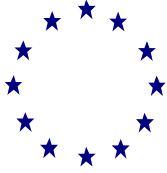


The title text is surrounded by a decorative arrangement of large blue stars. There are three stars in the top row, two in the middle row, and three in the bottom row, all in a dark blue color.

**Tabella di
riferimento europea
per la valutazione
del danno biologico**

25 MAGGIO 2003



INDICE

	Introduzione	5
	Ringraziamenti	12
I.	Il sistema nervoso	
	Neurologia	14
	Psichiatria	20
	Deficit motorio-sensitivi	21
II.	Apparato sensoriale e stomatologia	
	Oftalmologia	26
	Otorinolaringoiatria	29
	Stomatologia	31
III.	Apparato osteoarticolare	
	Arto superiore	34
	Arto inferiore	44
	Rachide	50
	Bacino	52
IV.	Apparato cardio-respiratorio	
	Cuore	55
	Apparato respiratorio	56
V.	Sistema vascolare	
	Arterie	61
	Vene	61
	Sistema linfatico	61
	Milza	62
VI.	Apparato digerente	
	Epato-gastroenterologia	65
VII.	Apparato urinario	67
VIII.	Apparato riproduttivo	71
IX.	Sistema ghiandolare endocrino	75
X.	Apparato cutaneo	
	Ustioni profonde o cicatrizzazioni patologiche	81
	Indice	83

INTRODUZIONE

MOTIVAZIONE A SOSTEGNO DI UNA VALUTAZIONE IN BASE A TABELLE DI RIFERIMENTO

Oggi, come in ogni epoca, la valutazione e l'indennizzo del danno fisico si basano, in ciascuno degli Stati dell'Unione europea, su schemi di consenso sociale e legislativo consolidati che sono lo specchio della filosofia di ciascuna società.

In linea generale, i principi di tali schemi sono enunciati nelle leggi o nei codici in forma lapidaria, mentre le modalità di applicazione sono organizzate dalla giurisprudenza e dalla dottrina.

Nell'ambito del risarcimento integrale, nel diritto comune che disciplina la responsabilità civile, si distinguono i danni a carattere economico da quelli non economici.

I danni economici, un aspetto dei quali è prettamente medico, mentre l'altro lavorativo, richiedono una valutazione nel concreto e non sono pertanto riconducibili a una tabella di riferimento (indicizzabili).

I danni non economici sono quelli subiti al di fuori di qualsiasi contesto di lucro. Essi sono a carattere prettamente personale e costituiscono un danno alle attività abitualmente condotte nella vita di tutti i giorni, ad una serie di gesti e di atti che ciascun individuo svolge dal momento in cui si alza dal letto, la mattina, al momento in cui va a dormire, la sera, indipendentemente dalla sua attività professionale. Tali danni rappresentano quindi un danno per la qualità di vita quotidiana.

I postumi che producono un danno a carattere personale riguardano l'individuo nell'ambito d'attività che sono grosso modo identiche a quelle di un qualsiasi altro individuo. Identici postumi da lesioni comportano quindi ripercussioni quasi identiche nella vita di tutti i giorni: è logico pensare che esse debbano giustificare una valutazione identica. Tali postumi possono rientrare nell'ambito di una logica di tabella di riferimento.

In pratica, l'attuale sistema, soddisfacente malgrado le sue imperfezioni, consente di effettuare una valutazione relativamente riproducibile: infatti, che venga dichiarato più o meno esplicitamente, essa è indicizzata.

Perché nella maggior parte degli Stati dell'Unione europea gli esperti non si accontentano di una semplice descrizione? Perché la trasposizione di tale descrizione da parte di chi prende le decisioni sul piano dell'indennizzo è un'interpretazione. Orbene, qualsiasi interpretazione comporta un rischio di alterazione, soprattutto se la descrizione fatta dal perito in uno degli Stati membri viene considerata da chi prende la decisione in un altro Stato membro: non si possono infatti sottovalutare i problemi linguistici e terminologici specifici. Appare pertanto auspicabile operare uno sforzo di sintesi e di chiarificazione, caratterizzando ciascuna descrizione dei postumi con una percentuale corredata da una spiegazione: *“effettuare una perizia, significa ascoltare, osservare, misurare, comprendere, quindi spiegare per far comprendere”*. Il sistema delle percentuali impone la definizione di una tabella di riferimento allo scopo di ottenere uguaglianza e giustizia: a parità di postumi, medesima percentuale e identico risarcimento.

