

La presente relazione ottempera all'incarico conferitomi dal signor **XXXX**, nato a **XXXX** il **XXXX**, di effettuare una consulenza medico-legale al fine di accertare il danno biologico da lui subito in seguito e per causa esclusiva di un sinistro stradale.

## DOCUMENTAZIONE SANITARIA ALLEGATA

-) **Cartella clinica n. XXXX del XXXX** contenente, fra l'altro, i seguenti documenti:

- -) **Referto pronto soccorso P.O. XXXX:** ...Codice di Urgenza Giallo... Dati Anamnestici: Trauma piede dx spalla sx e ginocchio sx dovuto ad un incidente con la motocicletta Es. Obiettivo: PAZIENTE VIGILE COLLABORANTE , ORIENTATO, EUPNOICO  
FRATTURA ESPOSTA TIBIOCALCANEARE DX CON PERDITA EMATICA, LIMITAZIONE FUNZIONALE ARTI INFERIORI...Diag. Descrittiva: FRATTURA ESPOSTA TIBIOCALCANEARE DX CON PERDITA EMATICA...Esito: Ricovero in reparto degenza...Giorni Prognosi: 30 S.C. Colore Triage Dimissione: Giallo.
- -) **Visita ortopedica P.O. XXXX:** lussazione esposta mediotarsica con frattura del malleolo interno TT dx e frattura pluriframmentaria scomposta con infossamento del piatto tibiale e del condilo femorale ginocchio sx.  
Lussazione già ridotta in ps ed eseguiti esami tac, si porta il pz in sala operatoria e si procede ad intervento chirurgico di sintesi e stabilizzazione. Si consiglia ricovero in area grigia. Si consiglia proseguire terapia antibiotica con Cefazolina e Targosid + Seleparina 0.6 fl sc 1/die scarico venoso, controlli seriatati della crasi ematica controllo rx grafico della cavaglia e del piede dx+ rx ginocchio sx a stabilizzazione del quadro clinico. Antalgici al bisogno. Il pz riferisce di essere vaccinato per il tetano
- -) **TC DELL' ARTO INFERIORE (con MDC) del XXXX:** Indagine eseguita in regime d'urgenza prima e dopo somministrazione endovenosa di mdc. Regolare opacizzazione dei vasi degli arti inferiori. Frattura del condilo femorale laterale sx. Frattura pluriframmentaria del piatto tibiale laterale di sinistra che interessa la spina intercondiloidea laterale e che si estende caudalmente al III prossimale tibiale. Frattura composta del cuboide del piede destro. Irregolarità del margine anteriore del calcagno destro con presenza di frammento osseo a margini sclerotici (esiti?). Frattura del malleolo tibiale destro.
- -) **Rx arto inferiore sinistro del XXXX:** Controllo per valutazione specialistica di: - frattura del condilo femorale laterale di sinistra fissato con vite metallica;- frattura pluriframmentaria del piatto tibiale laterale di sinistra e del III prossimale tibia fissata con placca e viti metalliche.
- -) **Rx clavicola sin del XXXX:** frattura scomposta del III medio della clavicola di sx
- -) **Lettera di dimissione del XXXX:** Data Ricovero: 21/06/2020  
Data Dimissione: 21/07/2020 N° Cartella:190305-2020002859

Diagnosi Politrauma della strada in pz con lussazione esposta medio tarsale con frattura pluriframmentaria del malleolo interno TT Dx, frattura composta del cuboide dx; frattura pluriframmentaria scomposta piatto tibiale e del terzo prossimale tibia e del condilo femorale esterno ginocchio sx. Frattura scomposta clavicola sx

Anamnesi

Decorso durante il ricovero si é presentato un episodio febbrile risoltosi con adeguata terapia antibiotica. veniva proposto intervento chirurgico di osteosintesi della clavicola sx che il paziente rifiutava in data 27/11/20. durante il ricovero ha eseguito terapia riabilitativa della caviglia dx e del ginocchio sx fuori carico

Interventi Esami ematochimici, TAC encefalo, torace, addome, ecografia ginocchio sx, tac arto inferiore, Procedure urino ed emocultura, rx clavicola sx, visita internistica.

Terapia in urgenza in data 21/06/20 veniva praticato intervento chirurgico di stabilizzazione ginocchio sx con FEA + riduzione della lussazione del piede, revisione della ferita e sutura capsulo-legamentosa caviglia di dx e posizionamento fea articolato alta caviglia e sintesi del malleolo interno con filo di K. In data 08/07/20 intervento chirurgico di rimozione fea e osteosintesi con placca e viti al piatto tibiale + sostituto osseo + vite al condilo femorale. In data 15/7/20 Intervento chirurgico di rimozione FEA articolato e del filo di K alla caviglia dx. Consigli Terapeutici seleparina 0.6 fl se 1/die per 30 gg profilassi anti TVP lucen 20 cm 1/die antalgici al bisogno esegua terapia riabilitativa in regime di ricovero ospedaliero poi il recupero della mobilita di ginocchio sx caviglia dx e del tonotrofismo muscolare, rieducazione funzionale spalla sx divieto di carico a sx.

Controllo ambulatoriale previa prenotazione al CUP il 18/08/20 con richiesta del curante di visita ortopedica e di rx clavicola sx+ ginocchio sx + caviglia e piede dx per eventuale prescrizione del carico al ginocchio s.

**-) RX Ginocchio Sn. RX Gamba Sn. (2p.) RX Piede Dx. RX Tibio-Tarsica Dx. RX Clavicola Sn del XXXX:** Esame eseguito per controllo in pz con esiti di "politrauma, sottoposto ad osteosintesi caviglia dx e ginocchio sn, frattura clavicola sn trattata incuratamente". Al controllo odierno il quadro x-grafico appare sostanzialmente sovrapponibile al precedente controllo del 21/09 u.s.

RX Clavicola Sn. Esiti di frattura scomposta del III medio della clavicola sinistra con monconi ossei in atto diastasi.

RX Ginocchio e Gamba Sn. (2p.) Esiti di frattura pluriframmentaria del piatto tibiale laterale di sinistra e del III prossimale tibia (osteosintetizzata con placca e viti metalliche) e del condilo femorale laterale di sinistra (osteosintetizzata con vite metallica), in fase di consolidamento. Presenza di fori chirurgici al III distale del femore da pregressa rimozione di MDS.

RX Tibio-Tarsica e Piede Dx. Esiti di frattura del malleolo tibiale laterale, in atto consolidata.

