano, 2001**

Questa edizione, aggiornata e rinnovata rispetto a quella del 1996, si distingue per l'inclusione delle novità normative rilevanti come il D.Lgs. 23 febbraio 2000, n. 38, e per l'approfondimento delle menomazioni psico-fisiche di interesse medico-legale, inclusi gli aspetti legati all'AIDS, fornendo un'ampia gamma di indirizzi operativi per l'uso della guida.

Barni M. ***Il nuovo danno alla persona.*** **Maggioli editore, Rimini, 2011**

L'opera, aggiornata con i coevi orientamenti giurisprudenziali, si pone l'obbiettivo di focalizzare l'attenzione sul risarcimento del danno alla persona. La trattazione affronta cinque tra i temi più dibattuti e complessi della moderna disciplina.

Brondolo W., Farneti A., Giannini G., Loi U., Marigliano A., Morini O., Pogliani M., Ronchi E., Secchi E., Toscano G. ***Il danno biologico, patrimoniale e morale*****, Giuffrè editore, Milano, 1995**

Opera che esplora in modo comprensivo le diverse sfaccettature del danno biologico, inclusi gli aspetti patrimoniali e morali. Risalta per la collaborazione di numerosi esperti del pannello A nel campo, offrendo una visione multidisciplinare e completa del tema.

Bruno G., Cattinelli L., Cortivo P., Farneti A., Fiori A., Mastroroberto L. ***Guida alla valutazione del danno in ambito dell'infortunistica privata*****, Giuffrè editore, Milano, 1998**

L'opera fornisce un approccio specifico alla valutazione del danno nell'ambito dell'infortunistica privata, con particolare attenzione alle metodologie di stima e ai criteri di valutazione adottati in questo specifico settore, ma con spunti metodologici di indiscussa importanza anche nell'ambito della valutazione del danno in responsabilità civile.

Bruno G., Del Sordo S., Genovese U., Mastroroberto L., Ronchi E. ***L'invalidità permanente da malattia nell'assicurazione privata. Guida all'interpretazione ed alla valutazione medico-legale*****. Giuffrè editore, Milano, 2021**

L'obiettivo che si pone il testo è quello di fornire dei punti di riferimento che permettano di affrontare con chiarezza e sufficiente omogeneità le tematiche spesso complesse che il ramo IPM comporta. La seconda parte del testo è finalizzata a dare indicazioni sulla misura in cui debbano essere valutate percentualmente gli stati invalidanti dei principali organi ed apparati.

Buzzi F., Vanini M., ***Guida alla valutazione psichiatrica e medico-legale del danno biologico di natura psichica*****, Giuffrè ed., Milano 2014**

L'opera si distingue per il suo focus sulla valutazione del danno biologico di natura psichica, offrendo una guida pratica e teorica per la valutazione psichiatrica e medico-legale, arricchita da casi di studio e applicazioni pratiche.

Buzzi F., Domenici R., Bolino G., Fedeli P., Papi L., Gori F., ... & Ronchi, G. U. ***Linee guida per la valutazione medico-legale del danno alla persona in ambito civilistico*****. Giuffrè editore, Milano 2016**

Quest'opera fornisce linee guida aggiornate per la valutazione medico-legale del danno alla persona, con un'attenzione particolare alla normativa in ambito civilistico e alle implicazioni pratiche per i professionisti del settore.

Buzzi F., Vanini M. ***Il danno biologico di natura psichica. Definizione e valutazione medico-legale*****. CEDAM, Padova, 2001**

Il testo è incentrato sulla definizione e valutazione medico-legale dei danni psichici, distinguendosi per l'approccio specifico alla valutazione legale e medica delle patologie psichiche rispetto ad altri testi sul tema.

Buzzi F., Valdini M., Tavani M. ***Il danno alla persona da compromissione della capacità lavorativa*****. Giuffrè editore, Milano 2008**

Il testo si concentra sulla valutazione della compromissione della capacità lavorativa, basandosi su una consensus conference scientifica per stabilire criteri largamente condivisi nel contesto medico-legale e giuridico, distintivo per l'approccio metodologico e l'aderenza agli orientamenti giuridici recenti.

Cannavò G., Liguori M. ***Il risarcimento per le macrolesioni. Aspetti giuridici, medico e assicurativi.*** **Maggioli editore, Rimini, 2010**

L'opera rappresenta il risultato di esperienze professionali, medico-legali, giuridiche e assicurative sugli argomenti per la valutazione dei danni del macroleso per un corretto risarcimento. Quest'opera prende in considerazione la tabella, avallata da esperti del pannello A medici legali e da esperti del pannello A giuristi del settore, per il riconoscimento dei punti di invalidità per tutte quelle tipologie di danni che lasciano un segno condizionante nella vita del danneggiato. Oltre alla valutazione del danno patrimoniale emergente e del danno patrimoniale da lucro cessante vi è anche il danno alla persona per le macrolesioni**.**

Cazzaniga A., ***Le basi medico legali per la stima del danno alla persona da delitto e quasi delitto*****, Istituto Editoriale Scientifico, Milano, 1928**

Considerata un'opera pionieristica, esplora le basi medico-legali per la stima del danno alla persona, distinguendosi per il suo contesto storico e per l'approfondimento di casi legati a delitti e "quasi delitti".

Cazzaniga A., Cattabeni C. M. ***Medicina Legale e delle Assicurazioni*****, UTET, Torino, 1962**

Opera di riferimento nel campo della medicina legale e delle assicurazioni, offre un'ampia panoramica delle tematiche trattate, evidenziandosi per la completezza dell'approccio e per l'utilità pratica per professionisti e studenti.

Ciampolini A. ***Il danno alla persona del bambino nell'infortunistica*****. Edizioni di Medicina Corporativa, 1938**

Unica nel suo genere, questa opera si concentra sul danno alla persona del bambino nell'ambito dell'infortunistica (con spunti anche per l'ambito valutativo RC), offrendo uno sguardo specifico su questa delicata fascia di età.

Cimaglia G., Rossi, P. ***Danno biologico. Le tabelle di legge*****. Giuffrè editore, Milano 2006**

Caratterizzato dall'approfondimento delle tabelle di legge per la valutazione del danno biologico, questo testo si distingue per l'approccio pratico e normativo, fornendo uno strumento utile per la corretta applicazione dei barèmes vigenti.

Cisterna A.M., Del Prato E., Di Giannantonio M., Ferracuti S., Grassi S., Oliva A., Recchioni S., Sani G. ***Il danno psichico e la sofferenza soggettiva interiore*****. Maggioli editore, Rimini, 2022**

L'opera affronta gli aspetti sostanziali e processuali del danno psichico, con particolare attenzione al sistema delle presunzioni e dell'onere di allegazione. Il pregio del volume è quello di presentare le varie tematiche specialistiche con un approccio non solamente giuridico ma anche umano, come la materia richiede. La scienza medico legale e quella psichiatrica accompagnano in modo sempre più penetrante il giurista, per cui completano il volume le parti dedicate ai profili medico - legali e tecnico specialistici, oltre che indicazioni sulle modalità di valutazione e liquidazione del danno non patrimoniale, anche in considerazione dell'edizione 2021 delle Tabelle del Tribunale di Milano, della Tabella Unica Nazionale (T.U.N.) per la valutazione del danno alla persona, nonché delle Tabelle del Tribunale di Roma per la liquidazione di danno da perdita del rapporto parentale.

Cittadini A., Zangani P. ***Guida-tabella del danno biologico a carattere permanente e invalidante*****, Morano, Napoli, 1995**

Il testo fornisce una guida dettagliata e tabellare per la valutazione del danno biologico permanente e invalidante, distinguendosi per la sua praticità e l'uso di tabelle specifiche per facilitare la valutazione.

Genovese U., Del Sordo S., Mastroroberto L., Ronchi E. ***Barèmes medico-legali*****. Giuffrè editore, Milano, 2023**

Il testo offre una guida-tabella specifica per la valutazione del danno biologico di carattere permanente e invalidante, distinguendosi per la praticità dell'approccio e l'immediata applicabilità nelle valutazioni medico-legali.

Dominici R. ***Danno psichico ed esistenziale*****. Giuffrè editore, Milano, 2006**

Il testo esplora le complesse dinamiche del danno psichico ed esistenziale, operando un'analisi giuridica e psicologica approfondita, differenziandosi per l'attenzione specifica alle ripercussioni esistenziali delle vittime oltre agli aspetti puramente psichici**.**

Dominici R. ***Le menomazioni psichiche nel danno alla persona. Diagnosi, nesso di causalità, valutazione. La perizia*****. Franco Angeli editore, Milano, 2014**

L'opera è un manuale operativo che affronta gli aspetti più delicati e controversi del problema, quali la diagnosi delle malattie psichiche in ambito medico legale, il nesso di causalità fra fatto ingiusto e danno, la valutazione quantitativa del danno nei suoi aspetti biologici, esistenziali e morali.

Donelli F.M., Gabbrielli M. ***Macrolesioni e macrodanno. Come valutare il danno biologico permanente di marcata entità*****. Maggioli editore, Rimini, 2020**

Il lavoro tratta la complessa casistica del danno biologico permanente di marcata entità. Il volume introduce i principi generali e medico-giuridici che regolano l'accertamento della macrolesione e la valutazione del macrodanno, con una serie varia di contributi tecnici che affrontano temi diversi (dal problema del timing della sopravvivenza, della riduzione della capacità lavorativa specifica, delle spese sanitarie e socio-assistenziali, a quello della rivalsa INAIL ed INPS, degli elementi probatori e del loro nesso causale, del danno da morte), con dettaglio e puntuale bibliografia, fornendo peraltro un'utile carrellata clinica in alcuni ambiti (traumatologico, neurologico, infettivologico, di chirurgia plastica) di frequente e concreto interesse.

Fabiani M. ***Criteri di personalizzazione del danno non patrimoniale*****. Giuffrè editore, Milano, 2012**

L'opera affronta le seguenti tematiche: danno morale e danno psichico; le c.d. micropermanenti e macropermanenti; handicap e danni da malformazioni del feto e da nascita indesiderata; danni agli occhi, all'apparato uditivo, agli arti; ruolo delle allegazioni e delle presunzioni; danno da lesione del rapporto parentale.

Ferrara S. D., Boscolo-Berto R., & Viel G. (2016). ***Personal injury and damage ascertainment under civil law*****. Springer, 2016**

Il testo offre una panoramica internazionale sulla compensazione dei danni personali in 15 Paesi, con enfasi sui metodi di accertamento delle lesioni e dei danni relativi, sia pecuniari che non pecuniari**.**

Genovese U., Martini F., Rodolfi M. ***Manuale pratico dei sistemi tabellari per il risarcimento del danno alla persona*****. Maggioli editore, Rimini, 2014**

L'opera, contenente le Tabelle di Milano e Roma oltre alle Tabelle medico-legali relative al danno alla persona, aggiornata alla sentenza della Corte costituzionale 16 ottobre 2014 n. 235 che ha legittimato la Tabella relativa alle micropermanenti (0-9% di postumi permanenti a titolo di danno biologico), si pone come strumento di ausilio per i professionisti che, a vario titolo, sono coinvolti nella valutazione del danno e nella quantificazione del risarcimento dovuto.

Gerin, C. ***La valutazione medico-legale del danno alla persona in responsabilità civile*****. Giuffrè ed., Milano, 1987**

L'opera si focalizza sulla valutazione medico-legale del danno alla persona in contesti di responsabilità civile, offrendo una trattazione esaustiva che spazia dalle basi teoriche alle applicazioni pratiche.

Giannini, G. ***Il risarcimento del danno alla persona nella giurisprudenza*****, Giuffrè editore, Milano, 1991**

Il testo analizza il risarcimento del danno alla persona attraverso la lente della giurisprudenza, fornendo una panoramica esaustiva delle decisioni giudiziarie e della loro evoluzione nel tempo.

Giannini G., Pogliani M. ***Il danno da illecito civile*****, Giuffrè editore, Milano, 1997**

Questo testo si distingue per la sua analisi approfondita del danno da illecito civile, offrendo una guida essenziale per la comprensione e la valutazione di tale danno nell'ambito del sistema legale italiano.

Giolla P. ***Valutazione del danno alla persona nella responsabilità civile.*** **Giuffrè editore, Milano, 1957**

Opera che si distingue per il suo approccio storico alla valutazione del danno alla persona in contesti di responsabilità civile, offrendo una prospettiva unica sulle pratiche e le interpretazioni legali dell'epoca.

Giubboni S., Rossi A. ***Infortuni sul lavoro e risarcimento del danno*****. Giuffrè editore, Milano, 2012**

Il testo si concentra sulla normativa e sulla prassi giuridica riguardante gli infortuni sul lavoro e i criteri per il risarcimento, distinguendosi per l'approccio pratico e la dettagliata analisi delle procedure di risarcimento.

Iorio M., Navissano M. ***Il danno da cicatrici cutanee. Classificazione e valutazione medico legale*****, Minerva Medica ed., Torino, 1997**

Concentrandosi sul danno da cicatrici cutanee, questo testo offre una classificazione e una valutazione medico-legale specifica, con un focus unico sulle implicazioni estetiche e funzionali delle cicatrici.

Iorio M., Navissano M. Cicatrice e danno estetico. ***Valutazione del danno biologico*****, Minerva Medica ed., Torino, 1999**

Il testo approfondisce la relazione tra cicatrice e danno estetico, fornendo criteri di valutazione del danno biologico con un approccio specifico alle implicazioni estetiche, distinguendosi per la sua focalizzazione su questo aspetto particolare del danno biologico.

Luvoni R., Bernardi L., Mangili F. ***Guida alla valutazione medico-legale dell'invalidità permanente*****. Giuffrè editore, Milano, 1986**

Il testo offre una trattazione approfondita sulla valutazione dell'invalidità permanente da una prospettiva medico-legale, distinguendosi per il suo approccio analitico e la completezza di guida pratica per professionisti del settore.

Luvoni R., Mangili F., Bernardi L. ***Guida alla valutazione medico-legale del danno biologico e dell'invalidità permanente. Responsabilità civile, infortunistica del lavoro e infortunistica privata*****. Giuffrè editore, Milano, I edizione 1970, V edizione 2002**

Nota per la sua longevità e per gli aggiornamenti periodici, questa guida offre una panoramica completa sulla valutazione medico-legale del danno biologico e dell'invalidità permanente, servendo come punto di riferimento nel campo per decenni.

Luvoni R., Mangili F., Ronchi E. ***Guida alla valutazione medico-legale dell'invalidità permanente da malattia nell'assicurazione privata*****. Giuffrè editore, Milano, 1992**

Seppure incentrata sulla valutazione medico-legale dell'IP da malattia nell'ambito dell'infortunistica privata, l'opera si caratterizza per la presenza di spunti valutativi di grande interesse per la valutazione del danno in ambito RC.

Mangili E., Giannini M. ***Guida alla valutazione medico-legale del danno alla capacità lavorativa*****, Giuffrè editore, Milano, 2011**

La guida si concentra sulla valutazione del danno alla capacità lavorativa, fornendo un approccio dettagliato e specifico che considera le diverse sfaccettature e implicazioni di tale valutazione nel contesto medico-legale.

Mélénnec L. ***Barème international des invaliditées post-traumatiques*****, Masson editore, Parigi, 1983**

Il testo presenta un barème internazionale per la valutazione delle invalidità post-traumatiche, distinguendosi per il suo approccio globale e per la sua applicabilità in contesti internazionali.

Pajardi D., Macrì L., Merzagora Betsos I. ***Guida alla valutazione del danno psichico*****. Giuffrè editore, Milano, 2011**

Il testo offre una panoramica sulla valutazione giuridica e medico-legale del danno psichico, distinguendosi per l'approccio multidisciplinare che integra aspetti giuridici, medici e psicologici, e per la proposta di linee guida specifiche per la quantificazione del danno.

Palmieri L., Umani Ronchi G.C., Bolino G., Fedeli P. ***La valutazione medico-legale del danno biologico in responsabilità civile*****, Giuffrè ed., Milano, 2006**

L'opera fornisce una guida approfondita alla valutazione medico-legale del danno biologico in contesti di responsabilità civile, evidenziando l'interazione tra aspetti medici e legali nella valutazione del danno.

Rocchi P., Vergari B. ***Il danno estetico. Valutazione medico-legale. Danno cicatriziale e nuova proposta medico-legale*****. Giuffrè editore, Milano, 2012**

L'opera è il risultato di una profonda riflessione degli autori che origina da una lunga e specifica esperienza professionale e dalla passione per tale peculiare componente del danno. Partendo da richiami anatomici dell'organo cute, l'attenzione viene proiettata ai riferimenti giurisprudenziali ed alla evoluzione storica, biopsicosociale e dottrinaria del pregiudizio estetico cicatriziale. Si perviene quindi alla formulazione di una nuova proposta metodologica valutativa medico-legale del danno estetico cicatriziale (metodo "Vero"), frutto di una ricerca arricchita delle precedenti ed autorevoli proposizioni, finalizzata a riconoscere il giusto significato e valore della "bellezza".

Ronchi E., Mastroroberto L., Genovese U. ***Guida alla valutazione medico-legale dell'invalidità permanente. Con contributo alla quantificazione della sofferenza morale*****. Giuffrè editore, Milano, 2009**

La guida si distingue per l'inclusione di un contributo specifico alla quantificazione della sofferenza morale nell'ambito della valutazione dell'invalidità permanente, offrendo una prospettiva unica su questo aspetto spesso trascurato.

Ronchi E., Mastroroberto L., Genovese U. ***Guida alla valutazione medico-legale dell'invalidità permanente in responsabilità civile e nell'assicurazione privata contro gli infortuni e le malattie*****. Giuffrè editore, Milano, 2015**

Aggiornata e arricchita rispetto alle edizioni precedenti, questa guida offre un'analisi approfondita della valutazione dell'invalidità permanente sia in responsabilità civile che nell'assicurazione privata, con un focus specifico sugli infortuni e le malattie.

Sghirlanzoni A., Genovese U. ***Guida alla valutazione medico-legale del danno neurologico*****. Springer, Milano, 2012**

La Guida facilita il procedimento che, partendo dall'osservazione del periziando, ne diagnostica la sindrome e ne quantifica l'invalidità. È perciò rivolta al medico-legale e a tutti i professionisti che in ambito pubblico o privato (Responsabilità Civile, Assicurazione Privata, Infortunistica del Lavoro, Invalidità Civile) devono pronunciarsi sull'esistenza e sull'entità di un deficit invalidante.

Società Romana di Medicina Legale e delle Assicurazioni. ***Principi informatori e criteri generali per la formulazione delle tabelle di invalidità. Dichiarazioni conclusive*****, Zacchia, 1956**

Rappresenta un testo fondamentale per la comprensione dei principi e dei criteri adottati nella formulazione delle tabelle di invalidità, con un'importanza storica e pratica nel campo della medicina legale e delle assicurazioni.

Tabella ufficiale della Società Romana di Medicina Legale e delle Assicurazioni per la valutazione delle menomazioni interessanti il sistema locomotore**, Zacchia 44, 269,1969**

La fonte fornisce una tabella ufficiale per la valutazione delle menomazioni del sistema locomotore, rappresentando un punto di riferimento specifico per la valutazione di tali menomazioni nel contesto medico-legale.

Umani Ronchi G.C. ***La nozione di permanenza ai fini della valutazione del danno alla persona in responsabilità civile,*** **in Med. Leg. Quad. Cam., 4, 55, 1982**

Il testo esplora la nozione di permanenza nella valutazione del danno alla persona in responsabilità civile, offrendo un contributo teorico e pratico alla comprensione di questo concetto fondamentale nella valutazione del danno.

Vergari B., Rondinelli R., Zanuzzi A.C. ***Guida alla valutazione medico-legale del grado di sofferenza e della componente dinamico-relazione del danno biologico*****. CEDAM, Padova, 2009**

Il testo propone un approccio innovativo nell'analisi del danno biologico, enfatizzando la valutazione del grado di sofferenza e degli aspetti dinamico-relazionali, distinguendosi per il suo focus specifico su queste dimensioni meno esplorate.

BUONE PRATICHE CLINICHE DI VALUTAZIONE MEDICO LEGALE DELLE MENOMAZIONI ALLA INTEGRITÁ PSICOFISICA COMPRESE TRA 10 E 100 PUNTI DI INVALIDITÁ PERMANENTE

Roma 13 aprile 2024

Il 13 aprile 2024, in Roma, si è dato inizio allo svolgimento della seduta plenaria mediante i lavori di votazione assegnati alla Giuria multidisciplinare finalizzati alla elaborazione delle Buone Pratiche Cliniche di valutazione medico legale delle menomazioni alla integrità psico-fisica comprese tra 10 e 100 punti di invalidità permanente.