La critica più evidente mossa alle attuali tabelle di riferimento è l'assenza di costrutto scientifico: esse infatti non fanno che mettere insieme percentuali accettate dalla giurisprudenza. Si tratta delle “tabelle consuetudinarie”.

Eppure le percentuali hanno un vantaggio: quello di essere evolutive con i progressi in materia di terapie, riabilitazione, tecniche di rilevamento obiettivo e quantificazione, nonché delle nostre conoscenze sulle conseguenze su coloro che hanno subito un trauma.

Inoltre, una tabella di riferimento prettamente “scientifica” potrebbe tener conto - come fanno in modo implicito le tabelle di riferimento nazionali attuali - di considerazioni socioculturali imprescindibili. Esse non differiscono in modo importante da uno Stato dell’Unione europea all’altro. Gli europei potrebbero tuttavia concepire una tabella di riferimento accettabile da altre civiltà e viceversa?

LA NECESSITÀ DI UNA TABELLA DI RIFERIMENTO EUROPEA

La volontà europea è quella di preservare il risarcimento integrale dei danni economici, nonché di promuovere il risarcimento in base alle tabelle di riferimento per quanto concerne il danno arrecato a carattere personale.

Non ha senso armonizzare le modalità di risarcimento economico se, ovunque nell’Unione europea, la perdita degli stessi organi e delle stesse funzioni non viene valutata con i medesimi criteri, se gli stessi postumi non vengono quantificati in modo identico.

La riproducibilità della valutazione di diversi periti, in diversi paesi che possa condurre a conclusioni identiche a fronte di identici bilanci delle lesioni riportate, impone l’utilizzo di un’unica tabella di riferimento europea.

Non si potrebbe certo cancellare ciò che appartiene alla cultura di uno Stato per armonizzare le modalità di risarcimento e valutazione che caratterizzano tale cultura. Pertanto, armonizzare significa obbligatoriamente proporre una rosa di soluzioni, nessuna delle quali sia inaccettabile per uno dei soggetti del cambiamento, sapendo che nessuna potrà soddisfare completamente tutti i soggetti coinvolti.

Un’associazione nazionale o un’équipe universitaria unica non potevano occuparsi dello studio di una tabella di riferimento europea: bisognava infatti coniugare la conoscenza applicata delle varie tabelle di riferimento nazionali con il rispetto delle particolarità che si basano sulla filosofia di una società. Per questa ragione la scelta è caduta su un organismo a vocazione europea che avesse lo sguardo rivolto al consenso e mirasse a non destabilizzare un sistema che oggi, a dispetto di tutte le sue imperfezioni, funziona. Tale organismo è la CEREDOC, Confédération européenne d’experts en réparation et évaluation du dommage corporel, che riunisce docenti universitari e professionisti di alto livello che provengono dai vari Stati dell’Unione europea. Il gruppo si è assicurato la collaborazione di eminenti specialisti nelle discipline mediche di cui si occupano i periti. Inoltre, la CEREDOC può beneficiare dell’apporto delle competenze di associazioni nazionali e di docenti universitari che hanno convalidato i lavori.

BASI E PRINCIPI DELLA TABELLA DI RIFERIMENTO EUROPEA

Una tabella di riferimento unica presuppone che ad essa sottendano concetti universalmente condivisi e accettati. Tali concetti sono stati definiti in occasione del convegno di Treviri I, nel giugno 2000, avviato dall’on. Willi ROTHLEY, vicepresidente della commissione giuridica e per il mercato interno del “Parlamento Europeo”.

I medici imputano, valutano obiettivamente, quantificano, senza andare oltre i limiti delle loro competenze specifiche, sapendo che non vi è sempre un perfetto adeguamento fra la complessità dell’essere umano e l’ambito definito dai giuristi.

I ruoli del perito medico sono da una parte quello di quantificare le lesioni alla persona che si possono constatare e/o spiegare dal punto di vista medico, dall’altra di dare un parere specialistico su un elenco limitativo di eventuali danni particolari.

La base della valutazione è quella delle lesioni all'integrità fisica e/o psichica constatabili da un punto di vista medico e pertanto misurabili.

La valutazione replicabile delle lesioni soggettive pure, spiegabili da un punto di vista medico (plausibili, ma non constatabili, quindi non misurabili) è possibile soltanto se viene effettuata con una sola e identica percentuale: non si può modulare ciò che non si può oggettivare.

Valutare presuppone che vi siano unità e sistematicità. Per non modificare eccessivamente le abitudini medico-legali dei periti europei, la scelta è caduta su un sistema percentuale.