**-) Cartella clinica n. XXXX del XXXX contenente fra l'altro i seguenti documenti:**

- DECORSO CLINICO E TRATTAMENTO RIABILITATIVO: Paziente affetto da postumi di frattura caviglia e piede destro sottoposta ad osteosintesi, frattura piatto tibiale e terzo prossimale tibia e condilo femorale esterno a sinistra trattata mediante

osteosintesi, frattura scomposta clavicola sinistra trattata incruentamente. Consulenza ortopedica eseguita presso l'U.O. di Ortopedia del PO di Sciacca, in esito alla quale veniva posta indicazione al carico a sinistra. Durante la degenza il paziente è stato sottoposto a FKT di mobilizzazione attiva assistita, kinetec ginocchio sinistro, elettrostimolazione QF sinistro, meccanoterapia degli arti inferiori al Motomed, rinforzo muscolare tronco-bacino-arti inferiori, esercizi posturali, stimolazioni neurocerebellari per l'equilibrio, esercizi propriocettivi, training dei passaggi di postura e dei trasferimenti, training della stazione eretta e della verticalizzazione, attività alla spalliera, training del passo e della deambulazione con ausili; attività in terapia occupazionale con esercizi bimanuali ed addestramento alle autonomie nelle ADL; valutazione logopedica.

- **CONDIZIONI DEL PAZIENTE ALLA DIMISSIONE** - A fine trattamento riabilitativo il paziente presenta un miglioramento dell'atteggiamento posturale del tronco e degli arti sia in posizione seduta che in stazione eretta; migliorata la motricità attiva agli inferiori, sebbene persista rigidità ai medi gradi di flessione ed agli ultimi gradi di estensione del ginocchio sinistro; migliorati il trofismo e la forza agli arti inferiori; migliorati i passaggi posturali; riesce con doppio appoggio a raggiungere la stazione eretta e a mantenerla; deambulazione possibile per tragitti di media lunghezza con ausilio di due stampelle; migliorata l'autonomia nelle ADL.
- **DIAGNOSI DI DIMISSIONE:** postumi di frattura caviglia e piede destro sottoposta ad osteosintesi, frattura piatto tibiale e terzo prossimale tibia e condilo femorale esterno a sinistra trattata mediante osteosintesi, frattura scomposta clavicola sinistra trattata incruentamente.

-) **Visita ortopedica presso XXXX:** REFERTO politrauma della strada con lussazione esposta medio tarsale con frattura malleolo interno tt dx, frattura composta cuboide dx frattura scomposta piatto tibiale e del terzo prossimale tibia e del condilo femorale esterno ginocchio sx, frattura scomposta clavicola sx. **CONCLUSIONI**  
controllo clinico ed rx grafico, controllo clinico estensione completa, flessione 40°. Deambulazione con girello ascellare continuare ciclo di fkt. Da rivedere fra 30 gg con ricette di visita ortopedica ed rx ginocchio sx caviglia dx e clavicola sx

-) **RX Tibio-Tarsica Dx. RX Gamba Sn. (2p.) RX Ginocchio Sn. RX Clavicola Sn. RX Piede Dx del XXXX:**

RX Clavicola Sn Frattura del III medio della clavicola di sx, con monconi scomposti, senza sostanziali modificazioni rispetto al precedente del 15/07 (P.O. Sciacca), ove si eccettui iniziale lieve apposizione di callo osseo.

RX Ginocchio Sn. RX Gamba Sn. Frattura pluriframmentaria del piatto tibiale laterale di sinistra e del III prossimale tibia, fissata con placca e viti metalliche, in fase di consolidamento, con rime di frattura ancora apprezzabili. Frattura del condilo femorale laterale di sinistra fissato con vite metallica, in fase di consolidamento. MDS proiettivamente in sede.

RX Tibio-Tarsica Dx e RX Piede Dx Presenza di fori chirurgici al III medio-distale di tibia, astragalo e calcagno, da pregressa rimozione di MDS. Frattura del malleolo tibiale laterale

in fase di consolidamento, con segni di progressione del callo osseo rispetto al precedente del 15/07 (P.O. Sciacca).

-) **Visita ortopedica presso XXXX del XXXX:** Si visiona RX ginocchio sx evidenziante buon allineamento dei MDS con mantenimento della composizione... Il pz riferisce algia alla flessione che ancora non esercita in maniera completa... Prosegue protocollo riabilitativo come prescritto con particolare attenzione al recupero della flessione e del potenziamento muscolare. Prossimo controllo fra 3 mesi in data 21/12/20 per nuova rx ginocchio sx visita di controllo ortopedica.

-) **Cartella clinica n. XXXX del XXXX contenente fra l'altro i seguenti documenti:**

- **Lettera dimissione U.O. di Riabilitazione neuromotoria XXXX:** Si dimette in data odierna il Suo paziente, Signor XXXX, nato il XXXX, degente presso la nostra Divisione dal giorno XXXX, con diagnosi di: Postumi di frattura caviglia e piede destro sottoposta ad ostesintesi, frattura piatto tibiale e terzo prossimale tibia e condilo femorale esterno a sinistra trattata mediante osteosintesi, frattura scomposta clavicola sinistra trattata incruentamente... Paziente già noto alla nostra UO, eseguito ciclo riabilitativo omnicomprensivo in seguito ad intervento... In seguito a visita specialista Ortopedica, eseguita il XXXX presso il XXXX, si ricovera in data odierna, su indicazione specialistica e richiesta del medico curante, presso la nostra U.O. di Riabilitazione Neuromotoria per sottoporsi a trattamento riabilitativo omnicomprensivo... **CONDIZIONI DEL PAZIENTE ALLA DIMISSIONE:** - A fine trattamento riabilitativo il paziente presenta un miglioramento dell'atteggiamento posturale del tronco e degli arti sia in posizione seduta che in stazione eretta; migliorata la motricità attiva agli inferiori, sebbene persista rigidità ai medi gradi di flessione; migliorati il trofismo e la forza agli arti inferiori; migliorati i passaggi posturali; riesce ad effettuare deambulazione per tragitti di media lunghezza senza ausili; migliorata l'autonomia nelle ADL.

-) **Rx del Femore, Ginocchio e Gamba - Sinistro del XXXX:** Indagine eseguita per "esiti frattura ginocchio sn". Esiti di frattura pluriframmentaria del piatto tibiale laterale di sinistra e del III prossimale tibia (trattata con mezzi di osteosintesi) e del condilo femorale laterale di sinistra (osteosintetizzata con vite metallica). Capi ossei in buona posizione. Si rinvia a controllo ortopedico per valutazioni specialistiche.