La discussione è stata gestita in maniera strutturata ed i lavori sono stati condotti discutendo separatamente e nel dettaglio gli statement e i singoli raggruppamenti di lesioni. Ai componenti del pannello indipendente di esperti era stato precedentemente fornito il materiale di discussione, comprensivo della lista completa delle affermazioni e delle lesioni con i pesi attribuiti dagli esperti coinvolti nel progetto, i risultati dell'analisi della letteratura, i dettagli della metodologia seguita.

Al termine della discussione di ciascuno statement e di ogni raggruppamento di lesioni è stato verificato il consenso attraverso una votazione formale, i cui risultati sono stati gestiti in accordo con una scala di valutazione del consenso da 1 a 9. Le proposte di modifica e i pareri di minoranza sono stati registrati dalla segreteria scientifica e gestiti come successivamente dettagliato.

Si è dato atto della presenza degli Esperti dei pannelli A e B, dei membri del CTS, e della Segreteria Scientifica. Sono, altresì, presenti i componenti della Giuria multidisciplinare nominati dal Promotore (SIMLA) nelle persone di:
Prof. Franco Introna (Presidente)
Dott.ssa Simona Rinaldi (Segretario)
Dott. Pierfranco Aleandri
Dott. Carlo Bernabei
Prof. Aurelio Bonelli
Dott.ssa Velia Bruno
Consigliere Alberto M. Cisterna
Prof. Domenico De Leo
Prof. Alessandro Dell'Erba
Consigliere Dott.ssa Martina Flamini
Avv. Maurizio Hazan
Avvocato dello Stato Pietro Garofoli
Dott. Giovanni Leoni
Dott. Cesare Maria Lico
Dott. Arnaldo Migliorini
Dott.ssa Valentina Piredda
Dott.ssa Amalia Piscopo
Prof.ssa Giovanna Ricci
Dott.ssa Loredana Scuro
Presidente Dott. Giacomo Travaglino
Prof. Riccardo Zoja

Nella prima sessione la Giuria multidisciplinare ha proceduto all'esternazione di commenti, osservazioni e successiva votazione degli statement; nella sessione successiva sono state votate, voce per voce, le menomazioni riportate nei 15 contenitori delle funzioni-sistemi, previa esposizione di commenti, osservazioni e note dei componenti della Giuria.
Tutte le sedute sono state registrate.

Si dà atto, altresì, della presenza tra gli stakeholder invitati, dei seguenti rappresentanti e/o delegati:
Dott. Gianluca Maccauro – Associazione Coordinamento Ospedalità Privata - **ACOP**
Prof. Livio Tronconi e Dott.ssa Marilena Rombolà - Associazione Italiana Ospedalità Privata - **AIOP**
Dott.ssa Rossella Sebastiani - Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici - **ANIA**
Dott.ssa Rita Petrina - **FEDERSANITÀ**
Dott. Raffaele Migliorini – Istituto Nazionale della Previdenza Sociale - **INPS**

Avv. Elio Di Jeso – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni - **IVASS**
Avv. Angelo Massimo Perrini – Pan European Organisation of Personal Injury Lawyers – **PEOPIL**
Avv. Settimio Catalisano - Unione Nazionale Avvocati Responsabilità Civile e Assicurativa – **UNARCA**

Risultati della prima votazione della Giuria Multidisciplinare - Statement

INIZIO: ore 10:00 - FINE: ore 11:38

STATEMENT	**ACCORDO**	**SA% = percentuale dei voti indicanti forte accordo (8 o 9)**
STATEMENT 1.1 La definizione di danno biologico è da contestualizzare agli aspetti dinamico-relazionali comuni a tutti e a quelli specifici del soggetto.	SA	80,9%
STATEMENT 1.2 L'espressione numerica in misura percentuale è raccomandata per quantificare la menomazione permanente all'integrità psico-fisica.	SA	80,9%
STATEMENT 2.1 È confermato il procedimento per analogia ed equivalenza per le menomazioni non elencate nella tabella di riferimento.	SA	85,7%
STATEMENT 2.2 L'affermazione che la menomazione all'integrità psico-fisica debba essere espressa numericamente come misura percentuale si basa sulla necessità di un percorso riproducibile di evidenza clinica e semeiotica medico-legale.	SA	85,7%
STATEMENT 2.3 Nei casi di quadri menomativi con lesioni multiple coesistenti o concorrenti, è necessario utilizzare un metodo valutativo specifico per valutare in modo globale le menomazioni.	WA	42,8%
STATEMENT 3.1 Si raccomanda l'estensione a tutte le fasce di età delle indicazioni del paragrafo 4.2 del documento di Consensus Conference sulla valutazione medico-legale del danno biologico.	SA	100%
STATEMENT 5.1 La valutazione della menomazione della funzione psichica è di esclusiva competenza del medico chirurgo specialista in medicina legale.	SA	71,4%
STATEMENT 6.1 L'utilizzo di protesi in grado di svolgere funzioni vicarie rende imprescindibile la valutazione della perdita anatomica (in qualsiasi distretto del corpo).	SA	80,9%
STATEMENT 6.2 *(modificato)* Gli elementi essenziali per formulare una valutazione accurata e completa, espressa numericamente come misura percentuale, nel caso di soggetti con protesi articolari (come ginocchio, gomito) includono l'entità della eventuale sintomatologia dolorosa residua, il range articolare concesso, la congruenza tra la cinematica della protesi e il fisiologico pattern di movimento dell'arto, nonché l'eventuale impatto negativo sul funzionamento globale dell'individuo, anche in rapporto allo stato anteriore.	SA	80,9%
STATEMENT 6.3 (*modificato*) Gli elementi essenziali per ottenere una valutazione accurata e completa, espressa numericamente come misura percentuale, nel caso di soggetti con perdite anatomiche protesizzabili (come le amputazioni) includono la determinazione della lunghezza residua dell'arto amputato dopo la perdita anatomica (misurata con precisione antropometrica), l'analisi del trofismo muscolare residuo e delle relative capacità	SA	90,4%

motorie nella zona per-amputata, nonché lo studio della protesizzabili dell'arto leso.		
STATEMENT 7.1 Avuto riguardo alla diagnosi clinica funzionale di un processo morboso delle arcate dentali da parte dell'esercente la professione sanitaria in odontoiatra, tenuto conto che una modificazione menomante a carico dell'apparato dentale può originare impatti pregiudizievoli su altri organi e apparati (respiratorio, fonatorio, psichico, posturale, ecc.), la valutazione del danno biologico permanente complessivo eventualmente esitato è competenza dello specialista in medicina legale.	SA	76,1%

NOTA un giurato non ha votato nessun statement

		S1.1	S1.2	S2.1	S2.2	S2.3	S3.1	S5.1	S6.1	S6.2	S6.3	S7.1
giu-01		9	9	8	9	6	8	9	8	9	9	9
giu-02		8	9	9	8	6	9	8	9	9	9	9
giu-03		8	9	9	8	9	8	8	9	8	8	8
giu-04		4	6	9	7	1	8	8	7	9	9	8
giu-05		8	7	9	7	9	9	9	9	9	9	9
giu-06		8	7	7	8	9	8	8	6	8	8	8
giu-07		9	9	9	9	7	8	9	9	9	9	9
giu-08		7	8	6	7	8	8	1	8	7	7	1
giu-09		8	8	9	9	8	9	9	9	7	8	9
giu-10		9	9	9	9	3	9	1	9	9	9	9
giu-11		9	9	9	9	9	9	7	9	9	9	7
giu-12		6	7	8	9	9	9	7	8	7	7	7
giu-13		8	9	8	9	7	9	9	9	9	9	9
giu-14		8	8	8	8	1	8	1	7	8	8	8
giu-15		8	9	7	9	7	9	9	9	9	9	9
giu-16		9	9	8	8	5	9	7	9	9	9	7
giu-17		9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
giu-18		9	8	9	9	8	9	9	8	9	9	9
giu-19		8	8	9	8	5	9	8	9	9	9	9
giu-20		9	9	8	8	8	9	9	9	9	9	9
giu-21		7	8	8	8	1	9	8	7	6	8	7
giu-22												
mediana		8	9	9	8	7	9	8	9	9	9	9
IQ25%		8	8	8	8	5	8	7	8	8	8	8
IQ75%		9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
GIUDIZIO		SA	SA	SA	SA	WA	SA	SA	SA	SA	SA	SA

Formulazione definitiva degli Statement

Statement n. 1.1				
Enunciazione	**La definizione di danno biologico è da contestualizzare agli aspetti dinamico-relazionali comuni a tutti e anche a quelli specifici del soggetto**			
Valutazione della Giuria multidisciplinare	**Strongly Agree**	**Mediana 8**	**IQ25% 8**	**IQ75% 9**
Chiarimento richiesto da membro della Giuria	*Per aspetti dinamico-relazionali comuni a tutti e specifici si evidenziano anche gli aspetti chiamati di personalizzazione?* Risposta Esperto del Pannello A SI.			

Statement n. 1.2				
Enunciazione	**L'espressione numerica in misura percentuale è raccomandata per quantificare la menomazione permanente all'integrità psico-fisica**			
Valutazione della Giuria multidisciplinare	**Strongly Agree**	**Mediana 9**	**IQ25% 8**	**IQ75% 9**
Dichiarazione richiesta da membro della Giuria	*Oltre all'espressione numerica percentualistica è necessario descrivere l'incidenza della menomazione sulla validità del leso.*			

Statement n. 2.1				
Enunciazione	**È confermato il procedimento per analogia ed equivalenza per le menomazioni non elencate nella tabella di riferimento**			
Valutazione della Giuria multidisciplinare	**Strongly Agree**	**Mediana 9**	**IQ25% 8**	**IQ75% 9**
Aggiunta richiesta da membri della Giuria	*Aggiungere all'enunciato proporzionalità.*			

Statement n. 2.2				
Enunciazione	**L'affermazione che la menomazione all'integrità psico-fisica debba essere espressa numericamente come misura percentuale si basa sulla necessità di un percorso riproducibile di evidenza clinica e semeiotica medico-legale**			
Valutazione della Giuria multidisciplinare	**Strongly Agree**	**Mediana 8**	**IQ25% 8**	**IQ75% 9**
Aggiunta richiesta da membri della Giuria	*Aggiungere all'enunciato accanto a riproducibile il termine "controllabile" elemento fondamentale sotto il profilo metodologico.*			

Statement n. 2.3				
Enunciazione	**Nei casi di quadri menomativi con lesioni multiple coesistenti o concorrenti, è necessario utilizzare un metodo valutativo specifico per valutare in modo globale la menomazione**			
Valutazione della Giuria multidisciplinare	**Weakly Agree**	**Mediana 7**	**IQ25% 5**	**IQ75% 9**
Commenti e note dei membri della Giuria	- *Il concetto di concorrenza e coesistenza nel danno biologico è inesistente e dovrebbe esser cancellato definitivamente dal concetto di integrità psicofisica, è acquisizione derivata da sistemi indennitari che non ha nessun fondamento né scientifico né clinico – biologico per poter esser ancora mantenuta nel concetto di danno biologico.* - *Sono distinzioni che, sebbene non abbiano fondamento, sono funzionale e rilevano oggettivamente ai fini del risarcimento.* - *Sarebbe opportuno valutare l'incidenza funzionale globale delle menomazioni, rispetto al procedere alla valutazione globale delle menomazioni.* - *Nel caso di menomazioni concorrenti e coesistenti la valutazione di sintesi non si dovrebbe esprimere una soggettività valutativa, che non è l'obiettivo che si propone con questo documento, ma un modello condiviso e verificabile.*			

Statement n. 3.1				
Enunciazione	**Si raccomanda l'estensione a tutte le fasce di età delle indicazioni del paragrafo 4.2 del documento di Consensus Conference sulla valutazione medico-legale del danno biologico nella persona anziana**			
Valutazione della Giuria multidisciplinare	**Strongly Agree**	**Mediana 9**	**IQ25% 8**	**IQ75% 9**
Wording suggerito da membro della Giuria	*L'acronimo del sito dell'istituto superiore di sanità è SNLG e non LNSG, sarebbe consigliato utilizzare per esteso "Sistema Nazionale Linee Guida".*			

Statement n. 5.1				
Enunciazione	**La valutazione della menomazione della funzione psichica è di esclusiva competenza del medico chirurgo specialista in medicina legale**			
Valutazione della Giuria multidisciplinare	**Strongly Agree**	**Mediana 8**	**IQ25% 7**	**IQ75% 9**
Commenti e note dei membri della Giuria	- *È opportuno precisare che per "danno psichico" intendiamo il danno biologico psichico, impregiudicato l'aspetto della sofferenza.* - *È importante procedere all'inquadramento multidisciplinare.* - *La valutazione della menomazione, non la diagnosi, ma i risvolti disfunzionali sono di competenza medico legale, si discute di valutazione e non di accertamento della componente psichica del danno biologico.* - *Aggiungere un termine per specificare che si tratta della valutazione quantitativa del danno alla persona, che significa l'aspetto relativo alla ripercussione valutativa.*			

Statement n. 6.1

Enunciazione	**L'utilizzo di protesi in grado di svolgere funzioni vicarie rende comunque imprescindibile la valutazione della perdita anatomica (in qualsiasi distretto del corpo)**			
Valutazione della Giuria multidisciplinare	**Strongly Agree**	**Mediana 9**	**IQ25% 8**	**IQ75% 9**
Commenti e note dei membri della Giuria	- *Deve esser valutata anche la perdita anatomica.* - *Prendendo in considerazione il grave pregiudizio che rimane sul piano anatomico con tutti i suoi riverberi evidentemente poi si dovrà integrare l'effettivo pregiudizio funzionale grazie alla qualità dei manufatti protesici che poi rientreranno in tutto e in parte nella voce del danno emergente.*			

Statement n. 6.2				
Enunciazione	**Gli elementi essenziali per formulare una valutazione accurata e completa, espressa numericamente come misura percentuale, nel caso di soggetti con protesi articolari (come ginocchio, gomito) includono l'entità della eventuale sintomatologia dolorosa residua, il range articolare concesso, la congruenza tra la cinematica della protesi e il fisiologico pattern di movimento dell'arto, nonché l'eventuale impatto negativo sul funzionamento globale dell'individuo, anche in rapporto allo stato anteriore**			
Valutazione della Giuria multidisciplinare	**Strongly Agree**	**Mediana 9**	**IQ25% 8**	**IQ75% 9**
Commenti e note dei membri della Giuria	*NESSUNO*			

Statement n. 6.3				
Enunciazione	**Gli elementi essenziali per ottenere una valutazione accurata e completa, espressa numericamente come misura percentuale, nel caso di soggetti con perdite anatomiche protesizzabili (come le amputazioni) includono la determinazione della lunghezza residua dell'arto amputato dopo la perdita anatomica (misurata con precisione antropometrica), l'analisi del trofismo muscolare residuo e delle relative capacità motorie nella zona peri-amputata, nonché lo studio della protesizzabilità dell'arto leso**			
Valutazione della Giuria multidisciplinare	**Strongly Agree**	**Mediana 9**	**IQ25% 8**	**IQ75% 9**
Commenti e note di membri della Giuria	- *Nell'ambito della valutazione e delle voci di danno risarcibile, a distanza di anni potrebbe sorgere la possibilità di protesizzazione inizialmente non impiantabile, pertanto dovrebbe essere espressa una nuova valutazione, non tanto relativamente al valore dell'amputazione, quanto piuttosto alla efficacia della nuova protesizzazione. L'unica congrua forma di ristoro conciliabile con tale evoluzione diacronica è la rendita vitalizia.* - *Chiarimento richiesto da membro della Giuria: la componente estetica deve essere a sé stante o meno?* - Risposta di membro del CTS: no, deve essere inglobata.			

Statement n. 7.1	
Enunciazione	**Avuto riguardo alla diagnosi clinica funzionale di un processo morboso delle arcate dentali da parte dell'esercente la professione sanitaria di odontoiatra, tenuto conto che una**

	modificazione menomante a carico dell'apparato dentale può originare impatti pregiudizievoli su altri organi ed apparati (respiratorio, fonatorio, psichico, posturale), la valutazione del danno biologico permanente complessivo eventualmente esitato è competenza dello specialista in Medicina Legale			
Valutazione della Giuria multidisciplinare	**Strongly Agree**	**Mediana 9**	**IQ25% 8**	**IQ75% 9**
Commenti e note dei membri della Giuria	*NESSUNO*			

FINE PRIMA PARTE VOTAZIONI GIURIA MULTIDISCIPLINARE (ore 11:38)

Formulazione definitiva degli Statement 2.1, 3.1, 5.1

Relativamente agli statement 2.1, 3.1, 5.1, in considerazione dei commenti, note e osservazioni la Giuria multidisciplinare approda unanimemente ad una proposta di riformulazione dei già menzionati statement.

Il CTS valutata la proposta di modifica da parte della Giuria multidisciplinare e concerta la seguente nuova formulazione:

Statement n. 2.1 ***È confermato la procedura per analogia, equivalenza e proporzionalità per le menomazioni non elencate nella tabella di riferimento***
Statement n. 3.1 ***Si raccomanda l'estensione a tutte le fasce di età delle indicazioni del paragrafo 4.2 del documento di Consensus Conference sulla valutazione medico-legale del danno biologico nella persona anziana***
Statement n. 5.1 ***La valutazione quantitativa della menomazione della funzione psichica è di esclusiva competenza del medico chirurgo specialista in medicina legale***

Minority Report

Di seguito si riportano i Minority report dei giurati e ritenuti rilevanti dal CTS:

Statement 2.3 - *Il concetto di concorrenza e coesistenza nel danno biologico è inesistente.*
Statement n. 6.3 - *Nell'ambito della valutazione e delle voci di danno risarcibile, a distanza di anni potrebbe sorgere la possibilità di protesizzazione inizialmente non impiantabile, pertanto dovrebbe essere espressa una nuova valutazione, non tanto relativamente al valore dell'amputazione, quanto piuttosto alla efficacia della nuova protesizzazione. L'unica congrua forma di ristoro conciliabile con tale evoluzione diacronica è la rendita vitalizia*

Risultati della seconda votazione della Giuria Multidisciplinare - Tabelle delle menomazioni alla integrità psicofisica comprese tra 10 e 100 punti di invalidità permanente

INIZIO ore 11:45 - FINE: ore 13:20

La Giuria multidisciplinare, prima della votazione, esprime questa considerazione introduttiva:

"Dall'analisi della parte del documento relativa ai contenitori emerge, senza dubbio, come siano state considerate le varianti cliniche nelle singole menomazioni: a fronte di un limitato numero di voci che hanno un unico riferimento percentuale è stato, infatti, ampiamente indicato un range molto differenziato, indirizzo che, sotto il profilo della valutazione delle menomazioni alla integrità psico-fisica, è sempre più supportato dall'evidenza della scienza medico-legale".

NOTE ESPLICATIVE SULLA GRAFICA DEL DOCUMENTO

- le voci evidenziate in grigio sono quelle elaborate con la procedura dell'analogia;
- le voci in rosso e in grassetto sono quelle hanno ottenuto un esito incerto nella votazione dalla Giuria multidisciplinare.

NOTE METODOLOGICHE SULLA STRUTTURA DELLE TABELLE DEFINITIVE

1) Per le voci espresse dagli Esperti del pannello B che hanno ottenuto un esito incerto nella votazione della Giuria multidisciplinare, il CTS riporta nella Tabella definitiva il range completo dei valori espressi dagli Esperti già citati compreso nell'intervallo IC95% inferiore e IC95% superiore (IC = intervallo di confidenza);
2) per le voci elaborate mediante la procedura della analogia che hanno ottenuto un esito incerto nella votazione, il CTS ha stabilito che rientreranno nella Tabella finale solo quelle supportate da integrazioni qualitative da parte della Giuria multidisciplinare.
3) La Giuria multidisciplinare per alcune voci ha espresso note critiche per differenti motivi e cioè:
   - possibilità per alcune voci di essere assorbite in altre fattispecie menomative (i.e. disturbo da lutto persistente complicato forma grave);
   - complessità dei quadri esitali (i.e. endometriosi in fase avanzata con infertilità e importante sintomatologia dolorosa pelvica e eventuali complicanze a carico dell'apparato urinario o gastroenterico);
   - difficoltà di definirne evoluzione e stabilizzazione (i.e. sindrome algodistrofica della mano con sintomatologia di entità moderata in lato dominante/non dominante; tracheostomia a permanenza in assenza di deficit respiratori).