Sulla scia degli incontri di Treviri I, il danno all'integrità psicofisica suscettibile di valutazione medico-legale, o danno biologico (DB), è descritto come segue:

la riduzione definitiva del potenziale fisico e/o psichico constatabile o spiegabile dal punto di vista medico, a cui si vanno ad aggiungere i dolori e le ripercussioni psichiche, che il medico ben sa essere normalmente connesse con la lesione, nonché le conseguenze nella vita quotidiana abitualmente o oggettivamente connesse con tali effetti della lesione

La percentuale di DB è :

l'ordine di grandezza, rapportato ad un massimo teorico pari al 100%, della difficoltà sentita da qualsiasi individuo le cui capacità residue sono quantificate per lo svolgimento di gesti e atti abituali della vita quotidiana extraprofessionale, quindi l'ordine di grandezza della sua "incapacità personale".

Il coefficiente di DB:

non è un'unità di misura, bensì un'unità di valutazione, risultato dell'integrazione di misure di fenomeni diversi utilizzando strumenti diversi, quindi espressi in diverse unità, e di un parere intuitivo basato sull'esperienza e sull'arte di comprendere anche gli aspetti imponderabili.

Pertanto, l'indicizzazione non esclude una certa personalizzazione. Il medico definisce quali ripercussioni comportino le lesioni subite nella vita di tutti i giorni, quindi definisce una percentuale. Questa percentuale non quantifica soltanto le lesioni definitive, ma integra i parametri diversi considerati dall'unità composta che è la percentuale; include quindi in modo inespresso una componente di "non misurabile che è forse l'essenziale" che riflette la specificità, considerata dal perito, del soggetto di perizia.

In caso di stato anteriore patologico modificato dall'incidente oggetto di perizia, la descrizione e la spiegazione sono complementi indispensabili della percentuale, in quanto questa ha solo un valore relativo. Nel caso di un individuo cui viene amputata una gamba che sia ben protesizzato e che sia divenuto paraplegico a seguito di un incidente considerato, il danno non si riassume con la sottrazione delle percentuali antecedenti e successive alla situazione di paraplegia: il danno è la differenza nella vita quotidiana, differenza che deve essere descritta.

Molte delle situazioni che si producono a seguito di una lesione comportano ripercussioni importanti nella vita di tutti i giorni: la percentuale del 100% non rappresenta pertanto la scomparsa di tutte le funzioni dell'individuo. Una volta stabilita una percentuale, la validità residua non è certo la differenza esistente fra il 100% e tale percentuale: tale differenza è ben superiore.

Oltre al danno biologico, si devono a volte riconoscere danni particolari e specifici a carico della persona che ha subito lesioni: un danno estetico, sessuale (a parte quello riproduttivo), i dolori eccezionali, l'eventuale limitazione delle possibilità di svago specifiche dell'individuo.

A volte vi sono altri danni chiamati in causa: essi sono artificiosi, dei doppioni del danno biologico, ovvero non comportano necessariamente che si ricorra a un medico.

Tali danni particolari non sono esaminati nel presente studio, il quale non li menziona.

Il vissuto del leso non è altro che il suo modo personale, che dipende in larga misura dalle caratteristiche proprie della sua personalità, di reagire ad un'aggressione. Se tale vissuto è patologico, esso viene considerato nella valutazione complessiva del danno biologico. Se esso invece non è patologico, né comprovato, né constatabile, né misurabile, esso non viene considerato, per utilizzare altri termini, come "medico" e come tale il professionista incaricato non può fornire a tal riguardo elementi specifici.

Infine, talune percentuali proposte con la presente tabella di riferimento per determinate menomazioni (perdita di un occhio, nefrectomia unilaterale, ecc.) suppongono che si tenga conto di un eventuale deterioramento dell'organo gemello reduce, benché nulla faccia presagire tale evento al momento del consolidamento. Allo stesso modo, non vi è alcuna endoprotesi che abbia una durata di vita illimitata. La legislazione deve pertanto rendere possibile riserve per il futuro o una procedura di aggravamento, come avviene attualmente solo in taluni Stati.

Se è impossibile sottoporre sia l'anatomo-fisiologia umana, sia la resistenza dei materiali agli auspici delle leggi o dei giuristi, deve essere però possibile adeguare i testi legislativi a realtà che sono imprescindibili.