-) **Visita ortopedica del XXXX:** esiti di frattura-lussazione del ginocchio sinistro, altrove trattata chirurgicamente. Usi ginocchiera a 4 punti per LCA, LCP, LCM e LCL. In nota per intervento rimozione mezzi di sintesi.

-) **Visita fisiatrice del XXXX:** STORIA CLINICA A giugno XXXX caduta accidentale con frattura pluriframmentaria piatto tibiale, II prossimale tibia e condilo femorale di sinistra e frattura tibioalcaneare dx. Sottoposto ad intervento di osteosintesi con viti e placche bilateralmente e a successiva fkt intensiva. In atto lamenta instabilità (indossa fascia contenitiva) e dolore a carico del ginocchio sinistro. Lamenta inoltre episodi di cedimento sotto carico. Buona la soggettività della caviglia destra. **ESAME OBIETTIVO** Deambulazione autonoma con zoppia e tendenza al recurvato a sinistra. La caviglia destra si

presenta fresca ed asciutta, con cicatrici chirurgiche sia medialmente che lateralmente. Non dolore alla pressione sui focolai di frattura. Limitazione funzionale in dorsiflessione ai gradi medio-ultimi e in prono-supinazione ai gradi estremi (complessivamente limitazione compresa fra 1/3 ed ¼). In clinostatismo ginocchio sinistro appare atteggiato in sfumato valgismo ed in recurvato. Presenza di cicatrici chirurgiche in ordine. Evidente ipotrofia del quadricipite sinistro. Limitazione funzionale ai gradi medio-ultimi in flessione con stop improvviso di verosimile pertinenza ossea e non da ridotta elasticità muscolo-legamentosa. Jerk test e Lachman test positivi. Test del cassetto anteriore positivo. Test del cassetto posteriore dubbio. Test in varo-valgo positivi. Non evidenti segni di meniscopatia.

Si prescrive: -) considerata l'ipotrofia del muscolo quadricipite, l'imminente intervento di rimozione dei mezzi di sintesi e l'instabilità articolare di ginocchio si raccomanda di intraprendere un programma intensivo di terapia riabilitativa al fine di aumentare per quanto possibile la stabilità articolare; -) indossare sempre la ginocchiera contenitiva; -) utilizzare una stampella se deve percorrere lunghi tratti a piedi.

**-) Relazione dimissione Cartella Day Service n. XXXX del XXXX:** Al Medico curante Dott. XXXX Il Sig. XXXX è stato ricoverato presso questa Casa di Cura nel reparto di ORTOPEDIA nei seguenti giorni: XXXX...Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore  
**DIAGNOSI FINALE INTOLLERANZA MEZZI DI SINTESI TIBIA SIN**  
**TRATTAMENTO ESEGUITO** Rimozione mezzi di sintesi tibia sx.

**-) Prescrizione fisioterapia del XXXX:** esiti intervento ginocchio sinistro...Pr7

**-) Prescrizione del XXXX:** gonalgia sin in esiti frattura piatto tibiale e condropatia femoro-rotulea. Si prescrive Artavis bustine, 1 al giorno per 60 giorni.

**-) Visita ortopedica del XXXX:** severa lassità articolare del ginocchio sinistro in esiti a frattura-lussazione, altrove trattata. Esegua R.M.N. al ginocchio sinistro.

**-) Lettera dimissione XXXX del XXXX: VALUTAZIONE FISIATRICA FINALE :**  
**visitato in data XXXX**

**-alterazioni posturali: Sul piano sagittale: -----**

Sul piano frontale:-----

**-esame muscolare (scala M.R.C.):** deficit attivatori caviglia destra e ginocchio sinistro (3+/5)

0=nessuna contrazione / 1=contrazione visibile ma senza movimento / 2=movimento senza gravità / 3= movimento contro gravità ma non contro resistenza/4= forza diminuita contro resistenza / 5= forza normale

**-qualità del dolore:**(Acuto / Sordo / Crampiforme / Pulsante / Lancinante /etc.etc.): sordo

**-topografia del dolore:** ginocchio sinistro, caviglia destra

**-altri segni/sintomi:** Jerk test e Lachman test positivi. Test del cassetto anteriore positivo. Test del cassetto posteriore dubbio. Test in varo-valgo positivi ginocchio sin

**-limitazioni articolari:** caviglia destra con litazione compresa fra 1/3 ed ¼. Ginocchio sinistro limitazione funzionale ai gradi medio-ultimi in flessione con stop improvviso di verosimile pertinenza ossea e non da ridotta elasticità muscolo-legamentosa. (gradi iniziali/iniziali-medi/medi/medio-ultimi/ultimi)

**-miglioramenti ottenuti:** mediocri

- **deambulazione:** impossibile- con girello – due stampelle - una stampella - un bastone - senza ausili (ma...:claudicante -falcicante- steppante - “a piccoli passi”- atassica )- normale: zoppia a sin

**-grado di disabilità:**

Scala analogico-visiva (0/10 = indep.→dip.)

INIZIO 7/10 FINE 5/10

Scala Rivermead (0→15 =dip.→indep.)

INIZIO 8/15 FINE 10/15

-) **RMN GINOCCHIO SN del XXXX:** Sintesi tibiale e femorale in esiti fratturativi. Artrosi femoro-tibiale, più severa al comparto laterale ove si osserva condropatia di IV grado e sfumato edema subcondrale. Lesione completa cronica del legamento crociato anteriore. Lesione complessa del menisco laterale. Regolari i legamenti collaterali, il crociato posteriore e il menisco mediale. Rotula in asse con condropatia di III grado. Modico versamento articolare.

-) **Visita ortopedica del XXXX:** esiti di frattura-lussazione del ginocchio sinistro, altrove trattata chirurgicamente, con residua severa lassità articolare. Necessita ricovero per intervento chirurgico al ginocchio sinistro.

-) **Cartella clinica n. XXXX Casa di cura XXXX del XXXXcontente, fra l'altro, i seguenti documenti:**

-) **Cartella Clinica XXXX:** reparto ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA ricovero XXXX dimissione XXXX giorni degenza 2

Diagnosi ingresso: ESITI DI FRATTURA /LUSSAZIONE GINOCCHIO SINISTRO

Interventi: RICOSTRUZIONE LCA GIN SX

Diagnosi uscita: Lesione LCA, degenerazione meniscale laterale con lesione del corno anteriore, condropatia di II grado femoro-tibiale mediale e laterale, condropatia di III grado della rotula in sogg con esiti di frattura piatto tibiale ginocchio sx.