   Pertanto, anche se queste voci sono state espresse dagli Esperti del pannello B, il CTS ha deciso di accogliere le indicazioni della Giuria multidisciplinare e dette voci non faranno parte della Tabella finale.
4) Il CTS ha ritenuto utili e necessari alcuni commenti e precise indicazioni espresse dalla Giuria multidisciplinare relativamente alla formulazione qualitativa e/o quantitativa di voci valutative dalla stessa confermate; pertanto, tali indicazioni sono state riportate nella Tabella finale.

1. MENOMAZIONI DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE (SNC)

ITEM	VOCE	ESPERTI GRUPPO B e VOCI PER ANALOGIA	VOTAZIONE GIURIA			
			GRADO ACCORDO	IQ25%	IQ75%	MEDIANA
ITEM1	EMIPLEGIA: DEAMBULAZIONE CON APPOGGIO ED ARTO	75%	SA	7	9	8

	SUPERIORE FUNZIONALMENTE PERDUTO IN LATO DOMINANTE					
ITEM2	EMIPLEGIA: DEAMBULAZIONE CON APPOGGIO ED ARTO SUPERIORE FUNZIONALMENTE PERDUTO IN LATO NON DOMINANTE	70%	SA	6,75	8,25	8
ITEM3	MONOPLEGIA FLACCIDA ARTO SUPERIORE IN LATO DOMINANTE	55%	WA	6,25	8	7
ITEM4	MONOPARESI DELL'ARTO SUPERIORE DOMINANTE CON LIEVE DEFICIT DI FORZA IN BASE AL GRADO DI COMPROMISSIONE DEI MOVIMENTI FINI DELLA MANO	30-35%	SA	7	8	8
ITEM5	MONOPLEGIA FLACCIDA DI UN ARTO INFERIORE IN RAPPORTO ALL'UTILIZZO EFFICACE DI UN TUTORE	45-55%	WA	6	8	7
ITEM6	MONOPARESI DELL'ARTO INFERIORE CON LIEVE DEFICIT DI FORZA, ANDATURA FALCIANTE POSSIBILE SENZA APPOGGIO	15-20%	SA	6,75	8	8
ITEM7	SINDROME LOBARE CEREBRALE, IN BASE ALLA GRAVITÀ E ALLA RESPONSIVITÀ AL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO	40-60%	SA	7	9	8
ITEM8	SINDROME PREFRONTALE PSICO ORGANICA FORMA GRAVISSIMA	65-80%	SA	7	8	8
ITEM9	SINDROME PREFRONTALE PSICO ORGANICA FORMA GRAVE	40-75%	WA	5	8,25	6
ITEM10	SINDROME PREFRONTALE PSICO ORGANICA FORMA LIEVE	10-20%	WA	7	8	7
ITEM11	EMISOMATOAGNOSIA FORMA LIEVE	15-30%	WA	7	8	7
ITEM12	SINDROME CEREBELLARE STADIO 6 SCALA FARS MODIFICATA	91-100%	SA	8	9	9
ITEM13	SINDROME CEREBELLARE STADIO 2 SCALA FARS MODIFICATA	15-35%	SA	7	9	8
ITEM14	SINDROME EXTRAPIRAMIDALE IN STADIO	90-96%	SA	7	9	8

	5, CON SOGGETTO OBBLIGATO A LETTO O SU SEDIA A ROTELLE, TOTALMENTE DIPENDENTE NELLE ADL					
ITEM15	SINDROME EXTRAPIRAMIDALE, IN BASE ALLA GRAVITÀ E ALLA RESPONSIVITÀ AL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO	45-64%	SA	7	8,25	8
ITEM16	IDROCEFALO CON DERIVAZIONE A PERMANENZA NORMO TENSIVO	15-20%	WA	6	8,5	7
ITEM17	DISTURBI NEUROCOGNITIVI IN STADIO 5 CON NECESSITÀ DI ASSISTENZA GLOBALE E CONTINUATIVA	88-96%	SA	7	9	8
ITEM18	DISTURBI NEUROCOGNITIVI, IN BASE ALLA GRAVITÀ E ALLA RESPONSIVITÀ AL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO	47-52%	WA	7	8	7
ITEM19	**EPILESSIA, IN BASE ALLA GRAVITÀ E ALLA RESPONSIVITÀ AL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO**	**30-39%**	**I**	**3**	**8**	**7**
ITEM20	TETRAPLEGIA COMPLETA	96-100%	SA	8	9	9
ITEM21	TETRAPARESI IN BASE AL GRADO DI COMPROMISSIONE DEI SINGOLI ARTI E FUNZIONALITÀ DEGLI SFINTERI	50-90%	SA	7	9	8
ITEM22	PARAPLEGIA DI ORIGINE MIDOLLARE IN ASSENZA DI CONTROLLO DEL TRONCO	85%	SA	7	9	8
ITEM23	PARAPARESI CON DEFICIT DI FORZA LIEVE/MODERATA POSSIBILITÀ DI DEAMBULARE SENZA APPOGGIO A SECONDA DEL GRADO DI DEFICIT DELLA FUNZIONALITÀ SFINTERIALE	30-45%	WA	6,5	8,5	7
ITEM24	SINDROME DELLA CAUDA EQUINA	51-85%	WA	5,5	9	7
ITEM25	MALATTIE DEMIELINIZZANTI IN STADIO 1, CON EDSS 1-3,5, DEAMBULAZIONE AUTONOMA ED AUTOSUFFICIENZA	12-15%	WA	6	8	7
ITEM26	**CEFALEA, IN BASE ALLA SEVERITÀ DELLA PATOLOGIA, ALLA FREQUENZA MENSILE, ALLA**	**20-24%**	**D**	**3**	**7**	**4**

	RESPONSIVITÀ DEL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO					
ITEM27	NARCOLESSIA FARMACORESISTENTE O CON IMPOSSIBILITÀ DI TRATTAMENTO FARMACOLOGICO, CON NOTEVOLE INTERFERENZA SULLE NORMALI ATTIVITÀ QUOTIDIANE	35-41%	WA	5,75	7,25	6,5
ITEM28	NARCOLESSIA DI TIPO 1 O DI TIPO 2 CON ASSENTE/LIEVE INTERFERENZA SULLE NORMALI ATTIVITÀ QUOTIDIANE	13-17%	WA	6	8	7
ITEM29	NEVRALGIA DEL TRIGEMINO, FORMA GRAVE (A SECONDA DELLA RISPOSTA AL TRATTAMENTO)	23-28%	WA	6	7,75	7
ITEM30	NEVRALGIA DEL TRIGEMINO, FORMA LIEVE-MODERATA (A SECONDA DELLA RISPOSTA AL TRATTAMENTO)	12-15%	WA	6	8	7
ITEM31	**PARALISI PERIFERICA TOTALE MONOLATERALE DEL VII NERVO CRANICO (NERVO FACCIALE) COMPRENSIVA DEL DANNO ESTETICO**	**30-39%**	**I**	**4**	**8**	**6**

➢ COMMENTI E NOTE DEI MEMBRI DELLA GIURIA MULTIDISCIPLINARE

ITEM	VOCE	ESPERTI GRUPPO B e VOCI PER ANALOGIA	*Commenti e note dei Giurati*
ITEM8	SINDROME PREFRONTALE PSICO ORGANICA FORMA GRAVISSIMA	65-80%	*La Giuria osserva l'utilità di evitare la sovrapposizione per le voci "forma gravissima" e "forma grave" indicando che la forma "gravissima" dovrebbe partire dal valore del 65% e la forma grave non superare come valore massimo il 65%*
ITEM9	SINDROME PREFRONTALE PSICO ORGANICA FORMA GRAVE	40-75%	
ITEM10	SINDROME PREFRONTALE PSICO ORGANICA FORMA LIEVE	10-20%	
ITEM14	SINDROME EXTRAPIRAMIDALE IN STADIO 5, CON SOGGETTO OBBLIGATO A LETTO O SU SEDIA A ROTELLE, TOTALMENTE DIPENDENTE NELLE ADL	90-96%	*Un membro delle Giuria propone come valore massimo il 99%*
ITEM19	**EPILESSIA, IN BASE ALLA GRAVITÀ E ALLA RESPONSIVITÀ AL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO**	**30-39%**	*Wording: richiesta la precisazione puntuale della voce di riferimento e del valore di fascia*

ITEM22	PARAPLEGIA DI ORIGINE MIDOLLARE IN ASSENZA DI CONTROLLO DEL TRONCO	85%	*Un membro delle Giuria chiede di rimuovere la dizione "in assenza di controllo del tronco"*

➢ **COMMENTI DEL CTS**

In armonia con quanto stabilito nelle note metodologiche introduttive il CTS accoglie le indicazioni della Giuria multidisciplinare per i seguenti item:		
ITEM8	SINDROME PREFRONTALE PSICO ORGANICA FORMA GRAVISSIMA	**65-80%**
ITEM9	SINDROME PREFRONTALE PSICO ORGANICA FORMA GRAVE	**40-64%**

In armonia con quanto stabilito nelle note metodologiche introduttive il CTS accoglie le indicazioni della Giuria multidisciplinare per i seguenti item indicando il range completo dei valori espressi dagli Esperti pannello B compreso nell'intervallo IC95% inferiore e IC95% superiore:		
ITEM19	**EPILESSIA IN TRATTAMENTO FARMACOLOGICO, CON CRISI A FREQUENZA MINIMA MENSILE E MASSIMA SETTIMANALE, A SECONDA DEL TIPO DI CRISI, CON DISCRETA INTERFERENZA SUL GRADO DI SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITÀ QUOTIDIANE**	**20-50%**
ITEM26	**CEFALEA, IN BASE ALLA SEVERITÀ DELLA PATOLOGIA, ALLA FREQUENZA MENSILE, ALLA RESPONSIVITÀ DEL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO**	**14-30%**

2. MENOMAZIONI DEL SISTEMA NERVOSO PERIFERICO (SNP)

ITEM	VOCE	ESPERTI GRUPPO B e VOCI PER ANALOGIA	VOTAZIONE GIURIA			
			GRADO ACCORDO	IQ25%	IQ75%	MEDIANA
ITEM1	PARALISI COMPLETA DEL PLESSO BRACHIALE IN LATO DOMINANTE	60%	SA	8	8	8
ITEM2	PARALISI COMPLETA DEL PLESSO BRACHIALE IN LATO NON DOMINANTE	55%	SA	7,5	8,5	8
ITEM3	SINDROME RADICOLARE SUPERIORE/INFERIORE IN LATO DOMINANTE	45%	SA	7,5	8	8

ITEM4	SINDROME RADICOLARE SUPERIORE/INFERIORE IN LATO NON DOMINANTE	40%	SA	7,5	8	8
ITEM5	PARALISI COMPLETA DEL NERVO CIRCONFLESSO IN LATO DOMINANTE	18%	SA	7	8,25	8
ITEM6	PARALISI COMPLETA DEL NERVO CIRCONFLESSO IN LATO NON DOMINANTE	15%	SA	5,75	8	8
ITEM7	PARALISI TOTALE ALTA DEL NERVO RADIALE IN LATO DOMINANTE	35%	SA	7	8,25	8
ITEM8	PARALISI TOTALE ALTA DEL NERVO RADIALE IN LATO NON DOMINANTE	30%	WA	7	8	7.5
ITEM9	PARALISI TOTALE DEL NERVO MEDIANO IN LATO DOMINANTE	36-40%	SA	7	8	8
ITEM10	PARALISI TOTALE DEL NERVO MEDIANO IN LATO NON DOMINANTE	32-35%	WA	7	8	7
ITEM11	PARALISI TOTALE ALTA DEL NERVO ULNARE IN LATO DOMINANTE	25%	SA	7,25	8	8
ITEM12	PARALISI TOTALE ALTA DEL NERVO ULNARE IN LATO NON DOMINANTE	22%	SA	7	8	8
ITEM13	PARALISI DEL NERVO MUSCOLO-CUTANEO IN LATO DOMINANTE	15%	SA	8	8	8
ITEM14	PARALISI DEL NERVO MUSCOLO-CUTANEO IN LATO NON DOMINANTE	12-13%	SA	7,25	8,75	8
ITEM15	PARALISI ALTA DEL NERVO ISCHIATICO	45%	SA	8	9	8
ITEM16	PARALISI TOTALE DEL NERVO FEMORALE	30%	SA	7	8	8
ITEM17	PARALISI DEL NERVO GLUTEO INFERIORE	15%	SA	7	8	8
ITEM18	PARALISI TOTALE DELLO SPE O DELLO SPI	20-24%	SA	7	8	8
ITEM19	**SINDROME ALGODISTROFICA DELLA MANO CON SINTOMATOLOGIA DI ENTITÀ MODERATA IN LATO DOMINANTE**	**22-30%**	**I**	**5**	**8**	**5.5**

ITEM20	**SINDROME ALGODISTROFICA DELLA MANO CON SINTOMATOLOGIA DI ENTITÀ MODERATA IN LATO NON DOMINANTE**	**20-27%**	**I**	**5**	**7,75**	**5**

➢ **COMMENTI E NOTE DEI MEMBRI DELLA GIURIA MULTIDISCIPLINARE**

ITEM	VOCE	ESPERTI GRUPPO B e VOCI PER ANALOGIA	*Commenti e note dei Giurati*
ITEM6	PARALISI COMPLETA DEL NERVO CIRCONFLESSO IN LATO NON DOMINANTE	15-20%	*La Giuria osserva l'utilità di evitare la sovrapposizione per le voci dominante/non dominante proponendo per il lato non dominante la fascia valutativa 15-18%*
ITEM19	**SINDROME ALGODISTROFICA DELLA MANO CON SINTOMATOLOGIA DI ENTITÀ MODERATA IN LATO DOMINANTE**	**22-30%**	*La Giuria osserva che gli Item 19 e 20 non debbano essere inseriti attesa l'incertezza della stabilizzazione dei postumi a carattere permanente*
ITEM20	**SINDROME ALGODISTROFICA DELLA MANO CON SINTOMATOLOGIA DI ENTITÀ MODERATA IN LATO NON DOMINANTE**	**20-27%**	

➢ **COMMENTI DEL CTS**

In armonia con quanto stabilito nelle note metodologiche introduttive il CTS accoglie le indicazioni della Giuria multidisciplinare per gli item 19 e 20 e per l'item 6 indicando il range completo dei valori espressi dagli Esperti pannello B compreso nell'intervallo IC95% inferiore e IC95% superiore :		
ITEM6	PARALISI COMPLETA DEL NERVO CIRCONFLESSO IN LATO NON DOMINANTE	**15-18%**
ITEM19	**SINDROME ALGODISTROFICA DELLA MANO CON SINTOMATOLOGIA DI ENTITÀ MODERATA IN LATO DOMINANTE**	Gli item 19 e 20 non faranno parte della Tabella finale
ITEM20	**SINDROME ALGODISTROFICA DELLA MANO CON SINTOMATOLOGIA DI ENTITÀ MODERATA IN LATO NON DOMINANTE**	

3.MENOMAZIONI DELLE FUNZIONI PSICHICHE

ITEM	VOCE	ESPERTI GRUPPO B e VOCI PER ANALOGIA	VOTAZIONE GIURIA			
			GRADO ACCORDO	IQ25%	IQ75%	MEDIANA
ITEM1	DISTURBO DA STRESS POST-TRAUMATICO – FORMA MODERATA COMPLICATA O GRAVE	23-29%	WA	7	8,25	7

ITEM2	DISTURBO DA STRESS POST-TRAUMATICO – FORMA MODERATA	16-22%	WA	6,75	8,25	7
ITEM3	DISTURBO DA STRESS POST-TRAUMATICO - FORMA LIEVE	10-15%	WA	6,5	8	7
ITEM4	DISTURBO DELL' ADATTAMENTO COMPLICATO	13-19%	WA	7	9	7
ITEM5	DISTURBO DELL'ADATTAMENTO NON COMPLICATO	8-12%	WA	7	9	7
ITEM6	DISTURBO D'ANSIA GENERALIZZATA – FORMA GRAVE COMPLICATA	22-28%	WA	6	8	7
ITEM7	DISTURBI DELLO SPETTRO ANSIOSO DI ENTITÀ LIEVE (DISTURBO D'ANSIA GENERALIZZATO IN FORMA LIEVE; DISTURBO DA ATTACCHI DI PANICO IN FORMA LIEVE; FOBIE IN FORMA LIEVE)	10-13%	WA	6	8,5	7
ITEM8	DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE GRAVE FORMA CON MELANCONIA, SINTOMI PSICOTICI, CATATONIA E TENDENZE SUICIDA (DISTURBO DEPRESSIVO PERSISTENTE)	62-75%	WA	6	8	7
ITEM9	DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE- FORMA GRAVE CON DISTURBI COESISTENTI MA SENZA MELANCONIA E SENZA SINTOMI PSICOTICI, OPPURE GRAVE, CON MELANCONIA MA SENZA DISTURBI COESISTENTI E SENZA SINTOMI PSICOTICI	36-40%	WA	6,75	8	7
ITEM10	DISTURBO DA DISMORFISMO CORPOREO – FORMA GRAVE COMPLICATA	25-31%	WA	5,75	8,25	7
ITEM11	DISTURBO DA DISMORFISMO CORPOREO - FORMA LIEVE	8-11%	WA	5	7,25	7
ITEM12	DISTURBO DELIRANTE - FORMA GRAVE	48-53%	WA	5,75	8	7
ITEM13	SCHIZOFRENIA A DECORSO CONTINUATIVO CON PERDITA COMPLETA DEL FUNZIONAMENTO PERSONALE E CONDOTTE AUTO/ETERO AGGRESSIVE	90-97%	SA	6,25	8,75	8

ITEM14	SCHIZOFRENIA A DECORSO CONTINUATIVO CON ELEVATA DISORGANIZZAZIONE IDEATIVO-COMPORTAMENTALE	76-86%	SA	5,75	9	8
ITEM15	SCHIZOFRENIA A DECORSO CONTINUATIVO CON COMPORTAMENTO MODERATAMENTE INFLUENZATO DA DELIRI E ALLUCINAZIONI	50-56%	SA	5,5	8	8
ITEM16	**DISTURBO DA LUTTO PERSISTENTE COMPLICATO – FORMA GRAVE**	**28-33%**	**I**	**3,75**	**8**	**6**

➢ **COMMENTI E NOTE DEI MEMBRI DELLA GIURIA MULTIDISCIPLINARE**

ITEM	**VOCE**	**ESPERTI GRUPPO B e VOCI PER ANALOGIA**	***Commenti e note dei Giurati***
ITEM1	DISTURBO DA STRESS POST-TRAUMATICO – FORMA MODERATA-COMPLICATA O GRAVE	23-29%	*La Giuria indica di aggiungere il trattino tra "moderata" e "complicata"*
ITEM5	DISTURBO DELL'ADATTAMENTO NON COMPLICATO	8-12%	*Un membro della Giuria evidenzia che la fascia 8-12% rientra, in parte, nell'ambito delle lesioni di lieve entità*
ITEM16	**DISTURBO DA LUTTO PERSISTENTE COMPLICATO – FORMA GRAVE**	**28-33%**	*La Giuria propone di eliminare l'item 16 poiché voce che può trovare spazio nosografico in altre fattispecie valutative.*

➢ **COMMENTI DEL CTS**

In armonia con quanto stabilito nelle note metodologiche introduttive il CTS accoglie le indicazioni della Giuria multidisciplinare per il seguente item:		
ITEM16	**DISTURBO DA LUTTO PERSISTENTE COMPLICATO – FORMA GRAVE**	L'Item 16 non farà parte della Tabella finale