METODOLOGIA DI COSTRUZIONE DELLA TABELLA DI RIFERIMENTO EUROPEA

Il principio di base è che, in tutti gli Stati, sia opportuno che si definisca un identico valore per gli stessi organi, le stesse funzioni, le stesse svalutazioni-tipo per tali funzioni. Questi valori, queste percentuali centrali, rappresentano l'infrastruttura, lo scheletro stesso della tabella di riferimento europea.

Non sarebbe ragionevole voler gerarchizzare il valore degli organi e delle funzioni: si tratterebbe di un procedimento puramente empirico. Per contro, è possibile stabilire una gerarchia dei vari segmenti di un organo e delle svalutazioni di una medesima funzione studiando le loro ripercussioni oggettive sulla vita di tutti i giorni.

L'osservazione ci porta a constatare che il danno aumenta a balzi, non seguendo una logica matematica. Quindi, solo l'osservazione e la misurazione possono conferire un valore ad una tabella di riferimento.

Le percentuali centrali sono state determinate osservando e valutando le conseguenze della lesione al fine di poterle quantificare, sulla base della percentuale individuata, rispetto alle sue ripercussioni sugli atti comuni della vita quotidiana. Questa ricerca dell'incapacità funzionale è un concetto facilmente accessibile agli esperti che non utilizzano ancora il sistema indicizzato, senza che essi mutino l'approccio medico-legale consueto.

Sono stati quindi definiti: il valore delle amputazioni, il valore delle perdite funzionali totali (per esempio, l'anchilosi di un'articolazione) e il valore dei margini corrispondenti a talune perdite funzionali parziali. Le percentuali corrispondenti sono state definite tenendo conto dei valori convenzionalmente attribuiti oggi nei vari Stati, dopo una riflessione che si è basata sul confronto con altre situazioni concernenti postumi di pari livello.

I postumi parziali dovranno essere valutati in funzione del deficit osservato, tenendo conto della percentuale di perdita totale registrata.

Talune lesioni, in particolar modo quelle legate alla sfera sessuale (mastectomia bilaterale, amputazione del pene) sono caratterizzate da percentuali che potrebbero apparire abbastanza elevate. Bisogna però precisare che esse tengono conto del contesto socioculturale europeo da cui la valutazione non potrebbe prescindere.

Abbiamo ritenuto indispensabile fare in modo che venisse mantenuta una coerenza interna verticale in ciascuna delle funzioni studiate, ma anche una coerenza orizzontale mettendo a confronto, per le

percentuali del medesimo livello, le situazioni cliniche e la loro trasposizione nella vita quotidiana, per evitare situazioni di disparità troppo accentuate.

ISTRUZIONI PER L'USO DELLA TABELLA DI RIFERIMENTO EUROPEA

La tabella di riferimento europea non è né un manuale di patologia dei postumi, né un prontuario di valutazione. Essa è stata concepita ad uso esclusivo di periti, medici edotti sui principi della medicina legale e sulle regole d'utilizzo in materia di stato anteriore e d'invalidità multiple.

Non si tratta di una "supertabella", ma di una guida che fornisce le percentuali centrali importanti per i danni a carico di ciascun organo e di ciascuna funzione. Essa è comunque sufficientemente dettagliata per essere utilizzata, in futuro, anche quale tabella di riferimento per l'assicurazione delle persone.

Taluni tipi di postumi (per esempio oftalmologici, otorinolaringoiatrici, stomatologici, ecc.) implicano il ricorso ad uno specialista dell'ambito considerato. Il medico esperto deve trovare nella relazione del suo perito tutti i dati tecnici e tutti gli elementi di riflessione che consentiranno al valutatore di pronunciarsi sull'imputabilità e sulla quantificazione dei danni subiti.

Le percentuali proposte fanno riferimento all'individuo nella sua globalità e non quantificano un deficit rispetto all'integrità, valutata pari allo 0%, di una funzione o di un organo.

Le percentuali fanno riferimento ai postumi considerati singolarmente.

In caso di postumi multipli, la percentuale globale non è per forza data dalla somma delle singole percentuali; il calcolo varia a seconda del fatto che le lesioni riportate siano a carico di una stessa funzione (sinergiche) oppure non lo siano.