Rapporto operatorio del XXXX: DIAGNOSI FINALE LESIONE INVETERATA DEL LEGAMENTO CROCIATO ANTERIORE ALTERAZIONE DELLA CARTILAGINE ARTICOLARE, ALTRE SEDI SPECIFICATE LESIONE NON SPECIFICATA DEL MENISCO ESTERNO

DENOMINAZIONE DELLE PROCEDURE ESEGUITE: RICOSTRUZIONE LCA GIN SX ARTROSCOPIA DEL GINOCCHIO

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO: RICOSTRUZIONE LCA CON TT. GRACILE E SEMITENDINOSO GIN SX Preparazione C.O. arto inferiore sx , fascia ischemizzante. Incisione chirurgica in regione di zampa d'oca, divaricate cute e sottocute si isolano e si prelevano i tendini semitendinoso e gracile che vengono duplicati e preparati per il neoimpianto. Per via artroscopica, previo accessi anteriori, si ispeziona la cavità articolare e si evidenzia: assenza del LCA, il crociato posteriore appare assottigliato ma in tensione e valido, degenerazione meniscale laterale con lesione del corno anteriore, condropatia di II grado femoro-tibiale mediale e laterale, condropatia di III grado della rotula. Si esegue per via anteromediale anatomica l'half tunnel femorale e per via anteriore il tunnel tibiale. Si introduce il neoLCA (diametro 9 mm), fissazione prossimale con sistema in sospensione ( ProCinch RT Stryker ), fissazione distale con vite interferenziale riassorbibile ( 11x35 mm Biosteon striker). Si saggia la buona stabilità del neoimpianto con negativizzazione dei tests di lassità. Emostasi, lavaggio articolare, drenaggio, sutura, medicazione, tutore.

-) **RELAZIONE DI DIMISSIONE XXXX Cartella Clinica N. XXXX** postumi intervento chirurgico ; vite femorale in situ e reperi ricostruzione legamentosa in sovracondiloidea femorale esterna in situ.

INTERVENTI: 23/01/23 RICOSTRUZIONE LCA GIN SX ARTROSCOPIA DEL GINOCCHIO

TERAPIA DOMICILIARE PR: Levofloxacina 500 mg : una cps al giorno per sette giorni PR: Ghemaxan 4000 U fl sc: una fl al giorno per quattro settimane (TERAPIA IN CONVENZIONE) PR: Efferalgan 1000: una cps due volte al giorno per 5 gg Borsa di ghiaccio in loco. Mantega l'arto in scarico per i primi giorni. Tutore e deambulazione con stampelle. FKT (PR 7) PROGNOSE : giorni 45 s.c. Prossimo controllo in Casa di Cura in data 31.01.23 (confermare telefonicamente)

PROGNOSE giorni 45 s.c.

-) **Visita ortopedica del XXXX:** esiti di frattura lussazione del ginocchio sinistro (altrove trattata) in sogg. sottoposto a ricostruzione del LCA. Esegua Rmn al ginocchio sin.

## STORIA CLINICA

In data XXXX circa il signor XXXX si trovava alla guida di uno scooter in via XXXX in XXXX, nei pressi XXXX, quando incappava con la ruota anteriore in una buca non visibile e non segnalata, perdendo il controllo del mezzo e rovinando a terra.

Il ferito veniva condotto a mezzo 118 presso il PS del PO XXXX e trasferito presso l'U.O. di Ortopedia e Traumatologia del medesimo nosocomio ove, nella medesima giornata, veniva sottoposto in urgenza ad intervento di stabilizzazione del ginocchio sinistro con FEA + riduzione della lussazione del piede, revisione della ferita e sutura capsulo-legamentosa della caviglia di dx, posizionamento FEA articolato alla caviglia e sintesi del malleolo interno con filo di K. In data XXXX veniva proposto intervento chirurgico di osteosintesi della clavicola sn, che il paziente rifiutava. In data XXXX intervento chirurgico di rimozione FEA e osteosintesi con placca e viti al piatto tibiale + sostituto osseo + vite al condilo femorale. In data XXXX intervento chirurgico di rimozione FEA articolato e del filo di K alla caviglia dx. Nella medesima giornata veniva effettuata consulenza neuroriabilitativa, in esito alla quale veniva posta indicazione al trattamento neuromotorio. In data XXXX il paziente veniva dimesso dall'U.O. di Ortopedia e Traumatologia del PO di XXXX; pertanto, su indicazione specialistica e richiesta del medico curante, si ricoverava presso l'U.O. di Riabilitazione Neuromotoria XXXX per essere sottoposto a trattamento riabilitativo omnicomprensivo. Nei mesi successivi il paziente si sottoponeva a visite specialistiche ed accertamenti strumentali e, in data XXXX veniva nuovamente ricoverato presso l'Istituto Maugeri di Ribera per un ulteriore ciclo intensivo di fisioterapia in regime di ricovero. Sottoposto ad ulteriori accertamenti strumentali e clinici nei mesi successivi, in data XXXX il signor XXXX veniva sottoposto a visita fisiatrica e programmato ciclo di fisioterapia ambulatoriale. In data XXXX venivano rimossi i mezzi di sintesi alla tibia sinistra. Dal XXXX al XXXX il paziente veniva sottoposto a ciclo di fisioterapia ambulatoriale. Una RM ginocchio sinistro del XXXX evidenziava "Artrosi femoro-tibiale, più severa al comparto laterale ove si osserva condropatia di IV grado e sfumato edema subcondrale. Lesione completa cronica del legamento crociato anteriore. Lesione complessa del menisco laterale. Regolari i legamenti collaterali, il crociato posteriore e il menisco

mediale. Rotula in asse con condropatia di III grado”. A causa dell’instabilità del ginocchio sinistro in data **XXXX** veniva effettuato intervento di ricostruzione del LCA.

In atto lamenta difficoltà nella deambulazione, algia caviglia destra, ginocchio sinistro (associata a sensazione di instabilità) e clavicola sinistra, danno estetico. Riferisce che a causa della sintomatologia ha dovuto interrompere l’attività professionale di barista.

## **ESAME OBIETTIVO**

Soggetto in buone condizioni fisiche generali, ben orientato nel tempo e nello spazio, collaborante. Stazione eretta mantenuta autonomamente.