4. MENOMAZIONI DEGLI ORGANI DI SENSO

ITEM	**VOCE**		**VOTAZIONE GIURIA**

		ESPERTI GRUPPO B e VOCI PER ANALOGIA	GRADO ACCORDO	IQ 25%	IQ 75%	MEDIANA
ITEM1	ANOFTALMIA BILATERALE	90%	SA	8	9	8
ITEM2	ANOFTALMIA MONOLATERALE SENZA POSSIBILITÀ DI PROTESI ESTETICA	40%	SA	7,25	9	8
ITEM3	*VOCE VALUTATA NEL CONTENITORE N.15 PROTESI E MENOMAZIONI*					
ITEM4	CECITÀ ASSOLUTA BILATERALE	85%	SA	7,25	8	8
ITEM5	CECITÀ MONOLATERALE	28-30%	SA	7	8	8
ITEM6	RESIDUO CAMPO VISIVO <11% >3%	75-80%	SA	7	8	8
ITEM7	RESIDUO CAMPO VISIVO <3%	85%	SA	7	9	8
ITEM8	SORDITÀ COMPLETA BILATERALE	50%	SA	7	9	8
ITEM9	SORDITÀ COMPLETA UNILATERALE	10-15%	SA	7	8	8
ITEM10	SORDITÀ COMPLETA BILATERALE IN ETÀ PRELINGUALE	65-80%	SA	6,5	8,5	8
ITEM11	**SORDOMUTISMO, CON VALIDI RISULTATI DOPO TRATTAMENTO RIABILITATIVO**	**60%**	**I**	**3,5**	**7**	**5**
ITEM12	AREFLESSIA VESTIBOLARE MONOLATERALE SENZA COMPENSO	12-20%	WA	6,5	8	7
ITEM13	AREFLESSIA VESTIBOLARE MONOLATERALE SENZA COMPENSO, CON CANALOLITIASI, A SECONDA DELLA FREQUENZA DELLE CRISI	15-25%	SA	7	8	8
ITEM14	DANNO VESTIBOLARE CON SINTOMI O SEGNI DI INSTABILITÀ CHE LIMITANO SIGNIFICATIVAMENTE LE ATTIVITÀ PIÙ COMPLESSE DELLA VITA QUOTIDIANA (ES. ANDARE IN BICICLETTA,	25-34%	WA	7	8	7

	GUIDARE, ETC.) CON NECESSITÀ DI SALTUARIA ASSISTENZA					
ITEM15	ANOSMIA STRUMENTALMENTE ACCERTATA	15%	WA	5,5	8	7

➢ **COMMENTI E NOTE DEI MEMBRI DELLA GIURIA MULTIDISCIPLINARE**

ITEM	VOCE	ESPERTI GRUPPO B e VOCI PER ANALOGIA	*Commenti e note dei Giurati*
ITEM11	**SORDOMUTISMO, CON VALIDI RISULTATI DOPO TRATTAMENTO RIABILITATIVO**	**60%**	*La Giuria indica l'utilità di sostituire il termine "sordomutismo" con il termine "sordità prelinguale" e un minimo abbassamento del valore in ragione del risultato dei trattamenti riabilitativi.*
ITEM 14	DANNO VESTIBOLARE CON SINTOMI O SEGNI DI INSTABILITÀ CHE LIMITANO SIGNIFICATIVAMENTE LE ATTIVITÀ PIÙ COMPLESSE DELLA VITA QUOTIDIANA (ES. ANDARE IN BICICLETTA, GUIDARE, ETC.) CON NECESSITÀ DI SALTUARIA ASSISTENZA	25-34%	*Un membro della Giuria suggerisce di togliere "attività più complesse della vita quotidiana", al fine di lasciare più libera la valutazione.*
ITEM15	ANOSMIA STRUMENTALMENTE ACCERTATA	15%	*Un membro della Giuria suggerisce l'associazione con la ageusia.*

➢ **COMMENTI DEL CTS**

In armonia con quanto stabilito nelle note metodologiche introduttive il CTS accoglie le indicazioni della Giuria multidisciplinare per il seguente item indicando il range completo dei valori espressi dagli Esperti pannello B compreso nell'intervallo IC95% inferiore e IC95% superiore:

ITEM11	**SORDITÀ PRELINGUALE CON VALIDI RISULTATI DOPO TRATTAMENTO RIABILITATIVO**	**50-60%**

5.2 MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE MUSCOLO-SCHELETRICA - RACHIDE E BACINO

ITEM	VOCE	ESPERTI GRUPPO B e VOCI PER ANALOGIA	VOTAZIONE GIURIA			
			GRADO ACCORDO	IQ 25%	IQ 75%	MEDIANA
ITEM1	**ESITI DI FRATTURA DEL DENTE DELL'EPISTROFEO**	**17-21%**	**I**	**4**	**7**	**5**
ITEM2	ESITI DI FRATTURA DI UN CORPO VERTEBRALE	13-17%	SA	7	9	8

	CERVICALE CON DEFORMAZIONE SOMATICA (RIDUZIONE DI ALTEZZA DEL MURO ANTERIORE > AL 50%) A SECONDA DEI DISTURBI TROFICI SENSITIVI E DEFICIT FUNZIONALE					
ITEM3	ARTRODESI DELLA COLONNA CERVICALE IN TOTO	24-28%	WA	7	8	7
ITEM4	STENOSI VERTEBRALE SCORE 14-17 JOAC	26-29%	SA	7	9	8
ITEM5	STENOSI VERTEBRALE SCORE 9-13 JOAC	17-20%	SA	7	9	8
ITEM6	ESITI DI FRATTURA DORSALE VERTEBRALE DI CLASSE III (FRATTURA DI PIÙ CORPI VERTEBRALI, CON COMPRESSIONE E/O CUNEIZZAZIONE > 50% , CON O SENZA FRATTURA PEDUNCOLARE E/O DELL'ELEMENTO POSTERIORE E CON RILEVANTE SINTOMATOLOGIA DOLOROSA SENZA INDICAZIONE CHIRURGICA)	13-16%	WA	7	9	7
ITEM7	ARTRODESI CERVICO-DORSALE	14-15%	WA	5	8	7
ITEM8	ARTRODESI DI 9-12 CORPI VERTEBRALI DORSALI	20-23%	WA	7	8,75	7.5
ITEM9	ARTRODESI DORSOLOMBARE ESTESA DA D10 A L2	25%	SA	7	9	8
ITEM10	ESITI DI FRATTURA VERTEBRALE LOMBARE DI CLASSE III (ESITI DI FRATTURA DI PIÙ CORPI VERTEBRALI, CON COMPRESSIONE > 50% , CON GRAVE SINTOMATOLOGIA DOLOROSA, A SECONDA DEI DEFICIT TROFICO-SENSITIVI STRUMENTALMENTE ACCERTATI, SENZA INDICAZIONE CHIRURGICA)	20-24%	WA	6,5	8,5	7
ITEM11	PATOLOGIA LOMBARE DISCALE DI CLASSE III (ERNIA DISCALE O ESITI DI ERNIECTOMIA A 1 O PIÙ LIVELLI CON GRAVE QUADRO CLINICO	13-19%	WA	6	8	7

	DISFUNZIONALE, MIELOPATIA SFUMATA O RETICOLOPATIA STRUMENTALMENTE ACCERTATA E SINTOMATOLOGIA ALGICA RECIDIVANTE O CONTINUA AL DISTRETTO INTERESSATO, SCARSAMENTE RESPONSIVA ALLA TERAPIA)					
ITEM12	BACINO - ESITI DI FRATTURE, DIASTASI COMPLESSE, TRATTATE CHIRURGICAMENTE, CON MODERATA DISFUNZIONALITÀ RESIDUA	12-18%	WA	6	8	7

➢ **COMMENTI E NOTE DEI MEMBRI DELLA GIURIA MULTIDISCIPLINARE**

ITEM	VOCE	ESPERTI GRUPPO B e VOCI PER ANALOGIA	*Commenti e note dei Giurati*
ITEM1	**ESITI DI FRATTURA DEL DENTE DELL'EPISTROFEO**	**17-21%**	*La Giuria indica la necessità di specificare l'Item1 aggiungendo "apprezzabili ripercussioni funzionali"*
ITEM7	ARTRODESI CERVICO-DORSALE	14-15%	*Un membro della Giuria suggerisce di ampliare il range valutativo fino al 25% come valore massimo*

➢ **COMMENTI DEL CTS**

In armonia con quanto stabilito nelle note metodologiche introduttive il CTS accoglie le indicazioni della Giuria multidisciplinare per il seguente item indicando il range completo dei valori espressi dagli Esperti pannello B compreso nell'intervallo IC95% inferiore e IC95% superiore:		
ITEM1	**ESITI DI FRATTURA DEL DENTE DELL'EPISTROFEO CON APPREZZABILI RIPERCUSSIONI FUNZIONALI**	**13-25%**

5.2 MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE MUSCOLO-SCHELETRICA – ARTO SUPERIORE

ITEM	VOCE	ESPERTI GRUPPO B e VOCI PER ANALOGIA	VOTAZIONE GIURIA			
			GRADO ACCORDO	IQ 25%	IQ 75%	MEDIANA
ITEM1	PERDITA ANATOMICA DI ENTRAMBI GLI ARTI SUPERIORI	85-90%	SA	7	8	8
ITEM2	PERDITA ANATOMICA DI ENTRAMBE LE MANI	80-85%	SA	6	8	8

ITEM3	PERDITA ANATOMICA DI UN ARTO SUPERIORE IN RAPPORTO ALLA POSSIBILITÀ DI APPLICAZIONE DI PROTESI EFFICACE IN LATO DOMINANTE	59-65%	SA	7	8	8
ITEM4	PERDITA ANATOMICA DI UN ARTO SUPERIORE IN RAPPORTO ALLA POSSIBILITÀ DI APPLICAZIONE DI PROTESI EFFICACE IN LATO NON DOMINANTE	54-60%	SA	7	8,25	8
ITEM5	PERDITA ANATOMICA TOTALE DELLA MANO IN RAPPORTO ALLA POSSIBILITÀ DI PROTESIZZAZIONE IN LATO DOMINANTE	50-55%	SA	7	8	8
ITEM6	PERDITA ANATOMICA TOTALE DELLA MANO IN RAPPORTO ALLA POSSIBILITÀ DI PROTESIZZAZIONE IN LATO NON DOMINANTE	45-50%	SA	7	8,25	8
ITEM7	PERDITA ANATOMICA DI POLLICE, INDICE E MEDIO IN LATO DOMINANTE	39-41%	WA	6	8	7.5
ITEM8	PERDITA ANATOMICA DI POLLICE, INDICE E MEDIO IN LATO NON DOMINANTE	36-38%	WA	6	8	7
ITEM9	PERDITA ANATOMICA DEL POLLICE IN LATO DOMINANTE	22%	WA	6	8,5	7
ITEM10	PERDITA ANATOMICA DEL POLLICE IN LATO NON DOMINANTE	20%	WA	6	8	7
ITEM11	ANCHILOSI DELLA SCAPOLO-OMERALE IN POSIZIONE FAVOREVOLE IN LATO DOMINANTE	29%	WA	6	8	7
ITEM12	INSTABILITÀ DI SPALLA DI GRADO MEDIO ELEVATO IN LATO DOMINANTE	15%	WA	6,5	8,5	7
ITEM13	ESITI DI FRATTURA DIAFISARIA DELL'OMERO EVOLUTA IN PSEUDOARTROSI IN LATO DOMINANTE	11-14%	WA	7	8	7
ITEM14	ESITI DI FRATTURA DIAFISARIA DELL'OMERO	8-10%	WA	7	8,5	7

	EVOLUTA IN PSEUDOARTROSI (LATO NON DOMINANTE)					
ITEM15	ANCHILOSI DEL GOMITO IN MASSIMA FLESSIONE CON PRONO-SUPINAZIONE LIBERA IN LATO DOMINANTE	28%	WA	6	8,25	7
ITEM16	ESITI IN PSEUDOARTROSI DI FRATTURA BIOSSEA DELL'AVAMBRACCIO A SECONDA DEL DISMORFISMO IN LATO DOMINANTE	12-15%	WA	6	8,25	7.5
ITEM17	ESITI IN PSEUDOARTROSI DI FRATTURA BIOSSEA DELL'AVAMBRACCIO A SECONDA DEL DISMORFISMO IN LATO NON DOMINANTE	10-13%	SA	7	8	8
ITEM18	ANCHILOSI DEL POLSO IN POSIZIONE SFAVOREVOLE IN LATO DOMINANTE	22%	WA	6,5	8,5	7
ITEM19	ANCHILOSI RETTILINEA DEL POLSO CON PRONO-SUPINAZIONE LIBERA IN LATO DOMINANTE	13%	WA	7	8,5	7

5.4 MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE MUSCOLO-SCHELETRICA – ARTO INFERIORE

ITEM	**VOCE**	**ESPERTI GRUPPO B e VOCI PER ANALOGIA**	**VOTAZIONE GIURIA**			
			GRADO ACCORDO	**IQ 25%**	**IQ 75%**	**MEDIANA**
ITEM1	*VOCE VALUTATA NELCONTENITORE N.15 PROTESI E MENOMAZIONI*					
ITEM2	PERDITA ANATOMICA DI ENTRAMBE LE GAMBE A QUALSIASI LIVELLO IN RAPPORTO ALLA POSSIBILITÀ DI APPLICAZIONE DI PROTESI EFFICACE	58-65%	SA	6	9	8
ITEM3	PERDITA ANATOMICA DI ENTRAMBI I PIEDI A LIVELLO DELLA TIBIO-TARSICA IN RAPPORTO ALLA POSSIBILITÀ DI APPLICAZIONE DI PROTESI EFFICACE	48-57%	SA	6	8,5	8
ITEM4	PERDITA ANATOMICA DELL'AVAMPIEDE A LIVELLO DELLE BASI METATARSALI	20-25%	SA	6,5	8,5	8

ITEM 5	**PERDITA ANATOMICA DELL'ALLUCE CON DISARTICOLAZIONE METATARSO-FALANGEA**	**10-12%**	**I**	**4,25**	**6,75**	**6**
ITEM6	ANCHILOSI D'ANCA IN POSIZIONE SFAVOREVOLE (FLESSIONE <25° O >40°)	36-39%	SA	6	8	8
ITEM7	LIMITAZIONE DEL MOVIMENTO DI FLESSIONE DELL'ANCA CON ESCURSIONE ARTICOLARE POSSIBILE FINO A 90°, ASSOCIATA A DEFICIT DEGLI ALTRI MOVIMENTI	11-20%	WA	7	8	7.5
ITEM8	LIMITAZIONE DEL MOVIMENTO DI FLESSIONE DELL'ANCA, CON ESCURSIONE ARTICOLARE POSSIBILE FINO A 90°, SENZA DEFICIT DEGLI ALTRI MOVIMENTI	10-12%	SA	7	8	8
ITEM9	LIMITAZIONE DEL MOVIMENTO DI FLESSIONE DELL'ANCA CON ESCURSIONE ARTICOLARE POSSIBILE OLTRE 90°, ASSOCIATA A DEFICIT DEGLI ALTRI MOVIMENTI	5-15%	SA	7	8	8
ITEM10	ESITI IN PSEUDOARTROSI DI FRATTURA DIAFISARIA DEL FEMORE	15-18%	WA	6,75	9	8
ITEM11	ANCHILOSI DEL GINOCCHIO TRA 175° E 180°	24-28%	SA	7	8	8
ITEM12	LIMITAZIONE DEL MOVIMENTO DI FLESSIONE DEL GINOCCHIO CON ESCURSIONE ARTICOLARE POSSIBILE TRA 180° E 135°	21-24%	WA	6	8	7
ITEM13	LIMITAZIONE DEL MOVIMENTO DI FLESSIONE DEL GINOCCHIO CON ARRESTO TRA 135° E 90° ED ESTENSIONE COMPLETA	10-20%	WA	5,75	8	7
ITEM14	**LASSITÀ ARTICOLARE DA ROTTURA TOTALE DI UNO DEI DUE LEGAMENTI CROCIATI**	**10%**	**I**	**4,75**	**7**	**5.5**

	NON TRATTATA CHIRURGICAMENTE					
ITEM15	ESITI IN PSEUDOARTROSI DI FRATTURA DELLA TIBIA	11-14%	SA	7	8,75	8
ITEM16	ACCORCIAMENTO DELL'ARTO INFERIORE DI 8 CM	15%	WA	6	8	7
ITEM17	TRIPLICE ANCHILOSI (TIBIO-TARSICA, SOTTOASTRAGALICA E MEDIOTARSICA IN POSIZIONE FAVOREVOLE)	19-25%	SA	7	8	8
ITEM18	ESITI FRATTURA DEL CALCAGNO A SECONDO DEL TRATTAMENTO E CON LIMITAZIONE FUNZIONALE DI GRADO MODERATO	10%	WA	6,5	8	7
ITEM19	INSTABILITÀ DELLA TIBIOTARSICA POST TRAUMATICA GRAVE PLURIDIREZIONALE CON NECESSITÀ DI UTILIZZO DI TUTORE	12-15%	WA	7	8	7

➢ **COMMENTI E NOTE DEI MEMBRI DELLA GIURIA MULTIDISCIPLINARE**

ITEM	VOCE	ESPERTI GRUPPO B e VOCI PER ANALOGIA	*Commenti e note dei Giurati*
ITEM5	**PERDITA ANATOMICA DELL'ALLUCE CON DISARTICOLAZIONE METATARSO-FALANGEA**	**10-12%**	*Un membro della Giuria propone la fascia 12-14%; più membri della Giuria suggeriscono una maggiorazione del range.*
ITEM13	**LASSITÀ ARTICOLARE DA ROTTURA TOTALE DI UNO DEI DUE LEGAMENTI CROCIATI NON TRATTATA CHIRURGICAMENTE**	**10%**	*La Giuria indica di modificare la descrizione dell'item 13 aggiungendo "grado clinico grave"*

➢ **COMMENTO DEL CTS**

In armonia con quanto stabilito nelle note metodologiche introduttive il CTS accoglie le indicazioni della Giuria multidisciplinare per il seguente item indicando il range completo dei valori espressi dagli Esperti pannello B compreso nell'intervallo IC95% inferiore e IC95% superiore:		
ITEM5	**PERDITA ANATOMICA DELL'ALLUCE CON DISARTICOLAZIONE METATARSO-FALANGEA**	**10-18%**

In armonia con quanto stabilito nelle note metodologiche introduttive il CTS accoglie le indicazioni della Giuria multidisciplinare per il seguente item:

ITEM13	LASSITÀ ARTICOLARE DA ROTTURA TOTALE DI UNO DEI DUE LEGAMENTI CROCIATI NON TRATTATA CHIRURGICAMENTE DI GRADO GRAVE	10%

6. MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE RESPIRATORIA

ITEM	VOCE	ESPERTI GRUPPO B e VOCI PER ANALOGIA	VOTAZIONE GIURIA			
			GRADO ACCORDO	IQ 25%	IQ 75%	MEDIANA
ITEM1	INSUFFICIENZA RESPIRATORIA GRAVE: FEV1: < 40% DEL PREVISTO; FVC: < 40% DEL PREVISTO; INDICE DI TIFFENEAU: < 0,6; DLCO: < 40% DEL PREVISTO; COMPLICANZE EXTRAPOLMONARI: MULTIPLE E SEVERE; PAO2: < 50 MMHG; GRADO DI DISPNEA: SEVERO (MMRC 3-4 O BORG 5-6); OSSIGENOTERAPIA A PERMANENZA: NECESSARIA; PACO2: > 50 MMHG	44-68%	SA	7	8	8
ITEM2	INSUFFICIENZA RESPIRATORIA MODERATA: FEV1: 40-59% DEL PREVISTO; FVC: 40-59% DEL PREVISTO; INDICE DI TIFFENEAU: 0,6-0,69; DLCO: 40-59% DEL PREVISTO; COMPLICANZE EXTRAPOLMONARI: MODERATE; PAO2: 50-59 MMHG; GRADO DI DISPNEA: MODERATO (MMRC 2 O BORG 3-4); OSSIGENOTERAPIA A PERMANENZA: TALORA NECESSARIA; PACO2: LIEVEMENTE ALTERATA (45-50 MMHG)	21-26%	SA	7	8	8
ITEM3	INSUFFICIENZA RESPIRATORIA LIEVE: FEV1: 60-80% DEL PREVISTO; FVC: 60-80% DEL PREVISTO; INDICE DI TIFFENEAU: 0,7-0,8; DLCO: 60-80% DEL PREVISTO; COMPLICANZE EXTRAPOLMONARI: ASSENTI O LIEVI; PAO2: > 60 MMHG; GRADO DI DISPNEA: LIEVE (MMRC 0-1 O BORG 1-2); OSSIGENOTERAPIA A PERMANENZA: NON NECESSARIA; PACO2: NORMALE (35-45 MMHG)	10-15%	SA	7	8	8
ITEM4	ASMA GRAVE PERSISTENTE: FEV1 < 60% DEL PREVISTO, SINTOMI QUOTIDIANI, FREQUENTI RIACUTIZZAZIONI, PRESENZA DI COMPLICANZE EXTRAPOLMONARI	41-56%	WA	7	8	7.5