La tabella di riferimento oggetto del presente studio non contiene formule pseudomatematiche, ma fa appello al senso clinico, al buon senso e al realismo del medico chiamato a fare una valutazione:

- in caso di lesioni simultanee a vari livelli dello stesso membro o organo, la percentuale globale non è la somma delle singole percentuali, ma la risultante della loro sinergia, in quanto tale percentuale non può superare quella risultante dalla perdita totale del membro o dell'organo;
- se si evidenziano lesioni simultanee sinergiche a carico di arti o organi diversi, dovrà essere valutato il danno globale della funzione;
- in caso di invalidità multiple non sinergiche, la percentuale globale non potrà che essere inferiore alla somma delle percentuali isolate, senza le quali la percentuale massima del 100% sarebbe superata frequentemente, mentre il leso conserva in modo evidente una capacità residua. Occorre quindi confrontare lo stato della vittima a situazioni cliniche tipo, le cui percentuali di danno biologico sono conosciute. Occorre soprattutto, ed è imperativo, spiegare la situazione concreta il cui polimorfismo non può essere ridotto all'astrazione di una percentuale isolata dal suo contesto.

La tabella di riferimento non fornisce importi "pronti all'uso", ma impone un approccio clinico dei postumi e l'analisi delle loro conseguenze obiettive nella vita quotidiana. Questo approccio globale del bilancio delle lesioni riportate impone che si dia una spiegazione dell'origine della percentuale di danno biologico.

Per esempio, non viene proposta una percentuale per la laringectomia: occorre quantificare nel complesso l'impatto di tale evento nella vita quotidiana della dispnea, nonché dell'afonia o della disfonia (la tabella riporta una percentuale corrispondente per ciascuna di tali lesioni riportate).

Nel caso di un'anchilosi post-traumatica del gomito in un individuo amputato della mano omolaterale, la percentuale non sarà, evidentemente, quella che si conferirebbe per la stessa anchilosi ad un soggetto che non ha subito tale amputazione.

Avendo deciso di adottare un orientamento il più possibile funzionale, la tabella di riferimento fornisce, per le amputazioni degli arti inferiori, percentuali corrispondenti ad amputazioni correttamente protesizzate, situazioni che si riscontrano il più di frequente nella pratica. Infatti, fatta eccezione eventualmente per il caso di un'amputazione del piede, il lesso non può camminare né restare in posizione eretta senza protesi. Queste percentuali potranno subire modifiche se le protesi sono poco efficaci o, al contrario, funzionano particolarmente bene.

Allo stesso modo, a parte la funzione considerata, dal momento in cui una protesi, un'ortesi o un qualsivoglia tutore fornito al paziente migliori i disturbi funzionali, la valutazione di questi ultimi si dovrà fare tenendo conto del beneficio arrecato.

Le situazioni non descritte si valutano per analogia con situazioni cliniche descritte e quantificate.

Le situazioni eccezionali e quelle puramente teoriche, diventate impensabili allo stato attuale dei nostri mezzi terapeutici, non sono state deliberatamente prese in considerazione.

La tabella non è altro che una guida, senza alcun carattere imperativo.

Il carattere meramente indicativo deve essere sottolineato quando si tratta di definire una percentuale di danno biologico elevato.

In caso di postumi gravi, si dovrà aver cura di corredare sistematicamente ed imperativamente l'indicazione della percentuale con una motivazione.

PROSPETTIVA

Un osservatorio europeo delle tabelle di riferimento composto, da un lato, dai membri della CEREDOC, garantirà la revisione permanente dello strumento in funzione delle osservazioni, delle critiche fondate, dei problemi di utilizzo e dei metodi di valutazione, nonché dei progressi delle nostre conoscenze nella materia.

La tabella europea sarà, come scriveva fin dal 1987 il compianto Professor Marino BARGAGNA, al quale il gruppo di studio della tabella di riferimento vuole rendere un affettuoso omaggio: *“una specie di esperimento infinito”*.

Prof. Pierre LUCAS (Belgio)
Presidente della CEREDOC
Coordinatore del “Gruppo ROTHLEY” di studio sulla tabella di riferimento europea,

a nome dei componenti
il gruppo di lavoro e dei membri del comitato esecutivo della CEREDOC ¹,
i professori e dottori:

BOROBIA César, Spagna
CANNAVÓ Giovanni, Italia
GUISCAFFRE-AMER Juan, Spagna
HUGUES-BÉJUI Hélène, Francia
SAUCA Carlos, Spagna
STEHMAN Michel, Belgio
STRECK Walter, Germania
VIEIRA Duarte Nuno, Portogallo

¹ Confédération Européenne d'Experts en Evaluation et Réparation du Dommage Corporel
Via Alamanni, 30 - 56010 Ghezzano (PI) - ITALIA - Tel +39.0508756850 - Fax +39.0508756859
info@ceredoc.eu - www.ceredoc.eu