Deambulazione autonoma con andatura claudicante, incompleta flessione dell’arto inferiore sinistro e compenso con oscillazione del tronco.

Indossa tutore di sostegno al ginocchio sinistro.

La caviglia destra si presenta fresca ed asciutta, con cicatrici chirurgiche sia medialmente che lateralmente. Non dolore alla pressione sui focolai di frattura. Lieve aumento della mobilità su tutti i piani dello spazio con ridotta stabilità.

In clinostatismo il ginocchio sinistro appare atteggiato in valgismo ed in recurvato. Presenza di cicatrici chirurgiche in ordine. Evidente ipotrofia del quadricipite sinistro (al terzo medio-proximale minus in circonferenza paria a 2 cm rispetto al controlaterale). Limitazione funzionale ai gradi medio-ultimi in flessione con stop improvviso di verosimile pertinenza ossea e non da ridotta elasticità muscolo-legamentosa. Test in varo-valgo positivi (+++ in valgo stress). Durante la mobilizzazione si avvertono chiarissimi scrosci dell’articolazione femoro-rotulea, come da grave condropatia. Evidente ipostenia quadricipite sinistro, pari a 3+/5 sulla scala MRC.

A livello della clavicola sinistra si apprezza grave deformità del profilo osseo medialmente e caudalmente alla quale si evidenziano piccole aree cicatriziali ipocromiche.

A livello del terzo medio della tibia destra si apprezzano due piccole cicatrici rotondeggianti di circa 1 cm, ipocromiche con orletto ipercromico, evidenti anche ad una visione generale. Cicatrice di analoga forma e dimensioni si apprezza a carico del calcagno destro, discromica, evidente ad una visione prossima ed attenta.

A livello del malleolo esterno della caviglia destra si apprezza cicatrice grossolanamente rettilinea, longitudinale, lunga circa 10 cm, con presenza perpendicolarmente di cicatrici da punti di sutura, discromica, larga circa 2 cm, ben evidente anche ad una visione generale.

A livello del malleolo interno destro si apprezza cicatrice lunga complessivamente circa 4 cm e larga 2 discromica, ben visibile anche ad una visione generale.

A livello della gamba sinistra si apprezza grossa cicatrice di forma grossolanamente spiroidea, lunga circa 28 cm e larga in media 1 cm, che parte dal condilo femorale laterale che giunge fino al terzo distale di tibia, ipocromica, molto evidente anche ad una visione generale.

A livello della regione laterale della coscia sinistra, della regione mediale centrale e mediale distale si apprezzano complessivamente sei piccole cicatrici rotondeggianti di circa 1 cm, discromiche, evidenti anche ad una visione generale.

A livello della regione sottorotulea del ginocchio sinistro si apprezza cicatrice rettilinea di circa 5 cm, discromica, evidente anche ad una visione generale.

A livello dell’avambraccio sinistro si apprezzano diverse aree cicatriziali ipocromiche, visibili ad una visione prossima.

## **DIAGNOSI**

LUSSAZIONE ESPOSTA MEDIOTARSICA DESTRA

FRATTURA DEL MALLEOLO INTERNO TIBIO-TARSICA DESTRA

FRATTURA COMPOSTA DEL CUBOIDE DEL PIEDE DESTRO

FRATTURA PLURIFRAMMENTARIA SCOMPOSTA CON INFOSSAMENTO DEL PIATTO TIBIALE SINISTRO

FRATTURA DEL CONDILO FEMORALE GINOCCHIO SINISTRO

FRATTURA SCOMPOSTA CLAVICOLA SINISTRA

DANNO ESTETICO

## **CONSIDERAZIONI CLINICHE**

### **Istabilità post traumatica di caviglia e ginocchio**

Si parla di “instabilità articolare” quando la capacità contenitiva dei legamenti e della capsula (costituita da un manicotto fibroso che avvolge e protegge l’ambiente interno delle articolazioni) di una o più articolazioni non è più fisiologica e dà origine ad una condizione di eccessiva mobilità dei capi articolari. Gli effetti della patologia articolare per instabilità sono sempre la conseguenza di un problema preesistente. Si divide in due forme principali: la prima categoria racchiude le forme “congenite”, mentre la seconda riguarda le forme “acquisite”.

Le forme acquisite, come quella in oggetto, sono quasi sempre la conseguenza di un trauma che ha modificato il coefficiente di stabilità dei capi articolari, come succede nelle distrazioni dei legamenti o, ancor peggio, nelle loro rotture parziali o totali, o nel caso di lussazioni, in cui i capi articolari hanno perso totalmente la loro congruenza. Sono questi i casi in cui è fortemente consigliata la chirurgia, necessaria per ripristinare le corrette condizioni di stabilità e contenzione delle articolazioni.

L’ipermobilità funzionale espone le articolazioni ad un maggiore rischio di traumi e porta ad un processo artrosico precoce.

### **Artrosi post traumatica**

L’artrosi post-traumatica è legata ad una causa locale che abbia creato un danno non riparabile o alterato il normale funzionamento di una articolazione. Si sviluppa dopo una lesione dell’articolazione quando l’osso e/o la cartilagine non guariscono perfettamente. Se la lesione ha determinato un anomalo orientamento delle superfici articolari o la superficie articolare stessa non rimane più perfettamente liscia, le superfici dell’articolazione andranno incontro ad una usura precoce. A livello delle articolazioni del ginocchio, del retro piede e della caviglia si possono riscontrare spesso dei quadri clinici degenerativi molto invalidanti,

con grave limitazione funzionale che si ripercuote sulla vita sociale, lavorativa e sportiva. Un' altissima percentuale di fratture di piatto tibiale, di condili femorali, dei malleoli, fratture del pilone tibiale, fratture di astragalo o calcagno e lussazioni, provocano un danno artrosico grave dell'articolazione del ginocchio e di quelle tibiotarsica e sottoastragalica. In queste articolazioni la degenerazione artrosica è facilmente inquadrabile sia con esami radiografici standard che con uno studio TAC o RM. Come tutte le forme di artrosi l'interessamento articolare è caratterizzato da una usura precoce delle cartilagini; l'usura della cartilagine comporta un notevole aumento dell'attrito nel movimento articolare con conseguente ulteriore usura e progressiva comparsa di una condizione infiammatoria cronica che interessa tutta la regione provocando dolore e limitazione del movimento. Si tratta pertanto di una condizione lentamente ma inevitabilmente peggiorativa. I sintomi sono rappresentati essenzialmente da dolore e progressiva perdita del movimento articolare. Il dolore è presente generalmente al carico ed alla stazione eretta prolungata e si riduce con il riposo. Il movimento delle articolazioni lese si riduce progressivamente fino in qualche caso a scomparire del tutto.