	(SINUSITE CRONICA, RINITE ALLERGICA O POLIPOSI NASALE), PAO2 < 60 MMHG DURANTE ATTACCO ACUTO, PACO2 > 45 MMHG DURANTE ATTACCO ACUTO O IPERCAPNIA IN FASE INTERCRITICA, USO FREQUENTE O QUOTIDIANO DI FARMACI DI SOCCORSO, COME BRONCODILATATORI A RAPIDA INSORGENZA D'AZIONE, E/O TERAPIE DI CONTROLLO AD ALTO DOSAGGIO, COME CORTICOSTEROIDI INALATORI O AGENTI BIOLOGICI					
ITEM5	ASMA MODERATO PERSISTENTE: FEV1 TRA IL 60-80% DEL PREVISTO, SINTOMI PRESENTI PIÙ DI UNA VOLTA ALLA SETTIMANA MA NON QUOTIDIANI, RIACUTIZZAZIONI OCCASIONALI, POSSIBILE PRESENZA DI COMPLICANZE EXTRAPOLMONARI (SINUSITE CRONICA, RINITE ALLERGICA O POLIPOSI NASALE) MA MENO FREQUENTI E SEVERE RISPETTO ALL'ASMA GRAVE, PAO2 GENERALMENTE SUPERIORE A 60 MMHG DURANTE ATTACCO ACUTO, PACO2 SOLITAMENTE INFERIORE A 45 MMHG DURANTE ATTACCO ACUTO E ASSENZA DI IPERCAPNIA IN FASE INTERCRITICA, USO PERIODICO DI FARMACI DI SOCCORSO, COME BRONCODILATATORI A RAPIDA INSORGENZA D'AZIONE, E TERAPIE DI CONTROLLO A DOSAGGIO MODERATO, COME CORTICOSTEROIDI INALATORI O AGENTI BIOLOGICI	18-30%	SA	7	8	8
ITEM6	STENOSI NASALE SERRATA/ASSOLUTA BILATERALE	11-15%	WA	7	8	7
ITEM7	RINITE ALLERGICA MODERATA-GRAVE CONTROLLATA ATTRAVERSO L'IMPIEGO DI FARMACI SINTOMATICI	7-12%	WA	6	8	7
ITEM8	ESITI DI LARINGECTOMIA CON SODDISFACENTE RECUPERO DELLA CAPACITÀ FONATORIA ATTRAVERSO	30-35%	WA	7	8,25	7

	L'IMPIEGO DI APPOSITI DEVICES					
ITEM9	DISFONIA SEVERA	24-29%	WA	6,75	8	7
ITEM10	**TRACHEOSTOMIA A PERMANENZA IN ASSENZA DI DEFICIT RESPIRATORI**	**14-19%**	**D**	**1,25**	**5**	**4**
ITEM11	PERDITA DI UN POLMONE CON OTTIMALE FUNZIONE VICARIANTE DELL'ORGANO ADELFO, IN ASSENZA DI PREGIUDIZI DEL SISTEMA CARDIOCIRCOLATORIO	25-30%	WA	6,75	8	7,5
ITEM12	ESITI DI TRAPIANTO POLMONARE CON COMPLICANZE GRAVI E/O INSUFFICIENZA RESPIRATORIA GRAVE	70-86%	SA	7	9	8
ITEM13	PARALISI TOTALE DEL DIAFRAMMA CON MODERATO DEFICIT RESPIRATORIO	18%	WA	5,75	8	7
ITEM14	SINDROME DELLE APNEE NOTTURNE DI GRADO SEVERO, CON AHI > 30, IMPORTANTI RIFLESSI SUL PIANO INTELLETTIVO E COMPLICANZE CARDIOVASCOLARI	35-43%	SA	7	8,5	8

➢ **COMMENTI E NOTE DEI MEMBRI DELLA GIURIA MULTIDISCIPLINARE**

ITEM	**VOCE**	**ESPERTI GRUPPO B e VOCI PER ANALOGIA**	***Commenti e note dei Giurati***
ITEM10	**TRACHEOSTOMIA A PERMANENZA IN ASSENZA DI DEFICIT RESPIRATORI**	**14-19%**	*La Giuria indica che la tracheostomia è parte di varie entità cliniche pertanto dovrebbe essere considerata con le stesse e non singolarmente*

➢ **COMMENTO DEL CTS**

In armonia con quanto stabilito nelle note metodologiche introduttive il CTS accoglie le indicazioni della Giuria multidisciplinare per il seguente item:		
ITEM10	**TRACHEOSTOMIA A PERMANENZA IN ASSENZA DI DEFICIT RESPIRATORI**	L'Item 10 non farà parte della Tabella finale

7. MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE CARDIOVASCOLARE

ITEM	**VOCE**	**ESPERTI GRUPPO B e VOCI PER ANALOGIA**	**VOTAZIONE GIURIA**			
			GRADO ACCORDO	**IQ 25%**	**IQ 75%**	**MEDIANA**
ITEM1	CARDIOPATIA IN CLASSE IV NYHA (INCLUSE CARDIOPATIE	81-88%	SA	7	8	8

	CONGENITE CLASSE IV, DIA CON SOGGETTI IN CONDIZIONI SCADUTE DIV IN CONDIZIONI SCADUTE CARDIOMIOPATIA DILATATIVA CON INSUFFICIENZA CARDIACA GRAVE O CARDIOMIOPATIA IPERTROFICA FORMA GRAVISSIMA STENOSI MITRALICA GRAVISSIMA SCOMPENSATA, INSUFFICIENZA MITRALICA SCOMPENSATA GRAVE STENOSI AORTICA GRAVE SCOMPENSATA, INSUFFICIENZA AORTICA SEVERA GRAVEMENTE SINTOMATICA, CORONAROPATIA GRAVISSIMA)					
ITEM2	CARDIOPATIA IN CLASSE II-III NYHA (INCLUSE CARDIOPATIE CONGENITE CLASSE II-III, DIA CON SOGGETTI IN CONDIZIONI STABILI DIV IN CONDIZIONI STABILI CARDIOMIOPATIA DILATATIVA CON INSUFFICIENZA CARDIACA MODERATA O CARDIOMIOPATIA IPERTROFICA FORMA MODERATA STENOSI MITRALICA MODERATAMENTE SCOMPENSATA, INSUFFICIENZA MITRALICA SCOMPENSATA MODERATA STENOSI AORTICA MODERATAMENTE SCOMPENSATA, INSUFFICIENZA AORTICA MODERATAMENTE SINTOMATICA, CORONAROPATIA MODERATA)	33-46%	SA	7	8	8
ITEM3	TURBE DEL RITMO POTENZIALMENTE MALIGNE, CON SINTOMATOLOGIA RILEVANTE, NON CONTROLLABILI CON TERAPIA FARMACOLOGICA E NECESSITANTI IMPIANTO DI PACEMAKER	25-35%	SA	7	8	8
ITEM4	TURBE DEL RITMO BENIGNE, CON SINTOMATOLOGIA LIEVE/MODERATA,	6-12%	SA	7	8	8

	CONTROLLABILI CON TERAPIA FARMACOLOGICA					
ITEM5	DISTURBI DEL RITMO SINTOMATICI MALGRADO L'IMPIANTO DI PACEMAKER	36-44%	WA	7	8	7,5
ITEM6	FIBRILLAZIONE ATRIALE CRONICA IN ADEGUATO COMPENSO CON TERAPIA FARMACOLOGICA	15-24%	SA	6,75	8	8
ITEM7	IPERTENSIONE ARTERIOSA CON MARCATA IPERTROFIA VENTRICOLARE SINISTRA, ALTERAZIONI DEL FUNDUS OCULI DI III GRADO E INSUFFICIENZA RENALE MODERATA-GRAVE	36-55%	SA	7	8,25	8
ITEM8	IPERTENSIONE ARTERIOSA BEN CONTROLLATA DA TERAPIA DIETETICA E/O FARMACOLOGICA MA CON NECESSITÀ DI FREQUENTI ADEGUAMENTI TERAPEUTICI E MODERATE MANIFESTAZIONI CLINICHE	10-15%	WA	7	8,25	7,5
ITEM9	ESITI DI TRAPIANTO CARDIACO CON COMPLICANZE DI GRADO MODERATO	55-68%	SA	7	8,25	8
ITEM10	ESITI DI ANEURISMA AORTICO TRATTATO CHIRURGICAMENTE CON TUBO VALVOLATO	20-36%	WA	6	8	7
ITEM11	ENDOPROTESI VASCOLARE AORTICA	10-15%	WA	6,75	8,25	7,5
ITEM12	ARTERIOPATIA OBLITERANTE CRONICA AAII IN STADIO IVA E IVB DI LERICHE-FONTAINE	68-73%	WA	6	8,25	7,5
ITEM13	ARTERIOPATIA OBLITERANTE CRONICA AAII IN STADIO IIIA DI LERICHE-FONTAINE	50-60%	WA	7	8,25	7,5
ITEM14	ARTERIOPATIA OBLITERANTE CRONICA AAII IN STADIO IIA DI LERICHE-FONTAINE	13-18%	SA	7	8	8
ITEM15	FLEBOLINFOPATIA FORMA GRAVE	33-55%	WA	6	8,25	7,5

8. MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE STOMATOGNATICA

ITEM	**VOCE**		**VOTAZIONE GIURIA**

		ESPERTI GRUPPO B e VOCI PER ANALOGIA	GRADO ACCORDO	IQ 25%	IQ 75%	MEDIANA
ITEM1	PERDITA DI TUTTI I DENTI E DELL'OSSO ALVEOLARE	35-41%	SA	7	9	8
ITEM2	AMPUTAZIONE TOTALE DELLA LINGUA	50-65%	SA	7	9	8
ITEM3	AMPUTAZIONE PARZIALE DELLA LINGUA CON SEVERI DISTURBI FUNZIONALI	35-44%	SA	7	8,25	8
ITEM4	AMPUTAZIONE PARZIALE DELLA LINGUA CON MODERATI DISTURBI FUNZIONALI	17-28%	SA	7	9	8
ITEM5	PERDITA DEL LABBRO INFERIORE CON PREGIUDIZIO ESTETICO MOLTO RILEVANTE E GRAVI DIFFICOLTÀ DI LINGUAGGIO	20-30%	WA	6,75	8	7,5
ITEM6	PERDITA DELL'EMILABBRO SUPERIORE CON PREGIUDIZIO ESTETICO MOLTO RILEVANTE E GRAVI DIFFICOLTÀ DI LINGUAGGIO	15-25%	WA	7	8	7,5
ITEM7	ANCHILOSI COMPLETA DELL'ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE CON GRAVI DIFFICOLTÀ DI LINGUAGGIO E FUNZIONE MASTICATORIA SOSTANZIALMENTE ABOLITA	46-50%	SA	6,75	8,25	8
ITEM8	LIMITAZIONE DELL'APERTURA DELLA BOCCA CON DISTANZA INTERINCISIVA MASSIMA DI 2 CM	10-14%	SA	7	8,25	8
ITEM9	MALOCCLUSIONE DI GRADO MODERATO CON ASIMMETRIA DENTO-FACCIALE DI GRADO MODERATO E LIEVI DIFFICOLTÀ MASTICATORIE	10-13%	SA	7	8,25	8

9. MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE DIGERENTE

ITEM	VOCE	ESPERTI GRUPPO B e	VOTAZIONE GIURIA

		VOCI PER ANALOGIA	GRADO ACCORDO	IQ 25%	IQ 75%	MEDIANA
ITEM1	PATOLOGIA DEL TRATTO GASTRO-ENTERICO (ESOFAGO-DUODENO-DIGIUNO-ILEO-COLON) DI GRADO SEVERO: STENOSI SUPERIORE AL 50% O RESEZIONE SUPERIORE AL 50% DEL TRATTO INTERESSATO, SINTOMI GRAVI E FREQUENTI, INFLUENZANTI IN MANIERA SIGNIFICATIVA LA QUALITÀ DI VITA, NECESSITÀ DI MODIFICHE DIETETICHE ESTREME E DI TRATTAMENTO FARMACOLOGICO INTENSIVO, STATO GENERALE GRAVEMENTE COMPROMESSO, PERDITA DI PESO SUPERIORE AL 10% DEL PESO CORPOREO ABITUALE	46-72%	SA	7	8,5	8
ITEM2	PATOLOGIA DEL TRATTO GASTRO-ENTERICO (ESOFAGO-DUODENO-DIGIUNO-ILEO-COLON) DI GRADO MODERATO: STENOSI COMPRESA TRA IL 25% E IL 50% O RESEZIONE COMPRESA TRA IL 25% E IL 50% DEL TRATTO INTERESSATO, SINTOMI MODERATI E OCCASIONALI, INFLUENZANTI IN MANIERA APPREZZABILE LA QUALITÀ DI VITA, NECESSITÀ DI MODIFICHE DIETETICHE RILEVANTI E DI TRATTAMENTO FARMACOLOGICO, STATO GENERALE MODERATAMENTE COMPROMESSO, PERDITA DI PESO TRA IL 5% E IL 10% DEL PESO CORPOREO ABITUALE	24-39%	SA	7	8,5	8
ITEM3	PATOLOGIA DEL TRATTO GASTRO-ENTERICO (ESOFAGO-DUODENO-DIGIUNO-ILEO-COLON) DI GRADO LIEVE: STENOSI INFERIORE AL 25% O RESEZIONE INFERIORE AL 25% DEL TRATTO INTERESSATO, SINTOMI LIEVI E SPORADICI, NON INFLUENZANTI IN MANIERA	13-17%	SA	7	8,5	8

	APPREZZABILE LA QUALITÀ DI VITA, NECESSITÀ DI MODIFICHE DIETETICHE LIEVI IN ASSENZA DI TRATTAMENTO FARMACOLOGICO, STATO GENERALE NON COMPROMESSO O LIEVEMENTE COMPROMESSO, PERDITA DI PESO INFERIORE AL 5% DEL PESO CORPOREO ABITUALE					
ITEM4	INCONTINENZA DELLO SFINTERE ANALE CON PERDITA DI GAS E FECI INCONTROLLABILE	31-38%	SA	7	8	8
ITEM5	PATOLOGIA ANORETTALE SU BASE FUNZIONALE CON FUNZIONE DEFECATORIA PRESERVATA	13-20%	SA	7	8	8
ITEM6	PATOLOGIA DEL PANCREAS DI GRADO SEVERO: INSUFFICIENZA ESOCRINA GRAVE (RIDUZIONE > 50% DELL'ATTIVITÀ ENZIMATICA), CRISI DOLOROSE FREQUENTI E DI ELEVATA INTENSITÀ, AUMENTO SIGNIFICATIVO DEGLI ENZIMI PANCREATICI E/O DI PCR E LEUCOCITI, PERDITA DI PESO > 10% DEL PESO ABITUALE, IMPORTANTI RIPERCUSSIONI SULLO STATO GENERALE, DIABETE MELLITO SCOMPENSATO	60-76%	SA	7	9	8
ITEM7	PATOLOGIA DEL PANCREAS DI GRADO MODERATO: INSUFFICIENZA ESOCRINA MODERATA (RIDUZIONE TRA IL 25% E IL 50% DELL'ATTIVITÀ ENZIMATICA), CRISI DOLOROSE OCCASIONALI E DI INTENSITÀ MODERATA, AUMENTO MODERATO DEGLI ENZIMI PANCREATICI E/O ALTERAZIONE DI PCR E LEUCOCITI, PERDITA DI PESO TRA IL 5% E IL 10% DEL PESO ABITUALE, RIPERCUSSIONI SULLO STATO GENERALE LIMITATE MA PRESENTI, PREGIUDIZIO DELLA FUNZIONE ENDOCRINA CON ALTERAZIONE DELL'EQUILIBRIO	21-37%	WA	7	9	7,5

	GLICOMETABOLICO PUR IN ASSENZA DI DIAGNOSI DI DIABETE					
ITEM8	PATOLOGIA DEL PANCREAS DI GRADO LIEVE: INSUFFICIENZA ESOCRINA LIEVE (RIDUZIONE < 25% DELL'ATTIVITÀ ENZIMATICA), CRISI DOLOROSE SPORADICHE E DI INTENSITÀ LIEVE, LIEVE AUMENTO DEGLI ENZIMI PANCREATICI, PERDITA DI PESO INFERIORE AL 5% RISPETTO AL PESO ABITUALE, RIPERCUSSIONI SULLO STATO GENERALE MINIME O ASSENTI, FUNZIONE ENDOCRINA CONSERVATA O LIEVI ALTERAZIONI DELL'EQUILIBRIO GLICOMETABOLICO	10-15%	SA	7	8,75	8
ITEM9	INSUFFICIENZA EPATICA DI GRADO SEVERO: INDICE DI FIBROSI F4 (CIRROSI), PUNTEGGIO CHILD-PUGH 10-15, SINTOMI E SEGNI GRAVI (ENCEFALOPATIA DI GRADO 3-4), SANGUINAMENTI VARICEALI FREQUENTI)	63-74%	WA	7	8,75	7,5
ITEM10	INSUFFICIENZA EPATICA DI GRADO MODERATO: INDICE DI FIBROSI F2-F3, PUNTEGGIO CHILD-PUGH 7-9, SINTOMI E SEGNI MODERATI (ITTERO MODERATO, ASCITE, ENCEFALOPATIA DI GRADO 1-2)	30-35%	WA	7	8,75	7,5
ITEM11	INSUFFICIENZA EPATICA DI GRADO LIEVE: INDICE DI FIBROSI F0-F1, PUNTEGGIO CHILD-PUGH 5-6, SINTOMI E SEGNI LIEVI (ASTENIA, SUBITTERO, SPLENOMEGALIA NON SIGNIFICATIVA)	11-15%	SA	7	8,75	8
ITEM12	ESITI DI EPATECTOMIA CON RESIDUO D'ORGANO PARI A 2/3 CON ALTERAZIONI LABORATORISTICHE DI GRADO MODERATO E CON MANIFESTAZIONI SINTOMATOLOGICHE	16-25%	WA	6,25	8,75	7
ITEM13	ESITI DI TRAPIANTO EPATICO A SECONDA DELL'ETÀ, DELLA FUNZIONE EPATICA RESIDUA,	40-47%	WA	6	8	7

	DEGLI EFFETTI DELLA TERAPIA IMMUNOSOPPRESSIVA, DELLA STIMATA PERCENTUALE DI SOPRAVVIVENZA, DELL'EVENTUALE PRESENZA DI FATTORI DI RISCHIO PER COMPLICANZE					

➢ **COMMENTI E NOTE DEI MEMBRI DELLA GIURIA MULTIDISCIPLINARE**

ITEM	VOCE	ESPERTI GRUPPO B e VOCI PER ANALOGIA	*Commenti e note dei Giurati*
ITEM13	ESITI DI TRAPIANTO EPATICO A SECONDA DELL'ETÀ, DELLA FUNZIONE EPATICA RESIDUA, DEGLI EFFETTI DELLA TERAPIA IMMUNOSOPPRESSIVA, DELLA STIMATA PERCENTUALE DI SOPRAVVIVENZA, DELL'EVENTUALE PRESENZA DI FATTORI DI RISCHIO PER COMPLICANZE	40-47%	*Un membro della Giuria suggerisce di ampliare la forbice valutativa*

9. MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE NEFRO-UROLOGICA

ITEM	VOCE	ESPERTI GRUPPO B e VOCI PER ANALOGIA	VOTAZIONE GIURIA			
			GRADO ACCORDO	IQ 25%	IQ 75%	MEDIANA
ITEM1	PERDITA DI UN RENE CON RENE SUPERSTITE NORMOFUNZIONANTE	15-18%	WA	7	8	7,5
ITEM2	**RENE A FERRO DI CAVALLO E RENE POLICISTICO DELL'ADULTO**	**10-13%**	**D**	**1**	**5,5**	**1**
ITEM3	INSUFFICIENZA RENALE GRAVE: CREATININA PLASMATICA: > 4 MG/DL, FILTRATO GLOMERULARE < 30 ML/MIN/1.73 M², AZOTEMIA: > 80 MG/DL, ANEMIA SEVERA, OLIGOANURIA, DISTURBI IDROELETTROLITICI SEVERI E DI DIFFICILE CONTROLLO CON TERAPIA, MANIFESTAZIONI SISTEMICHE SEVERE, NECESSITÀ DI DIALISI O TRAPIANTO RENALE, RIPERCUSSIONI CARDIOVASCOLARI SEVERE E POTENZIALMENTE LETALI	63-74%	SA	7	8	8

ITEM4	INSUFFICIENZA RENALE MODERATA: CREATININA PLASMATICA: 2-4 MG/DL, FILTRATO GLOMERULARE 30-59 ML/MIN/1.73 M², AZOTEMIA: 40-80 MG/DL, ANEMIA MODERATA, VOLUME URINARIO RIDOTTO, DISTURBI IDROELETTROLITICI PRESENTI MA CONTROLLABILI CON TERAPIA, MANIFESTAZIONI SISTEMICHE PRESENTI MA CONTROLLABILI, NON NECESSITÀ DI DIALISI, RIPERCUSSIONI CARDIOVASCOLARI MODERATE	27-34%	WA	7	8	7
ITEM5	INSUFFICIENZA RENALE LIEVE: CREATININA PLASMATICA: 1.5-2 MG/DL (UOMINI), 1.3-1.9 MG/DL (DONNE), FILTRATO GLOMERULARE 60-89 ML/MIN/1.73 M², AZOTEMIA: 20-40 MG/DL, LIEVE ANEMIA, VOLUME URINARIO NORMALE, DISTURBI IDROELETTROLITICI ASSENTI O LIEVI, MANIFESTAZIONI SISTEMICHE ASSENTI O LIEVI, NON NECESSITÀ DI DIALISI, RIPERCUSSIONI CARDIOVASCOLARI MINIME O ASSENTI	15-21%	SA	7	8	8
ITEM6	ESITO DI TRAPIANTO RENALE CON INSUFFICIENTE RIPRISTINO DELLA FUNZIONALITÀ E COMPLICANZE DI GRADO GRAVE	64%	SA	7	8	8
ITEM7	ESITO DI TRAPIANTO RENALE CON SODDISFACENTE RIPRISTINO DELLA FUNZIONALITÀ E COMPLICANZE ASSENTI O DI GRADO LIEVE	30-37%	WA	6,25	8	7
ITEM8	**SINDROME NEFROSICA PERSISTENTE**	**26-33%**	**D**	**1**	**5**	**3**
ITEM9	NEFROSTOMIA O URETEROCUTANEOSTOMIA DEFINITIVA	27-35%	WA	6	8	7
ITEM10	INCONTINENZA URINARIA TOTALE	30-40%	SA	7	8,5	8

ITEM11	RITENZIONE URINARIA CRONICA CON NECESSITÀ DI FREQUENTI CATETERISMI	22-30%	WA	7	8	7

➢ **COMMENTI E NOTE DEI MEMBRI DELLA GIURIA MULTIDISCIPLINARE**

ITEM	VOCE	ESPERTI GRUPPO B e VOCI PER ANALOGIA	*Commenti e note dei Giurati*
ITEM2	**RENE A FERRO DI CAVALLO E RENE POLICISTICO DELL'ADULTO**	**10-13%**	*La Giuria indica di ampliare il range valutativo*
ITEM8	**SINDROME NEFROSICA PERSISTENTE**	**26-33%**	*La Giuria indica di ampliare il range valutativo*

➢ **COMMENTI DEL CTS**

In armonia con quanto stabilito nelle note metodologiche introduttive il CTS accoglie le indicazioni della Giuria multidisciplinare per i seguenti item indicando il range completo dei valori espressi dagli Esperti pannello B compreso nell'intervallo IC95% inferiore e IC95% superiore:		
ITEM2	**RENE A FERRO DI CAVALLO E RENE POLICISTICO DELL'ADULTO**	**6-15%**
ITEM8	**SINDROME NEFROSICA PERSISTENTE**	**22-40%**

11. MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE SESSUALE E RIPRODUTTIVA

ITEM	VOCE	ESPERTI GRUPPO B e VOCI PER ANALOGIA	VOTAZIONE GIURIA			
			GRADO ACCORDO	IQ 25%	IQ 75%	MEDIANA
ITEM1	PERDITA DEL PENE E DEI TESTICOLI PRIMA DELLA MATURAZIONE SESSUALE A SECONDA DELLE TURBE ENDOCRINO-METABOLICHE E DELLE RELATIVE DISARMONIE DI SVILUPPO	50-60%	WA	7	8	7
ITEM2	PERDITA DEL PENE E DEI TESTICOLI DOPO LA MATURAZIONE SESSUALE A SECONDA DELL'ETÀ	35-45%	WA	7	8	7
ITEM3	PROSTATITE CRONICA ABATTERICA O SINDROME DOLOROSA PELVICA CRONICA	10-14%	WA	6	8	7
ITEM4	PERDITA ANATOMICA O FUNZIONALE DELL'UTERO E DEGLI ANNESSI ED IMPOSSIBILITÀ AL COITO PRIMA DELLA MATURAZIONE SESSUALE, A SECONDA DELLE TURBE	50-60%	WA	7	8	7

	ENDOCRINO-METABOLICHE E DELLE RELATIVE DISARMONIE DI SVILUPPO/ATROFIA VAGINALE IN ETÀ NON FERTILE					
ITEM5	PERDITA DELL'UTERO E DEGLI ANNESSI PRIMA DELLA MATURAZIONE SESSUALE	40-45%	WA	6,25	8	7
ITEM6	PERDITA ANATOMICA DI UTERO E ANNESSI DOPO LA MATURAZIONE SESSUALE (IMPOTENZA GENERANDI E MENOPAUSA IATROGENA)	25-35%	WA	6,25	8	7.5
ITEM7	PERDITA ANATOMICA O FUNZIONALE DELLE SALPINGI IN ETÀ PREPUBERE O FERTILE CON PRESERVAZIONE DELLA CAPACITÀ AL COITO E POSSIBILITÀ DI CONDUZIONE A TERMINE DI GRAVIDANZA A SEGUITO DI TECNICHE DI PROCREAZIONE ASSISTITA	12-18%	SA	7	8	8
ITEM8	**ENDOMETRIOSI IN FASE AVANZATA CON INFERTILITÀ, IMPORTANTE SINTOMATOLOGIA DOLOROSA PELVICA E EVENTUALI COMPLICANZE A CARICO DELL'APPARATO URINARIO O GASTRO-ENTERICO**	**22-27%**	**D**	**1**	**5,25**	**2.5**
ITEM9	MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI TIPO III ASPORTAZIONE TOTALE DEL CLITORIDE CON ESCISSIONE DELLE PICCOLE LABBRA E DELLA SUPERFICIE INTERNA DELLE GRANDI LABBRA E CHIUSURA DEI MARGINI CON MINIMALE PERVIETÀ RESIDUA ATTA A CONSENTIRE LA MINZIONE ED IL FLUSSO MESTRUALE	23-35%	WA	5,5	8	7
ITEM10	**MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI DI TIPO I ESCISSIONE DEL PREPUZIO CLITORIDEO CON ASPORTAZIONE TOTALE O PARZIALE DEL CLITORIDE**	**12-18%**	**I**	**4**	**8**	**6**

ITEM11	ESITI DI MASTECTOMIA BILATERALE NON PROTESIZZATA	28-40%	WA	7	8	7
ITEM12	ESITI DI MASTECTOMIA MONOLATERALE NON PROTESIZZATA COMPORTANTE PREGIUDIZIO SOTTO IL PROFILO FISIONOMICO ED ESTETICO	20-25%	WA	6	8	7

➢ **COMMENTI E NOTE DEI MEMBRI DELLA GIURIA MULTIDISCIPLINARE**

ITEM	**VOCE**	**ESPERTI GRUPPO B e VOCI PER ANALOGIA**	***Commenti e note dei Giurati***
ITEM8	**ENDOMETRIOSI IN FASE AVANZATA CON INFERTILITÀ, IMPORTANTE SINTOMATOLOGIA DOLOROSA PELVICA E EVENTUALI COMPLICANZE A CARICO DELL'APPARATO URINARIO O GASTRO-ENTERICO**	22-27%	*La Giuria propone di eliminare l'item 8 in considerazione dei molteplici quadri degli esiti di questa patologia*
ITEM12	ESITI DI MASTECTOMIA MONOLATERALE NON PROTESIZZATA COMPORTANTE PREGIUDIZIO SOTTO IL PROFILO FISIOGNOMICO ED ESTETICO	20-25%	*Wording: "fisionomico" e non "fisiognomico"*

➢ **COMMENTO DEL CTS**

In armonia con quanto stabilito nelle note metodologiche introduttive il CTS accoglie le indicazioni della Giuria multidisciplinare per gli item 8 e 12 e per l'item 10 indicando il range completo dei valori espressi dagli Esperti pannello B compreso nell'intervallo IC95% inferiore e IC95% superiore :		
ITEM10	**MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI DI TIPO I ESCISSIONE DEL PREPUZIO CLITORIDEO CON ASPORTAZIONE TOTALE O PARZIALE DEL CLITORIDE**	**11-20%**
ITEM8	**ENDOMETRIOSI IN FASE AVANZATA CON INFERTILITÀ, IMPORTANTE SINTOMATOLOGIA DOLOROSA PELVICA E EVENTUALI COMPLICANZE A CARICO DELL'APPARATO URINARIO O GASTRO-ENTERICO**	L'Item 8 non farà parte della Tabella finale
ITEM12	ESITI DI MASTECTOMIA MONOLATERALE NON PROTESIZZATA COMPORTANTE PREGIUDIZIO SOTTO IL PROFILO **FISIONOMICO** ED ESTETICO	

12. MENOMAZIONI DELLE FUNZIONI EMOLINFOPOIETICA E IMMUNITARIA

ITEM	**VOCE**		**VOTAZIONE GIURIA**

		ESPERTI GRUPPO B e VOCI PER ANALOGIA	GRADO ACCORDO	IQ 25%	IQ 75%	MEDIANA
ITEM1	PIASTRINOPENIA MODERATA-GRAVE CON FENOMENI EMORRAGICI SPONTANEI MA IN ASSENZA DI COMPLICANZE	12-22%	WA	7	8	7
ITEM2	**EMOFILIA GRAVE**	**36-44%**	**D**	**3**	**7**	**4,5**
ITEM3	TROMBOCITOSI GRAVE	35-43%	WA	6	8	7
ITEM4	APLASIA MIDOLLARE GRAVISSIMA	63-70%	SA	7	8	8
ITEM5	APLASIA MIDOLLARE LIEVE: GRANULOCITI NEUTROFILI > 1500/µL, PIASTRINE > 100.000/µL, CELLULE MIDOLLARI TOTALI RIDOTTE RISPETTO AL NORMALE	11-14%	WA	7	8	7
ITEM6	ANEMIA DI GRADO MODERATO (HB 5-9 G/DL CON SINTOMATOLOGIA RILEVANTE E NECESSITÀ DI 1-2 TRATTAMENTI TRASFUSIONALI/MESE)	16-23%	WA	6	7	7
ITEM7	MALATTIA DA HIV AVANZATA (CATEGORIA C3)	83-91%	SA	7	9	8
ITEM8	INFEZIONE DA HIV STADIO B1, B2, B3	50-60%	SA	7	8,75	8
ITEM9	LINFOMA NON HODGKIN HIV-RELATO	65-89%	SA	7	8,5	8
ITEM10	POLICITEMIA RUBRA VERA IN TRASFORMAZIONE LEUCEMICA	67-83%	SA	7	9	8

➢ COMMENTI E NOTE DEI MEMBRI DELLE GIURIA MULTIDISCIPLINARE

ITEM	VOCE	ESPERTI GRUPPO B e VOCI PER ANALOGIA	*Commenti e note dei Giurati*
ITEM2	**EMOFILIA GRAVE**	**36-44%**	*La Giuria indica di ampliare il range valutativo in ragione dei molteplici quadri clinici partendo da valore più basso e raggiungendo un valore più elevato.*

ITEM6	ANEMIA DI GRADO MODERATO (HB 5-9 G/DL CON SINTOMATOLOGIA RILEVANTE E NECESSITÀ DI 1-2 TRATTAMENTI TRASFUSIONALI/MESE)	16-23%	*Un membro della Giuria suggerisce di aggiungere la specificazione "senza complicanze".*

- **COMMENTI DEL CTS**

In armonia con quanto stabilito nelle note metodologiche introduttive il CTS accoglie le indicazioni della Giuria multidisciplinare per i seguenti item indicando il range completo dei valori espressi dagli Esperti pannello B compreso nell'intervallo IC95% inferiore e IC95% superiore:

ITEM2	**EMOFILIA GRAVE**	**28-54%**
ITEM6	ANEMIA DI GRADO MODERATO (HB 5-9 G/DL CON SINTOMATOLOGIA RILEVANTE E NECESSITÀ DI 1-2 TRATTAMENTI TRASFUSIONALI/MESE) **SENZA COMPLICANZE**	

13. MENOMAZIONI DELLE FUNZIONI ENDOCRINO-METABOLICHE

ITEM	VOCE	ESPERTI GRUPPO B e VOCI PER ANALOGIA	VOTAZIONE GIURIA			
			GRADO ACCORDO	IQ 25%	IQ 75%	MEDIANA
ITEM1	GIGANTISMO AD ELEVATA ESPRESSIVITÀ CLINICA NONOSTANTE TERAPIA	55-70%	WA	7	8	7
ITEM2	IPERTIROIDISMO IN BASE ALLA GRAVITÀ E ALLA RESPONSIVITÀ AL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO	25-29%	WA	5,75	8	7
ITEM3	IPOTIROIDISMO IN PARZIALE CONTROLLO FARMACOLOGICO	16-22%	WA	7	8,25	7
ITEM4	IPERPARATIROISIDMO SINTOMATICO	20-27%	WA	7	9	7
ITEM5	IPOSURRENALISMO GRAVE CON PERSISTENTI SQUILIBRI IDRO-ELETTROLITICI E CRISI ADDISONIANE MOLTO FREQUENTI	48-58%	WA	7	9	7
ITEM6	IPOSURRENALISMO CON SINTOMI E SEGNI PARZIALMENTE CONTROLLATI DALLA TERAPIA	23-30%	WA	6,75	9	7

ITEM7	ADENOMA IPOFISARIO IN BASE ALLA GRAVITÀ E ALLA RESPONSIVITÀ AL TRATTAMENTO	27-40%	WA	7	8,75	7
ITEM8	DIABETE MELLITO CON COMPLICANZE GRAVI	56-61%	WA	5	8	7
ITEM9	DIABETE MELLITO CON COMPLICANZE LIEVI IN BASE ALLA GRAVITÀ E ALLA RESPONSIVITÀ AL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO	30-37%	WA	7	8	7
ITEM10	DIABETE MELLITO NON INSULINO-DIPENDENTE IN SCARSO CONTROLLO GLICEMICO, CON MODERATA SINTOMATOLOGIA ED APPREZZABILE INCIDENZA SULLA QUALITÀ DI VITA MA SENZA COMPLICANZE SISTEMICHE	17-22%	WA	7	8	7
ITEM11	OBESITÀ PATOLOGICA TRATTATA CON INTERVENTO CHIRURGICO RESTRITTIVO	30-36%	WA	6	8	7
ITEM12	OBESITÀ MODERATA (BMI 35-39,9) IN ASSENZA DI SIGNIFICATIVE RIPERCUSSIONI SU ORGANI ED APPARATI CONDIZIONATE DALL'ECCESSO PONDERALE	10-14%	WA	7	8	7

- **COMMENTI E NOTE DEI MEMBRI DELLA GIURIA MULTIDISCIPLINARE**

ITEM	**VOCE**	**ESPERTI GRUPPO B e VOCI PER ANALOGIA**	***Commenti e note dei Giurati***
ITEM11	OBESITÀ PATOLOGICA TRATTATA CON INTERVENTO CHIRURGICO RESTRITTIVO	30-36%	*Suggerito da membro della Giuria aggiunta di "o derivativo (bypass)" dopo "restrittivo"*

- **COMMENTI DEL CTS**

Si accolgono i suggerimenti dei membri della Giuria per il seguente item in accordo con quanto stabilito nelle note metodologiche introduttive

ITEM11	OBESITÀ PATOLOGICA TRATTATA CON INTERVENTO CHIRURGICO RESTRITTIVO **O DERIVATIVO (BYPASS)**

14. MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE TEGUMENTARIA E DEL CONNETTIVO

ITEM	VOCE	ESPERTI GRUPPO B e VOCI PER ANALOGIA	VOTAZIONE GIURIA			
			GRADO ACCORDO	IQ 25%	IQ 75%	MEDIANA
ITEM1	SCLERODERMIA VARIANTE DIFFUSA CON SEVERO IMPEGNO SISTEMICO	47-70%	SA	7	8	8
ITEM2	SCLERODERMIA VARIANTE LIMITATA ALLA CUTE	10-15%	WA	7	8	7.5
ITEM3	DERMOPATIA IN STADIO III, CON SEVERO PREGIUDIZIO ESTETICO E IMPORTANTE SINTOMATOLOGIA MALGRADO TRATTAMENTO FARMACOLOGICO SISTEMICO	35-40%	WA	7	8,75	7
ITEM4	DERMOPATIA IN STADIO II, CON MODERATO PREGIUDIZIO ESTETICO E SINTOMATOLOGIA NON RESPONSIVA AL SOLO TRATTAMENTO FARMACOLOGICO TOPICO	19-28%	WA	6	8	7
ITEM5	DERMOPATIA IN STADIO I, CON LIEVE PREGIUDIZIO ESTETICO E MODESTA SINTOMATOLOGIA IN TRATTAMENTO FARMACOLOGICO SOLO TOPICO	9-20%	WA	5	8	7
ITEM6	VASCULITI, FORMA GRAVE (CON SINTOMATOLOGIA DI ENTITÀ SEVERA, COINVOLGIMENTO MULTISISTEMICO E NECESSITÀ DI TERAPIA IMMUNOSOPPRESSIVA E/O CORTICOSTEROIDEA AD ALTI DOSAGGI)	45-65%	SA	7	8,5	8
ITEM7	VASCULITI, FORMA MODERATA RESPONSIVA ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA	20-35%	SA	7	8,5	8
ITEM8	VASCULITI, FORMA LIEVE (CON SINTOMATOLOGIA DI ENTITÀ MODESTA E CONTROLLABILI ATTRAVERSO BLANDA	9-20%	SA	7	8,5	8

	TERAPIA ANTINFIAMMATORIA)					

➢ **COMMENTI E NOTE DEI MEMBRI DELLA GIURIA MULTIDISCIPLINARE**

ITEM	VOCE	ESPERTI GRUPPO B e VOCI PER ANALOGIA	*Commenti e note dei Giurati*
ITEM5	DERMOPATIA IN STADIO I, CON LIEVE PREGIUDIZIO ESTETICO E MODESTA SINTOMATOLOGIA IN TRATTAMENTO FARMACOLOGICO SOLO TOPICO	9-20%	*Suggerito dai membri della Giuria di evitare la sovrapposizione per le voci Dermopatia in Stadio II e Dermopatia in stadio I attribuendo valore massimo alla dermopatia Stadio I di 18%*

➢ **COMMENTI DEL CTS**

Si accolgono i suggerimenti dei membri della Giuria per il seguente item in accordo con quanto stabilito nelle note metodologiche introduttive		
ITEM5	DERMOPATIA IN STADIO I, CON LIEVE PREGIUDIZIO ESTETICO E MODESTA SINTOMATOLOGIA IN TRATTAMENTO FARMACOLOGICO SOLO TOPICO	**9-18%**

15. MENOMAZIONI E PROTESI

ITEM	VOCE	ESPERTI GRUPPO B e VOCI PER ANALOGIA	VOTAZIONE GIURIA			
			GRADO ACCORDO	IQ 25%	IQ 75%	MEDIANA
ITEM1	ANOFTALMIA CON POSSIBILITÀ DI PROTESI ESTETICA	30%	SA	7	8	8
ITEM2	**PERDITA ANATOMICA DELL'AVAMBRACCIO IN LATO DOMINANTE A QUALSIASI ALTEZZA IN RAPPORTO ALLA POSSIBILITÀ DI PROTESIZZAZIONE**	**50%**	**I**	**3,75**	**7**	**5**
ITEM3	**PERDITA ANATOMICA DELL'AVAMBRACCIO IN LATO NON DOMINANTE A QUALSIASI ALTEZZA IN RAPPORTO ALLA POSSIBILITÀ DI PROTESIZZAZIONE**	**45%**	**I**	**3**	**6,5**	**5**
ITEM4	**PERDITA ANATOMICA DI ENTRAMBI GLI ARTI**	**75-80%**	**I**	**3,5**	**7**	**6**