### **Danno estetico**

Definito come “ un pregiudizio della fisionomia e della bella presenza della persona in condizioni statiche e dinamiche che compromette le caratteristiche mimiche e gestuali”, il danno estetico, in una concezione attuale, merita una attenzione particolare ed una collocazione di primo piano nella sfera della valutazione del danno alla persona.

A prescindere dall'eventuale associazione con altre lesioni, il danno estetico si estrinseca spesso nella presenza di cicatrici (tessuto fibroso che si forma per riparare una lesione patologica o traumatica) il cui effetto sull'aspetto del leso dipende dalla sede (le aree che hanno maggiore valenza estetica sono il volto, il collo e le aree di attrazione sessuale), forma (le cicatrici lineari sono generalmente le meno visibili), dimensioni, colore (occorre comparare con attenzione la zona cicatriziale con i tessuti circostanti), rilievo o depressione rispetto alle superfici circostanti, aderenza rispetto ai piani sottostanti, presenza di corpi estranei nel contesto cicatriziale, visibilità (sia in condizioni statiche che dinamiche). *In altri casi, più gravi, il danno estetico è rappresentato da alterazioni anatomiche o funzionali che modificano in senso peggiorativo l'aspetto del soggetto incidendo negativamente oltre che sull'anatomia anche sulla funzionalità di intere parti del corpo.* È questo proprio il caso della zoppia che affligge il periziato.

Occorre quindi valutare con attenzione sia le variazioni della fisionomia, concetto statico riferibile alla semplice presenza di un' imperfezione più o meno evidente che può anche compromettere i tratti somatici dell'individuo, sia le alterazioni fisiognomiche, concetto dinamico-relazionale del danno estetico che trova applicazione quando la lesione non interessa i tratti somatici sic et simpliciter ma ne altera l'espressione e l'armonia e soprattutto la loro funzione estetica con compromissione della vita di relazione.

## CONSIDERAZIONI MEDICO-LEGALI

Per quanto concerne l'attività medico-legale che si basa in primo luogo sull'interpretazione del nesso causale intercorrente fra un antecedente episodio di rilievo giuridico e la verifica del quadro clinico-patologico susseguente, si può affermare che nel caso in esame *vi è compatibilità fra gli eventi riferiti con le modalità prima indicate e il quadro patologico riscontrato, che quindi può imputarsi alla vis lesiva del sinistro.*

### Nesso di causalità

Per la medicina legale classica i criteri da tenere presenti nella ricerca del nesso di causalità sono cinque:

- Il criterio cronologico, fondato sul presupposto che l'antecedente debba sempre precedere l'evento dannoso o pericoloso, consiste nel verificare se l'intervallo di tempo trascorso tra i due sia sufficiente per ammettere un nesso temporale. In questo caso il criterio cronologico è soddisfatto dal breve intervallo trascorso fra il sinistro ed il trasporto dell'infortunato presso il pronto soccorso dell'Ospedale di **XXXX**.
- Il criterio topografico riguarda la corrispondenza tra la sede di applicazione dell'azione lesiva e la sede di manifestazione della malattia. Il trauma diretto subito da entrambi gli arti inferiori e dalla spalla sinistra giustifica le lesioni riscontrate.
- Il criterio della continuità fenomenica esprime la successione ininterrotta dai sintomi seguiti all'azione lesiva a quelli propri della malattia in esame (sindrome a ponte). Tale criterio è soddisfatto dalla documentazione clinica e strumentale allegata.
- Il criterio di idoneità lesiva studia le caratteristiche qualitative e quantitative degli antecedenti e quelle relative alla modalità lesiva degli stessi (causa aequat effectum). L'idoneità lesiva è indubbia, considerata la delicatezza delle strutture lese e la violenza degli urti subiti, secondari ad una caduta con lo scooter a causa di un'irregolarità del manto stradale.
- Il criterio di esclusione, tenendo conto di tutti gli antecedenti causali o concausali (preesistenti o simultanei o sopravvenuti) e del dato circostanziale, consiste nel rendere irrilevante ogni altro fattore eziologico che abbia interrotto il nesso causale, salvo il caso in cui non sia stato da solo sufficiente a produrre l'evento lesivo (causa unica sopravvenuta). Nel caso in oggetto non sono presenti antecedenti o concause evidenti.

### Legge 27/2012

L'art. 32, comma 3<sup>ter</sup> della Legge riguardante il risarcimento del danno biologico per lesioni di lievi entità (n. 27 del 24.03.2012) ha modificato direttamente il testo dell'art. 139: «Al comma 2 dell'articolo 139 del codice delle assicurazioni private di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, è aggiunto, in fine, il seguente periodo: In ogni caso, le lesioni di lieve entità, che non siano suscettibili di *accertamento clinico strumentale obiettivo*, non potranno dar luogo a risarcimento per danno biologico permanente».

L'art. 32, comma 3<sup>quater</sup> della stessa legge, invece, così dispone: «Il danno alla persona per lesioni di lieve entità di cui all'articolo 139 del codice delle assicurazioni private, di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, è risarcito solo a seguito di riscontro medico legale da cui risulti *visivamente o strumentalmente* accertata l'esistenza della lesione».

Non è stata tuttavia modificata la definizione di danno biologico, né pare che si sia inteso modificare la criteriologia medico legale, essendo immutati i barèmes del d.P.R. 2003.

L'interpretazione letterale del termine "visivamente" rapportato esclusivamente all'apprezzamento visivo da parte del medico legale, porterebbe ad escludere tutte le lesioni non obiettivabili se non con la sola vista, ma occorre considerare che sono molti i quadri clinici esitali non accertabili solo "visivamente" (lussazione di spalla autoridotta, disturbo post traumatico da stress, esiti dolorosi di contusioni, patologie psichiche). Per tale ragione il termine "visivamente" è stato spesso interpretato sostanzialmente come «accertamento a seguito di visita medica, intendendo l'ispezione, l'esame e controllo dello stato di un soggetto, utilizzando tutti i criteri stabiliti dalla semeiotica clinica (non solo, quindi, l'ispezione visiva, ma anche la palpazione, la percussione, l'auscultazione ed ogni altro esame compatibile con gli accertamenti semeiotici).

Appare quindi più razionale, per il medico che si trova a valutare un caso clinico in qualità di consulente medico-legale, che la lesione debba essere documentata da elementi che, a giudizio medico legale, possano essere considerati oggettivi con criterio della evidenza scientifica, dando quindi alla parola "visivamente" un significato un po' più ampio, quello cioè di evidenza concreta, supportata da riscontri reali relativi a tutti i dati di rilievo medico-legale. Di certo non appare ammissibile desumere tale prova solo sulla base di mera sintomatologia soggettiva, ma occorre verificare obiettivamente e rigidamente tutti i quadri clinici non lasciando spazio a facili narrazioni e/o simulazioni.

Non pare però neanche plausibile, per converso, che situazioni strumentalmente non accertabili debbano meccanicamente costituire assenza di danno biologico, perché in tal modo si renderebbero non risarcibili casi in cui fossero presenti danni non rilevabili strumentalmente. Peraltro lo stesso legislatore, in nessuno degli articoli modificati, ha posto la prova strumentale come *unica* prova plausibile del danno, indicando nel comma 3ter "*l'accertamento clinico strumentale obiettivo*" ed utilizzando nel comma 3quater gli avverbi "*visivamente o strumentalmente*".

Per le ragioni sopra espresse, in casi in cui sia sostanzialmente impossibile valutare strumentalmente una lesione o tali accertamenti strumentali siano considerati non fondamentali rispetto all'evidenza clinica certificata da chi ha preso in carico il paziente nell'immediatezza del sinistro, appare obbligo del medico-legale, in caso di chiara congruenza clinica dei dati riscontrati in sede di visita, porre in evidenza al Sig.Giudice l'esistenza di quadri clinici esitali costituenti danno biologico risarcibile.

**Nel caso in oggetto** i criteri relativi alla legge 27/2012 sono soddisfatti dagli accertamenti strumentali e dalle valutazioni cliniche allegati agli atti.

### **Valutazione riassuntiva del caso e riduzione della capacità lavorativa**

Nel caso in oggetto il signor **XXXX** ha subito un politrauma, particolarmente grave agli arti inferiori con gravi lesioni alla caviglia ed al piede destro (lussazione esposta mediotarsica destra, frattura del malleolo interno tibio-tarsica destra, frattura composta del cuboide del piede destro) ed al ginocchio sinistro (frattura pluriframmentaria scomposta con infossamento del piatto tibiale sinistro e frattura del condilo femorale ginocchio sinistro).

A queste si aggiunge la frattura mal consolidata della clavicola sinistra e un evidente danno estetico.

Per le fratture agli arti inferiori il paziente è stato sottoposto a diversi interventi chirurgici. Ne è esitato comunque un grave danno anatomico e funzionale, con zoppia ed alterazione della distribuzione dei carichi prossimalmente e distalmente.

Le ricadute sulle AVQ del periziato sono chiare ed immediate. Considerata l'età del signor **XXXX** il danno influenza in modo negativo la sua vita di relazione, con difficoltà ad eseguire movimenti semplici (come il semplice accosciamento), gravi limitazioni nella vita di relazione (si pensi solo a titolo d'esempio all'impossibilità di praticare sport o anche solo fare una lunga passeggiata) e nella vita professionale, considerato che il periziato svolgeva la professione di barista.

In tal senso si ricorda a chi scrive che il compito principale di questa figura professionale consiste nel preparare e servire caffè, bevande e altri prodotti di caffetteria. Fra le sue mansioni rientrano, inoltre, il mantenimento della pulizia degli ambienti, in modo particolare del banco bar, e la gestione delle ordinarie attività di inventario dei prodotti, di organizzazione del magazzino, di rifornimento delle materie prime al termine della giornata lavorativa e di ordini presso i vari fornitori. In tal senso la movimentazione di carichi è molto frequente ed è parte integrante di tale professione. Durante tutto l'orario lavorativo il barista deve mantenere la stazione eretta.

*Per le ragioni prima evidenziate si ritiene che, nel caso in oggetto, la capacità lavorativa specifica e semi-specifica sia ridotta in maniera almeno moderata.*

### **Valutazione medico-legale del danno estetico**

Per quanto riguarda la *quantificazione medico-legale del danno estetico* occorre evidenziare come questo costituisca senz'altro l'estrinsecazione del danno alla persona meno suscettibile all'interno di schemi precodificati, attesa la mutevolezza delle modifiche dei tratti fisionomici che possono intervenire in conseguenza del verificarsi di un evento lesivo. Ciò comporta, in sede risarcitoria, la doverosa considerazione di parametri variabili che tengano in considerazione sia i caratteri somatici del soggetto leso (condizioni estetiche antecedenti, sesso, età), sia le singolarità espressive, coinvolgendo anche considerazioni di tipo psicologico e relazionale (famiglia, lavoro, rapporti sociali, condizioni culturali).

Il danno estetico può assumere contorni lievi, o comunque moderati, e contorni molto più rilevanti.

Per questo, il primo discrimine da compiere è comprendere e far propria la scala di valutazione cui far fede, se da inserirsi all'interno delle tabelle per le lesioni "micropermanenti", o se all'interno delle tabelle per lesioni "macropermanenti".

Per semplicità verrà fatto riferimento solo alle lesioni relative agli arti, di interesse specifico nel caso in oggetto.

Le lesioni micropermanenti sono le lesioni alla persona che comportano un'invalidità biologica permanente fino a nove punti percentuali; il Codice delle Assicurazioni statuisce che tali pregiudizi vadano liquidati sulla base di una tabella uniforme in tutta Italia.

All'interno di tali lesioni si innesta il pregiudizio estetico lieve, quantificato fino al 5% di danno biologico, laddove la modificazione dei tratti dell'individuo viene limitata ad esiti rilevabili ad un'osservazione generica, ma che non modificano in modo sostanziale l'espressività della persona infortunata.

Si parla, per quanto concerne gli arti, di cicatrici lineari anche di grandi dimensioni.

Il pregiudizio estetico viene giudicato da lieve a moderato, e quantificato fra il 6 ed il 9%, in caso di estese aree cicatriziali agli arti.

Le lesioni rientrano fra le “macropermanenti” nel caso in cui il pregiudizio estetico complessivo sia da moderato a grave, con quantificazione del danno biologico compresa fra il 10 ed il 20%. In questi parametri rientrano, per quanto riguarda gli arti, i dismorfismi particolarmente gravi ed estesi.