	INFERIORI A QUALSIASI LIVELLO DI COSCIA, IN RAPPORTO ALLA POSSIBILITÀ DI APPLICAZIONE DI PROTESI EFFICACE					
ITEM5	PROTESI DI SPALLA ARTO DOMINANTE– CLASSE III - CON GRAVE LIMITAZIONE DEI MOVIMENTI E PERDITA DEL MOVIMENTO SCAPOLO-TORACICA	30%	WA	7	8	7
ITEM6	PROTESI DI SPALLA ARTO NON DOMINANTE – CLASSE III - CON GRAVE LIMITAZIONE DEI MOVIMENTI E PERDITA DEL MOVIMENTO SCAPOLO-TORACICA	27%	WA	7	8	7
ITEM7	PROTESI DI SPALLA ARTO DOMINANTE – CLASSE I - ELEVAZIONE > 100°, ABDUZIONE > 90°, ROTAZIONE ESTERNA AD ARTO ADDOTTO > 30°, MOVIMENTO COMBINATO DI ROTAZIONE INTERNA E ADDUZIONE CON MANO CHE RAGGIUNGE IL PASSAGGIO DORSO-LOMBARE. DOLORE ASSENTE O SALTUARIO, BEN CONTROLLATO CON TERAPIA MEDICA. MOVIMENTO COMPLETO CONTRO GRAVITÀ E CONTRO MASSIMA RESISTENZA (F 5-NORMALE). ALL'ESAME RADIOGRAFICO: PROTESI BEN POSIZIONATA, ASSENZA DI CALCIFICAZIONI	16-19%	WA	7	8	7
ITEM8	PROTESI D'ANCA – CLASSE IV CON INSTABILITÀ, IMPOSSIBILITÀ DI RI-PROTESIZZAZIONE, GRAVE LIMITAZIONE DEI MOVIMENTI, ETEROMETRIA >5 CM. E ANOMALA ROTAZIONE DELL'ARTO	40-43%	WA	6	7,5	7
ITEM9	PROTESI D'ANCA – CLASSE I - PRESSOCHÉ COMPLETO RECUPERO DELL'AMPIEZZA DEI MOVIMENTI, IN ASSENZA DI DOLORE E DI DISMETRIA, CON TONO-TROFISMO MUSCOLARE CONSERVATO	15-17%	WA	5	8	6.5
ITEM11	**PROTESI DI GINOCCHIO – CLASSE III - DOLORE**	**20-25%**	**I**	**4**	**7**	**6**

	COSTANTE E NON COMPLETAMENTE SENSIBILE AI FARMACI, RILEVANTE DEFICIT ARTICOLARE, DEAMBULAZIONE MOLTO LIMITATA E POSSIBILE SOLTANTO CON BASTONE, MARCATA IPOTROFIA MUSCOLARE, OSTEOPOROSI. IN CASO DI MALPOSIZIONAMENTO- O DI MOBILITÀ DELLA PROTESI IL VALORE MASSIMO DEL RANGE DEVE ESSERE MAGGIORATO FINO AL 35-40%, SPECIE NEL CASO IN CUI NON SIA PRATICABILE LA RIPROTESIZZAZIONE					
ITEM12	**PROTESI DI GINOCCHIO – CLASSE I - PRESSOCHÉ COMPLETA ASSENZA DI DOLORE, LIEVI DEFICIT ARTICOLARI IN FLESSIONE, LIEVE IPOTROFIA MUSCOLARE**	**13-16%**	**I**	**4**	**7**	**6**
ITEM13	PROTESI DI CAVIGLIA - CLASSE III PROTESI NON EFFICACE, DOLORE COSTANTE E SOLTANTO PARZIALMENTE CONTROLLABILE IN FARMACI, GRAVE LIMITAZIONE DELLA SOTTO-ASTRAGALICA CON ZOPPIA	22-25%	WA	6	7	7

➢ COMMENTI E NOTE DEI MEMBRI DELLA GIURIA MULTIDISCIPLINARE

ITEM	VOCE	ESPERTI GRUPPO B e VOCI PER ANALOGIA	*Commenti e note dei Giurati*
ITEM2	**PERDITA ANATOMICA DELL'AVAMBRACCIO IN LATO DOMINANTE A QUALSIASI ALTEZZA IN RAPPORTO ALLA POSSIBILITÀ DI PROTESIZZAZIONE**	**50%**	*La Giuria indica di introdurre un range valutativo in sostituzione del valore fisso*
ITEM3	**PERDITA ANATOMICA DELL'AVAMBRACCIO IN LATO NON DOMINANTE A QUALSIASI ALTEZZA IN RAPPORTO ALLA POSSIBILITÀ DI PROTESIZZAZIONE**	**45%**	*La Giuria indica di introdurre un range valutativo in sostituzione del valore fisso*

ITEM4	**PERDITA ANATOMICA DI ENTRAMBI GLI ARTI INFERIORI A QUALSIASI LIVELLO DI COSCIA, IN RAPPORTO ALLA POSSIBILITÀ DI APPLICAZIONE DI PROTESI EFFICACE**	**75-80%**	*La Giuria indica di introdurre un range valutativo più ampio*
ITEM2	PERDITA ANATOMICA DELL'AVAMBRACCIO IN LATO DOMINANTE A QUALSIASI ALTEZZA IN RAPPORTO ALLA POSSIBILITÀ DI PROTESIZZAZIONE	50%	*Un membro della Giuria suggerisce di sostituire il valore fisso con range o viceversa di utilizzare il valore fisso senza indicare nella voce valutativa "in rapporto alla possibilità di protesizzazione"*
ITEM 3	PERDITA ANATOMICA DELL'AVAMBRACCIO IN LATO NON DOMINANTE A QUALSIASI ALTEZZA IN RAPPORTO ALLA POSSIBILITÀ DI PROTESIZZAZIONE	45%	*Un membro della Giuria suggerisce di sostituire il valore fisso con range o viceversa di utilizzare il valore fisso senza indicare nella voce valutativa "in rapporto alla possibilità di protesizzazione"*
ITEM 9	PROTESI D'ANCA – CLASSE I- PRESSOCHÉ COMPLETO RECUPERO DELL'AMPIEZZA DEI MOVIMENTI, IN ASSENZA DI DOLORE E DI DISMETRIA, CON TONO-TROFISMO MUSCOLARE CONSERVATO	15-17%	*Un membro della Giuria suggerisce di abbassare il valore minimo al 10%*
ITEM 11	**PROTESI DI GINOCCHIO – CLASSE III- DOLORE COSTANTE E NON COMPLETAMENTE SENSIBILE AI FARMACI, RILEVANTE DEFICIT ARTICOLARE, DEAMBULAZIONE MOLTO LIMITATA E POSSIBILE SOLTANTO CON BASTONE, MARCATA IPOTROFIA MUSCOLARE, OSTEOPOROSI. IN CASO DI MALPOSIZIONAMENTO- O DI MOBILITÀ DELLA PROTESI IL VALORE MASSIMO DEL RANGE DEVE ESSERE MAGGIORATO FINO AL 35-40%, SPECIE NEL CASO IN CUI NON SIA PRATICABILE LA RIPROTESIZZAZIONE**	**20-25%**	*La Giuria indica di introdurre una fascia valutativa più ampia partendo da un valore maggiore (25-30%)*
ITEM12	**PROTESI DI GINOCCHIO – CLASSE I - PRESSOCHÉ COMPLETA ASSENZA DI DOLORE, LIEVI DEFICIT ARTICOLARI IN FLESSIONE, LIEVE IPOTROFIA MUSCOLARE**	**13-16%**	*La Giuria indica di modificare il range partendo come valore minimo dal 15%*

- **COMMENTI DEL CTS**

In armonia con quanto stabilito nelle note metodologiche introduttive il CTS accoglie le indicazioni della Giuria multidisciplinare per i seguenti item indicando il range completo dei valori espressi dagli Esperti pannello B compreso nell'intervallo IC95% inferiore e IC95% superiore:		
ITEM2	**PERDITA ANATOMICA DELL'AVAMBRACCIO IN LATO DOMINANTE A QUALSIASI ALTEZZA IN RAPPORTO ALLA POSSIBILITÀ DI PROTESIZZAZIONE**	**46-55%**
ITEM4	**PERDITA ANATOMICA DI ENTRAMBI GLI ARTI INFERIORI A QUALSIASI LIVELLO DI COSCIA, IN RAPPORTO ALLA POSSIBILITÀ DI APPLICAZIONE DI PROTESI EFFICACE**	**65-85%**
ITEM11	**PROTESI DI GINOCCHIO – CLASSE III- DOLORE COSTANTE E NON COMPLETAMENTE SENSIBILE AI FARMACI, RILEVANTE DEFICIT ARTICOLARE, DEAMBULAZIONE MOLTO LIMITATA E POSSIBILE SOLTANTO CON BASTONE, MARCATA IPOTROFIA MUSCOLARE, OSTEOPOROSI. IN CASO DI MALPOSIZIONAMENTO- O DI MOBILITÀ DELLA PROTESI IL VALORE MASSIMO DEL RANGE DEVE ESSERE MAGGIORATO FINO AL 35-40%, SPECIE NEL CASO IN CUI NON SIA PRATICABILE LA RIPROTESIZZAZIONE**	**16-36%**
ITEM12	**PROTESI DI GINOCCHIO – CLASSE I - PRESSOCHÉ COMPLETA ASSENZA DI DOLORE, LIEVI DEFICIT ARTICOLARI IN FLESSIONE, LIEVE IPOTROFIA MUSCOLARE**	**10-19%**

TABELLA DEFINITIVA DELLE MENOMAZIONI ALLA INTEGRITÁ PSICOFISICA COMPRESE TRA 10 E 100 PUNTI DI INVALIDITÁ PERMANENTE

1. MENOMAZIONI DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE (SNC)

ITEM / VOCI	
Emiplegia: deambulazione con appoggio ed arto superiore funzionalmente perduto in lato dominante	75%
Emiplegia: deambulazione con appoggio ed arto superiore funzionalmente perduto in lato non dominante	70%
Monoplegia flaccida dell'arto superiore in lato dominante	55%
Monoparesi dell'arto superiore dominante con lieve deficit di forza in base al grado di compromissione dei movimenti fini della mano	30-35%
Monoplegia flaccida di un arto inferiore in rapporto all'utilizzo efficace di un tutore	45-55%
Monoparesi dell'arto inferiore con lieve deficit di forza, andatura falciante possibile senza appoggio	15-20%
Sindrome lobare cerebrale, in base alla gravità e alla responsività al trattamento farmacologico	40-60%
Sindrome prefrontale psico organica forma gravissima	65-80%
Sindrome prefrontale psico organica forma grave	40-64%
Sindrome prefrontale psico organica forma lieve	10-20%
Emisomatoagnosia forma lieve	15-30%
Sindrome cerebellare stadio 6 scala FARS modificata	91-100%
Sindrome cerebellare stadio 2 scala FARS modificata	15-35%
Sindrome extrapiramidale in stadio 5, con soggetto obbligato a letto o su sedia a rotelle, totalmente dipendente nelle ADL	90-96%
Sindrome extrapiramidale, in base alla gravità e alla responsività al trattamento farmacologico	45-64%
Idrocefalo con derivazione a permanenza normotensivo	15-20%
Disturbi neuro cognitivi in stadio 5 con necessità di assistenza globale e continuativa	88-96%
Disturbi neuro cognitivi, in base alla gravità e alla responsività al trattamento farmacologico	47-52%
Epilessia in trattamento farmacologico, con crisi a frequenza minima mensile e massima settimanale, a seconda del tipo di crisi, con discreta interferenza sul grado di svolgimento delle attività quotidiane	20-50%
Tetraplegia completa	96-100%

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

2. MENOMAZIONI DEL SISTEMA NERVOSO PERIFERICO (SNP)

ITEM / VOCI	
Paralisi completa del plesso brachiale in lato dominante	60%
Paralisi completa del plesso brachiale in lato non dominante	55%
Sindrome radicolare superiore/inferiore in lato dominante	45%
Sindrome radicolare superiore/inferiore in lato non dominante	40%
Paralisi completa del nervo circonflesso in lato dominante	18%
Paralisi completa del nervo circonflesso in lato non dominante	15-18%
Paralisi totale alta del nervo radiale in lato dominante	35%
Paralisi totale alta del nervo radiale in lato non dominante	30%
Paralisi totale del nervo mediano in lato dominante	36-40%
Paralisi totale del nervo mediano in lato non dominante	32-35%
Paralisi totale alta del nervo ulnare in lato dominante	25%
Paralisi totale alta del nervo ulnare in lato non dominante	22%
Paralisi del nervo muscolo-cutaneo in lato dominante	15%
Paralisi del nervo muscolo-cutaneo in lato non dominante	12-13%
Paralisi alta del nervo ischiatico	45%
Paralisi totale del nervo femorale	30%

Paralisi del nervo gluteo inferiore	15%
Paralisi totale dello SPE o dello SPI	20-24%

3. MENOMAZIONI DELLE FUNZIONI PSICHICHE

ITEM / VOCI	
Disturbo da Stress Post-Traumatico – forma moderata complicata o grave	23-29%
Disturbo da stress Post-Traumatico – forma moderata	16-22%
Disturbo da Stress Post-Traumatico - forma lieve	10-15%
Disturbo dell'Adattamento complicato	13-19%
Disturbo dell'Adattamento non complicato	8-12%
Disturbo d'ansia generalizzata – forma grave complicata	22-28%
Disturbi dello spettro ansioso di entità lieve (disturbo d'ansia generalizzato in forma lieve; disturbo da attacchi di panico in forma lieve; fobie in forma lieve)	10-13%
Disturbo depressivo maggiore grave forma con melanconia, sintomi psicotici, catatonia e tendenze suicide (Disturbo depressivo persistente)	62-75%
Disturbo depressivo maggiore - forma grave con disturbi coesistenti ma senza melanconia e senza sintomi psicotici, oppure grave, con melanconia ma senza disturbi coesistenti e senza sintomi psicotici	36-40%
Disturbo da dismorfismo corporeo - forma grave complicata	25-31%
Disturbo da dismorfismo corporeo - forma lieve	8-11%
Disturbo delirante - forma grave	48-53%
Schizofrenia a decorso continuativo con perdita completa del funzionamento personale e condotte auto/etero aggressive	90-97%
Schizofrenia a decorso continuativo con elevata disorganizzazione ideativo-comportamentale	76-86%
Schizofrenia a decorso continuativo con comportamento moderatamente influenzato da deliri e allucinazioni	50-56%

4. MENOMAZIONI DEGLI ORGANI DI SENSO

ITEM / VOCI	
Anoftalmia bilaterale	90%
Anoftalmia monolaterale senza possibilità di protesi estetica	40%
Cecità assoluta bilaterale	85%
Cecità monolaterale	28-30%

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

5. MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE MUSCOLO-SCHELETRICA

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

Sono previste solo voci afferenti pressoché unicamente alle lesioni di lieve entità[12] (D.M. Salute 3 luglio 2003)

5.2 MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE MUSCOLO-SCHELETRICA – RACHIDE E BACINO

ITEM / VOCI	
Esiti di frattura del dente dell'epistrofeo con apprezzabili ripercussioni funzionali	13-25%
Esiti di frattura di un corpo vertebrale cervicale con deformazione somatica (riduzione di altezza del muro anteriore > al 50%) a seconda dei disturbi trofici sensitivi e deficit funzionale	13-17%
Artrodesi della colonna cervicale in toto	24-28%
Stenosi vertebrale Score 14-17 JOAC	26-29%
Stenosi vertebrale Score 9-13 JOAC	17-20%
Esiti di frattura dorsale vertebrale di Classe III (frattura di più corpi vertebrali, con compressione e/o cuneizzazione > 50%, con o senza frattura peduncolare e/o dell'elemento posteriore e con rilevante sintomatologia dolorosa senza indicazione chirurgica)	13-16%
Artrodesi cervico-dorsale	14-15%
Artrodesi di 9-12 corpi vertebrali dorsali	20-23%
Artrodesi dorso lombare estesa da D10 a L2	25%

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

Esiti di frattura vertebrale lombare di Classe III (esiti di frattura di più corpi vertebrali, con compressione > 50 , con grave sintomatologia dolorosa, a seconda dei deficit trofico-sensitivi strumentalmente accertati, senza indicazione chirurgica)	20-24%
Patologia lombare discale di Classe III (ernia discale o esiti di erniectomia a 1 o più livelli con grave quadro clinico disfunzionale, mielopatia sfumata o reticolopatia strumentalmente accertata e sintomatologia algica recidivante o continua al distretto interessato, scarsamente responsiva alla terapia)	13-19%
Bacino - esiti di fratture, diastasi complesse, trattate chirurgicamente, con moderata disfunzionalità residua	12-18%

5.3 MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE MUSCOLO-SCHELETRICA – ARTO SUPERIORE

ITEM / VOCI	
Perdita anatomica di entrambi gli arti superiori	85-90%
Perdita anatomica di entrambe le mani	80-85%
Perdita anatomica di un arto superiore in rapporto alla possibilità di applicazione di protesi efficace in lato dominante	59-65%
Perdita anatomica di un arto superiore in rapporto alla possibilità di applicazione di protesi efficace in lato non dominante	54-60%
Perdita anatomica totale della mano in rapporto alla possibilità di protesizzazione in lato dominante	50-55%
Perdita anatomica totale della mano in rapporto alla possibilità di protesizzazione in lato non dominante	45-50%
Perdita anatomica di pollice, indice e medio in lato dominante	39-41%
Perdita anatomica di pollice, indice e medio in lato non dominante	36-38%
Perdita anatomica del pollice in lato dominante	22%
Perdita anatomica del pollice in lato non dominante	20%
Anchilosi della scapolo-omerale in posizione favorevole in lato dominante	29%
Instabilità di spalla di grado medio elevato in lato dominante	15%
Esiti di frattura diafisaria dell'omero evoluta in pseudoartrosi in lato dominante	11-14%
Esiti di frattura diafisaria dell'omero evoluta in pseudoartrosi (lato non dominante)	8-10%
Anchilosi del gomito in massima flessione con prono-supinazione libera in lato dominante	28%
Esiti in pseudoartrosi di frattura biossea dell'avambraccio a seconda del dismorfismo in lato dominante	12-15%
Esiti in pseudoartrosi di frattura biossea dell'avambraccio a seconda del dismorfismo in lato non dominante	10-13%
Anchilosi del polso in posizione sfavorevole in lato dominante	22%
Anchilosi rettilinea del polso con prono-supinazione libera in lato dominante	13%

5.4 MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE MUSCOLO-SCHELETRICA – ARTO INFERIORE

ITEM / VOCI	
Perdita anatomica di entrambe le gambe a qualsiasi livello in rapporto alla possibilità di applicazione di protesi efficace	58-65%
Perdita anatomica di entrambi i piedi a livello della tibio-tarsica in rapporto alla possibilità di applicazione di protesi efficace	48-57%
Perdita anatomica dell'avampiede a livello delle basi metatarsali	20-25%
Perdita anatomica dell'alluce con disarticolazione metatarso-falangea	10-18%
Anchilosi d'anca in posizione sfavorevole (flessione <25° o >40°)	36-39%
Limitazione del movimento di flessione dell'anca con escursione articolare possibile fino a 90°, associata a deficit degli altri movimenti	11-20%
Limitazione del movimento di flessione dell'anca, con escursione articolare possibile fino a 90°, senza deficit degli altri movimenti	10-12%
Limitazione del movimento di flessione dell'anca con escursione articolare possibile oltre 90°, associata a deficit degli altri movimenti	5-15%
Esiti in pseudoartrosi di frattura diafisaria del femore	15-18%
Anchilosi del ginocchio tra 175° e 180°	24-28%
Limitazione del movimento di flessione del ginocchio con escursione articolare possibile tra 180° e 135°	21-24%
Limitazione del movimento di flessione del ginocchio con arresto tra 135° e 90° ed estensione completa	10-20%
Lassità articolare da rottura totale di uno dei due legamenti crociati non trattata chirurgicamente di grado grave	10%
Esiti in pseudoartrosi di frattura della tibia	11-14%
Accorciamento dell'arto inferiore di 8 cm	15%
Triplice anchilosi (tibio-tarsica, sottoastragalica e mediotarsica in posizione favorevole)	19-25%
Esiti frattura del calcagno a secondo del trattamento e con limitazione funzionale di grado moderato	10%
Instabilità della tibiotarsica post traumatica grave pluridirezionale con necessità di utilizzo di tutore	12-15%

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

Sono previste solo voci afferenti pressoché unicamente alle lesioni di lieve entità[13] (D.M. Salute 3 luglio 2003)

[13] Decreto del Ministero della salute, 3 luglio 2003 TABELLA DELLE MENOMAZIONI ALLA INTEGRITÀ PSICOFISICA COMPRESE TRA 1 E 9 PUNTI DI INVALIDITÀ

6. MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE RESPIRATORIA

ITEM / VOCI	
Insufficienza respiratoria grave: FEV1: < 40% del previsto; FVC: < 40% del previsto; indice di Tiffeneau: < 0,6; DLCO: < 40% del previsto; complicanze extra polmonari: multiple e severe; PaO_2: < 50 mmHg; grado di dispnea: severo (MMRC 3-4 o Borg 5-6); ossigenoterapia a permanenza: necessaria; $PaCO_2$: > 50 mmHg	44-68%
Insufficienza respiratoria moderata: FEV1: 40-59% del previsto; FVC: 40-59% del previsto; indice di Tiffeneau: 0,6-0,69; DLCO: 40-59% del previsto; complicanze extra polmonari: moderate; PaO_2: 50-59 mmHg; grado di dispnea: moderato (MMRC 2 o Borg 3-4); ossigenoterapia a permanenza: talora necessaria; $PaCO_2$: lievemente alterata (45-50 mmHg)	21-26%
Insufficienza respiratoria lieve: FEV1: 60-80% del previsto; FVC: 60-80% del previsto; indice di Tiffeneau: 0,7-0,8; DLCO: 60-80% del previsto; complicanze extra polmonari: assenti o lievi; PaO_2: > 60 mmHg; grado di dispnea: lieve (MMRC 0-1 o Borg 1-2); ossigenoterapia a permanenza: non necessaria; $PaCO_2$: normale (35-45 mmHg)	10-15%
Asma grave persistente: FEV1 < 60% del previsto, sintomi quotidiani, frequenti riacutizzazioni, presenza di complicanze extra polmonari (sinusite cronica, rinite allergica o poliposi nasale), PaO_2 < 60 mmHg durante attacco acuto, $PaCO_2$ > 45 mmHg durante attacco acuto o ipercapnia in fase intercritica, uso frequente o quotidiano di farmaci di soccorso, come broncodilatatori a rapida insorgenza d'azione, e/o terapie di controllo ad alto dosaggio, come corticosteroidi inalatori o agenti biologici	41-56%
Asma moderato persistente: FEV1 tra il 60-80% del previsto, sintomi presenti più di una volta alla settimana ma non quotidiani, riacutizzazioni occasionali, possibile presenza di complicanze extra polmonari (sinusite cronica, rinite allergica o poliposi nasale) ma meno frequenti e severe rispetto all'asma grave, PaO_2 generalmente superiore a 60 mmHg durante attacco acuto, $PaCO_2$ solitamente inferiore a 45 mmHg durante attacco acuto e assenza di ipercapnia in fase intercritica, uso periodico di farmaci di soccorso, come broncodilatatori a rapida insorgenza d'azione, e terapie di controllo a dosaggio moderato, come corticosteroidi inalatori o agenti biologici	18-30%
Stenosi nasale serrata/assoluta bilaterale	11-15%
Rinite allergica moderata-grave controllata attraverso l'impiego di farmaci sintomatici	7-12%
Esiti di laringectomia con soddisfacente recupero della capacità fonatoria attraverso l'impiego di appositi devices	30-35%
Disfonia severa	24-29%
Perdita di un polmone con ottimale funzione vicariante dell'organo adelfo, in assenza di pregiudizi del sistema cardiocircolatorio	25-30%
Esiti di trapianto polmonare con complicanze gravi e/o insufficienza respiratoria grave	70-86%
Paralisi totale del diaframma con moderato deficit respiratorio	18%
Sindrome delle apnee notturne di grado severo, con AHI > 30, importanti riflessi sul piano intellettivo e complicanze cardiovascolari	35-43%

7. MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE CARDIOVASCOLARE

ITEM / VOCI	
Cardiopatia in classe IV NYHA (incluse cardiopatie congenite classe IV, DIA con soggetti in condizioni scadute DIV in condizioni scadute Cardiomiopatia dilatativa con insufficienza cardiaca grave o cardiomiopatia ipertrofica forma gravissima Stenosi mitralica gravissima scompensata, insufficienza mitralica scompensata grave Stenosi aortica grave scompensata, insufficienza aortica severa gravemente sintomatica, coronaropatia gravissima)	81-88%
Cardiopatia in classe II-III NYHA (incluse cardiopatie congenite classe II-III, DIA con soggetti in condizioni stabili DIV in condizioni stabili Cardiomiopatia dilatativa con insufficienza cardiaca moderata o cardiomiopatia ipertrofica forma moderata Stenosi mitralica moderatamente scompensata, insufficienza mitralica scompensata moderata Stenosi aortica moderatamente scompensata, insufficienza aortica moderatamente sintomatica, coronaropatia moderata)	33-46%
Turbe del ritmo potenzialmente maligne, con sintomatologia rilevante, non controllabili con terapia farmacologica e necessitanti impianto di pacemaker	25-35%
Turbe del ritmo benigne, con sintomatologia lieve/moderata, controllabili con terapia farmacologica	6-12%
Disturbi del ritmo sintomatici malgrado l'impianto di pacemaker	36-44%
Fibrillazione atriale cronica in adeguato compenso con terapia farmacologica	15-24%
Ipertensione arteriosa con marcata ipertrofia ventricolare sinistra, alterazioni del fundus oculi di III grado e insufficienza renale moderata-grave	36-55%
Ipertensione arteriosa ben controllata da terapia dietetica e/o farmacologica ma con necessità di frequenti adeguamenti terapeutici e moderate manifestazioni cliniche	10-15%
Esiti di trapianto cardiaco con complicanze di grado moderato	55-68%
Esiti di aneurisma aortico trattato chirurgicamente con tubo valvolato	20-36%
Endoprotesi vascolare aortica	10-15%
Arteriopatia obliterante cronica AAII in stadio IVa e IVb di Leriche-Fontaine	68-73%
Arteriopatia obliterante cronica AAII in stadio IIIa di Leriche-Fontaine	50-60%
Arteriopatia obliterante cronica AAII in stadio IIa di Leriche-Fontaine	13-18%
Flebolinfopatia forma grave	33-55%

8. MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE STOMATOGNATICA

ITEM / VOCI	

Perdita di tutti i denti e dell'osso alveolare	35-41%
Amputazione totale della lingua	50-65%
Amputazione parziale della lingua con severi disturbi funzionali	35-44%
Amputazione parziale della lingua con moderati disturbi funzionali	17-28%
Perdita del labbro inferiore con pregiudizio estetico molto rilevante e gravi difficoltà di linguaggio	20-30%
Perdita dell'emilabbro superiore con pregiudizio estetico molto rilevante e gravi difficoltà di linguaggio	15-25%
Anchilosi completa dell'articolazione temporo-mandibolare con gravi difficoltà di linguaggio e funzione masticatoria sostanzialmente abolita	46-50%
Limitazione dell'apertura della bocca con distanza interincisiva massima di 2 cm	10-14%
Malocclusione di grado moderato con asimmetria dento-facciale di grado moderato e lievi difficoltà masticatorie	10-13%

9. MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE DIGERENTE

ITEM / VOCI	
Patologia del tratto gastro-enterico (esofago-duodeno-digiuno-ileo-colon) di grado severo: stenosi superiore al 50% o resezione superiore al 50% del tratto interessato, sintomi gravi e frequenti, influenzanti in maniera significativa la qualità di vita, necessità di modifiche dietetiche estreme e di trattamento farmacologico intensivo, stato generale gravemente compromesso, perdita di peso superiore al 10% del peso corporeo abituale	46-72%
Patologia del tratto gastro-enterico (esofago-duodeno-digiuno-ileo-colon) di grado moderato: stenosi compresa tra il 25% e il 50% o resezione compresa tra il 25% e il 50% del tratto interessato, sintomi moderati e occasionali, influenzanti in maniera apprezzabile la qualità di vita, necessità di modifiche dietetiche rilevanti e di trattamento farmacologico, stato generale moderatamente compromesso, perdita di peso tra il 5% e il 10% del peso corporeo abituale	24-39%
Patologia del tratto gastro-enterico (esofago-duodeno-digiuno-ileo-colon) di grado lieve: stenosi inferiore al 25% o resezione inferiore al 25% del tratto interessato, sintomi lievi e sporadici, non influenzanti in maniera apprezzabile la qualità di vita, necessità di modifiche dietetiche lievi in assenza di trattamento farmacologico, stato generale non compromesso o lievemente compromesso, perdita di peso inferiore al 5% del peso corporeo abituale	13-17%
Incontinenza dello sfintere anale con perdita di gas e feci incontrollabile	31-38%
Patologia anorettale su base funzionale con funzione defecatoria preservata	13-20%
Patologia del pancreas di grado severo: insufficienza esocrina grave (riduzione > 50% dell'attività enzimatica), crisi dolorose frequenti e di elevata intensità, aumento significativo degli enzimi pancreatici e/o di PCR e leucociti, perdita di peso > 10% del peso abituale, importanti ripercussioni sullo stato generale, diabete mellito scompensato	60-76%
Patologia del pancreas di grado moderato: insufficienza esocrina moderata (riduzione tra il 25% e il 50% dell'attività enzimatica), crisi dolorose occasionali e di intensità moderata, aumento moderato degli enzimi pancreatici e/o alterazione di PCR e leucociti, perdita di peso tra il 5% e il 10% del peso abituale, ripercussioni sullo stato generale limitate ma presenti, pregiudizio della	21-37%

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

10. MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE NEFRO-UROLOGICA

ITEM / VOCI	
Perdita di un rene con rene superstite normo funzionante	15-18%
Rene a ferro di cavallo e rene policistico dell'adulto	6-15%
Insufficienza renale grave: creatinina plasmatica: > 4 mg/dL, filtrato glomerulare < 30 ml/min/1.73 m², azotemia: > 80 mg/dL, anemia severa, oligoanuria, disturbi idroelettrolitici severi e di difficile controllo con terapia, manifestazioni sistemiche severe, necessità di dialisi o trapianto renale, ripercussioni cardiovascolari severe e potenzialmente letali	63-74%
Insufficienza renale moderata: creatinina plasmatica: 2-4 mg/dL, filtrato glomerulare 30-59 ml/min/1.73 m², azotemia: 40-80 mg/dL, anemia moderata, volume urinario ridotto, disturbi idroelettrolitici presenti ma controllabili con terapia, manifestazioni sistemiche presenti ma controllabili, non necessità di dialisi, ripercussioni cardiovascolari moderate	27-34%
Insufficienza renale lieve: creatinina plasmatica: 1.5-2 mg/dL (uomini), 1.3-1.9 mg/dL (donne), filtrato glomerulare 60-89 ml/min/1.73 m², azotemia: 20-40 mg/dL, lieve anemia, volume urinario normale, disturbi idroelettrolitici assenti o lievi, manifestazioni sistemiche assenti o lievi, non necessità di dialisi, ripercussioni cardiovascolari minime o assenti	15-21%
Esito di trapianto renale con insufficiente ripristino della funzionalità e complicanze di grado grave	64%
Esito di trapianto renale con soddisfacente ripristino della funzionalità e complicanze assenti o di grado lieve	30-37%
Sindrome nefrosica persistente	22-40%
Nefrostomia o ureterocutaneostomia definitiva	27-35%
Incontinenza urinaria totale	30-40%

Ritenzione urinaria cronica con necessità di frequenti cateterismi	22-30%

11. MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE SESSUALE E RIPRODUTTIVA

ITEM / VOCI	
Perdita del pene e dei testicoli prima della maturazione sessuale a seconda delle turbe endocrino-metaboliche e delle relative disarmonie di sviluppo	50-60%
Perdita del pene e dei testicoli dopo la maturazione sessuale a seconda dell'età	35-45%
Prostatite cronica abatterica o sindrome dolorosa pelvica cronica	10-14%
Perdita anatomica o funzionale dell'utero e degli annessi ed impossibilità al coito prima della maturazione sessuale, a seconda delle turbe endocrino-metaboliche e delle relative disarmonie di sviluppo/atrofia vaginale in età non fertile	50-60%
Perdita dell'utero e degli annessi prima della maturazione sessuale	40-45%
Perdita anatomica di utero e annessi dopo la maturazione sessuale (impotenza generandi e menopausa iatrogena)	25-35%
Perdita anatomica o funzionale delle salpingi in età prepubere o fertile con preservazione della capacità al coito e possibilità di conduzione a termine di gravidanza a seguito di tecniche di procreazione assistita	12-18%
Mutilazioni genitali femminili tipo III Asportazione totale del clitoride con escissione delle piccole labbra e della superficie interna delle grandi labbra e chiusura dei margini con minimale pervietà residua atta a consentire la minzione ed il flusso mestruale	23-35%
Mutilazioni genitali femminili di tipo I Escissione del prepuzio clitorideo con asportazione totale o parziale del clitoride	11-20%
Esiti di mastectomia bilaterale non protesizzata	28-40%
Esiti di mastectomia monolaterale non protesizzata comportante pregiudizio sotto il profilo fisionomico ed estetico	20-25%

12. MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE EMOLINFO-IMMUNITARIA

ITEM / VOCI	
Piastrinopenia moderata-grave con fenomeni emorragici spontanei ma in assenza di complicanze	12-22%
Emofilia grave	28-54%
Trombocitosi grave	35-43%
Aplasia midollare gravissima	63-70%
Aplasia midollare lieve: granulociti neutrofili > 1500/µL, piastrine > 100.000/µL, cellule midollari totali ridotte rispetto al normale	11-14%

Anemia di grado moderato (Hb 5-9 g/Dl con sintomatologia rilevante e necessità di 1-2 trattamenti trasfusionali/mese) senza complicanze	16-23%
Malattia da HIV avanzata (categoria C3)	83-91%
Infezione da HIV Stadio B1, B2, B3	50-60%
Linfoma Non Hodgkin HIV-relato	65-89%
Policitemia rubra vera in trasformazione leucemica	67-83%

13. MENOMAZIONI DELLE FUNZIONI ENDOCRINO-METABOLICHE

ITEM / VOCI	
Gigantismo ad elevata espressività clinica nonostante terapia	55-70%
Ipertiroidismo in base alla gravità e alla responsività al trattamento farmacologico	25-29%
Ipotiroidismo in parziale controllo farmacologico	16-22%
Iperparatiroidismo sintomatico	20-27%
Iposurrenalismo grave con persistenti squilibri idro-elettrolitici e crisi addisoniane molto frequenti	48-58%
Iposurrenalismo con sintomi e segni parzialmente controllati dalla terapia	23-30%
Adenoma ipofisario in base alla gravità e alla responsività al trattamento	27-40%
Diabete mellito con complicanze gravi	56-61%
Diabete mellito con complicanze lievi in base alla gravità e alla responsività al trattamento farmacologico	30-37%
Diabete mellito non insulino-dipendente in scarso controllo glicemico, con moderata sintomatologia ed apprezzabile incidenza sulla qualità di vita ma senza complicanze sistemiche	17-22%
Obesità patologica trattata con intervento chirurgico restrittivo o derivativo (bypass)	30-36%
Obesità moderata (BMI 35-39,9) in assenza di significative ripercussioni su organi ed apparati condizionate dall'eccesso ponderale	10-14%

14. MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE ESTETICA

ITEM / VOCI	
Classe II: il pregiudizio estetico è da lieve a moderato L'anormalità risulta evidente anche ad un'osservazione superficiale ed è oggetto di auto-percezione negativa, amplificata dalla constatazione di un'attenzione particolare da parte di terzi. In linea di massima si tratta di cicatrici relativamente estese al volto, o alla regione anteriore del collo, o maggiormente estese ad altre regioni corporee. Rientrano in questa classe:	6-15%

Cicatrici: lineari o irregolari, piane, di media estensione (nell'ordine di 3-5 cm) oppure di minor estensione ma ipertrofiche e discromiche al volto e alla regione anteriore del collo ed alle mani; cicatrici lineari e/o nastriformi estese (nell'ordine di 10-15 cm), ipertrofiche o discromiche, al tronco o agli arti (mani escluse). Deformità e altre anormalità: infossamenti o bozzature di media estensione sulla regione fronto-orbito-zigomatica e mascellare e dismorfismi della regione mandibolare, comportanti asimmetria del volto; marcata deformazione della piramide nasale; vaste aree di alopecia. Perdite anatomiche: perdita sub-totale o molto ampia di un padiglione auricolare; perdita circoscritta o marcata deformazione della piramide nasale; perdita parziale di un labbro.	
Classe III: il pregiudizio estetico è da moderato a rilevante Le alterazioni anatomiche, sovente produttive anche di riverberi disfunzionali, hanno un notevole impatto negativo sull'omeostasi del soggetto, inficiandone alquanto negativamente le fattezze, in maniera tale da attirare "attenzioni negative" da parte di terzi. Si tratta di vistose cicatrici interessanti il volto e la regione anteriore del collo o di notevole estensione ad altre regioni corporee. Rientrano in questa classe: Cicatrici: plurilineari o irregolari, di estensione dell'ordine di 6-15 cm, discromiche e/o distrofiche, al volto e alla regione anteriore del collo e alle mani; oppure di minor estensione ma notevolmente ipertrofiche e/o cheloidee a tali distretti, ovvero di notevole estensione (oltre 15 cm) al tronco o agli arti, specie se insistenti su aree per lo più lasciate normalmente scoperte dall'abbigliamento diffusamente utilizzato da soggetti equiparabili al danneggiato per genere ed età. Deformità e altre anormalità: marcate asimmetrie facciali. Perdite anatomiche: perdita totale di un padiglione auricolare; perdita di gran parte del naso.	16-25%
Classe IV: il pregiudizio estetico è 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 cheloidee interessanti circa la metà del volto e della regione anteriore del collo; esiti di scotennamento totale o sub-totale; alterazioni francamente deturpanti, coinvolgenti massivamente il tronco e gli arti. Perdite anatomiche: perdita completa di entrambi i padiglioni auricolari; perdita completa del naso; perdita totale o sub-totale delle labbra.	26-35%
Classe V: il pregiudizio estetico è grave Oltre a determinare un drastico e completo sovvertimento della fisionomia dell'intero volto e pure delle fattezze di altri distretti corporei, con importanti ripercussioni disfunzionali, risulta considerevolmente pregiudicata la c.d. "accettazione sociale", di talché il soggetto è costretto a contrarre notevolmente la propria relazionalità. Rientrano in questa classe: Cicatrici: notevolmente ipertrofiche e/o cheloidee, nonché fortemente discromiche e retraenti, estese all'intero volto e alla regione anteriore del collo, nonché al cuoio capelluto, con totale 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 d'una delle alterazioni annoverate nella Classe IV	36-50%

15. MENOMAZIONI DELLA FUNZIONE TEGUMENTARIA E DEL CONNETTIVO

ITEM / VOCI	
Sclerodermia variante diffusa con severo impegno sistemico	47-70%

Sclerodermia variante limitata alla cute	10-15%
Dermopatia in stadio III, con severo pregiudizio estetico e importante sintomatologia malgrado trattamento farmacologico sistemico	35-40%
Dermopatia in stadio II, con moderato pregiudizio estetico e sintomatologia non responsiva al solo trattamento farmacologico topico	19-28%
Dermopatia in stadio I, con lieve pregiudizio estetico e modesta sintomatologia in trattamento farmacologico solo topico	9-18%
Vasculiti, forma grave (con sintomatologia di entità severa, coinvolgimento multisistemico e necessità di terapia immunosoppressiva e/o corticosteroidea ad alti dosaggi)	45-65%
Vasculiti, forma moderata responsiva alla terapia farmacologica	20-35%
Vasculiti, forma lieve (con sintomatologia di entità modesta e controllabili attraverso blanda terapia antinfiammatoria)	9-20%

16. MENOMAZIONI E PROTESI

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

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

NOTE ED OSSERVAZIONI DEGLI STAKEHOLDER

Il documento completo è stato inviato a tutti gli stakeholder che hanno partecipato alla seduta plenaria tenutasi a Roma il 13 aprile 2024: nessuno di loro ha espresso rilievi.

NOTE ED OSSERVAZIONI DEL COMITATO TECNICO SCIENTIFICO (6 dicembre 2024)

Considerando che lo Statement 4.1 sul pregiudizio estetico complessivo non ha raggiunto un sufficiente accordo tra gli esperti, esso è stato eliminato. Si conferma quindi che la valutazione di tale pregiudizio non può basarsi su criteri geometrici, ma deve fondarsi sulle caratteristiche intrinseche ed estrinseche dell'oggetto in esame e sul loro impatto negativo sull'equilibrio armonico complessivo della persona.
Il Comitato Tecnico Scientifico giunge alla considerazione conclusiva di ritenere appropriate, pertinenti e tecnicamente fondate le indicazioni per la valutazione del danno alla funzione estetica contenute nel testo SIMLA ” Linee guida per la valutazione medico-legale del danno alla persona in ambito civilistico" (Giuffré ed., 2016). Tale analisi è validata anche alla luce della recente ricerca bibliografica, che non ha evidenziato elementi tecnici significativamente differenti in questo ambito in recenti pubblicazioni[14], confermando così la validità delle suddette linee guida.

[14] DEL SORDO S. GENOVESE U. MASTROROBERTO L. RONCHI E. F. Barèmes medico-legali Per la valutazione in responsabilità civile, assicurazioni private (infortuni e malattia) e sociali (invalidità civile e INAIL), causa di servizio e «tabelle sportive. Giuffrè ed. 2023