Nel caso in oggetto trattasi di danno estetico caratterizzato da grave dimorfismo all'arto inferiore destro, quindi chiaramente inquadabile nell'ambito delle lesioni macropermanenti.

Nel caso in oggetto il pregiudizio estetico, fonte di giudizio negativo in chi osserva, è decisamente rilevante, considerato che il danno puramente anatomico è celabile solo indossando pantaloni e scarpe chiuse ed il danno funzionale (zoppia) è evidente anche in queste condizioni.

Per la quantificazione del danno estetico di fondamentale importanza è poi il fattore età in rapporto al danno estetico considerato.

Non è infatti pensabile di sottoporre la nostra attenzione al puro aspetto statico dell'esito cicatriziale cutaneo che in questo modo verrebbe considerato con analoga espressività ed analoga ricaduta a prescindere dall'età.

È invece proprio l'espressività e la concreta valenza dinamico-relazionale dell'esito cicatriziale che trova ragione d'essere nell'età del soggetto.

In tal senso Ronchi e Vergari (Il danno estetico: Valutazione Medico-legale) ritengono necessario dare maggiore valore a quelle età nelle quali si manifesta in pieno proprio tale espressività dinamico-relazionale, rispetto a quelle in cui oggettivamente tale espressività risulta più contenuta o comunque sicuramente inferiore. È pertanto corretto individuare secondo gli autori cinque fasce di età. La prima decorrente fino ai 14 anni (considerata età della pubertà), la seconda dai 15 anni ai 30 anni che va dall'adolescenza (che può orientativamente definirsi conclusa verso i 18 anni) alla piena giovinezza, la terza dai 31 anni ai 50 anni, età della maggiore maturazione e la quarta dai 51 anni a 65 anni, e poi dai 65 in poi.

Si applica questa criteriologia, perché si ritiene che fino alla pubertà (ovvero fino ai 14 anni) la coscienza dell'esito cicatriziale e delle sue ricadute anche dinamico-relazionali sia più contenuta e decisamente minore rispetto all'età adolescenziale che trova il pieno sviluppo poi nella giovinezza ed in una fascia di età dai 15 ai 30 anni in cui si pongono solitamente le basi anche per i rapporti interpersonali connessi alla sfera intima e sessuale del soggetto, ed è proprio questa fascia quella meritevole di un coefficiente di maggiorazione superiore.

## **SPESE MEDICHE**

Le spese mediche sostenute successivamente al sinistro, relative ad acquisto di farmaci, visite specialistiche, accertamenti, fisioterapia, pagamento ticket sanitari, ritiro cartelle cliniche ammontano ad euro **XXXX** e sono state congrue e necessarie.

## DURATA DELL'INVALIDITA' TEMPORANEA

A seguito del sinistro in oggetto, considerata l'entità traumatologica iniziale, le lesioni riportate, la documentazione agli atti e di quanto la pratica clinica insegna, si considera adeguato il seguente periodo di inabilità:

**Inabilità temporanea totale : 131 (centotrentuno)**

**Inabilità temporanea biologica parziale al 75% : 60 (sessanta)**

**Inabilità temporanea biologica parziale al 50% : 60 (sessanta)**

**Inabilità temporanea biologica parziale al 25% : 60 (sessanta)**

I giorni di ITT sono stati calcolati solo sulla scorta dei giorni di ricovero, che comprendono anche un lungo periodo di riabilitazione. La gravità delle ferite, il periodo di utilizzo di ausili per la deambulazione ed i lunghi tempi della riabilitazione ambulatoriale giustificano la quantificazione della ITP a scalare.

## QUANTIFICAZIONE DEL DANNO

Presa visione delle tabelle valutative, considerato il quadro clinico stabilizzato e la plausibilità sintomatologica, oltre che la loro congruenza con il trauma in oggetto, si ritiene di valutare come segue il danno biologico.

- Per la gli esiti di **lussazione della caviglia destra**, vista la tabella “esiti dolorosi di lesioni anatomiche articolari documentate, in assenza di deficit della escursione articolare”, che assegna un punteggio fino al 3%, considerato che la caviglia è una struttura costantemente sollecitata ed alterazioni di una delle sua componenti possono determinare significativi deficit funzionali ed algie, considerata anche la presenza di lieve lassità articolare, si ritiene congrua una quantificazione del danno biologico al massimo tabellare, nella misura del **3% (tre percento)**.
- Per la **frattura composta del cuboide destro**, vista la tabella “Esiti dolorosi di frattura dello scafoide tarsale o del cuboide o di un cuneiforme, con sfumate ripercussioni funzionali” che assegna un punteggio compreso fra lo 0 ed il 4%, considerato che nel caso in oggetto le ripercussioni legate alla frattura sono moderate, pare congrua una quantificazione del danno nella misura del **2% (due percento)**.
- Per la **frattura del condilo femorale sinistro, del piatto tibiale e del malleolo interno** vista per analogia la tabella “Esiti dolorosi di frattura diafisaria di femore o di tibia ben consolidata, con persistenza di mezzi di sintesi, ma in assenza o con sfumata ripercussione funzionale” che assegna un punteggio compreso fra il 5 ed il 7%, considerato che i mezzi di sintesi non sono in sede, ma anche che la frattura diafisaria di quelle in oggetto è meno grave in quanto non danneggia la superficie articolare dell'osso, considerato anche che i focolai fratturativi sono diversi, appare congrua una valutazione complessiva pari all' **8% (otto percento)**.
- per la **lassità articolare del ginocchio sinistro** vista la tabella “Lassità articolare da lieve a media conseguente a lesioni legamentose parziali o in esiti di interventi di ricostruzione di un legamento”, che assegna un punteggio compreso fra il 2 ed il 7%, considerata l'evidenza clinica di minor congruenza articolare del ginocchio sinistro rispetto al controlaterale, appare congrua una valutazione percentuale del danno nella misura del **5% (cinque percento)**.

- Per la **frattura della clavicola di sinistra**, vista la tabella “Esiti attendibilmente dolorosi di frattura di clavicola consolidata con callo deforme e/o sovrapposizione dei monconi senza significativa limitazione articolare” che assegna una percentuale di danno compresa fra il 2 ed il 5%, visto l’evidente callo deforme ma anche l’assenza di significativa limitazione funzionale, appare congrua una quantificazione nell’ordine del **4% (quattro percento)**.
- per il quadro di **danno estetico**, considerato il numero e le dimensioni delle cicatrici agli arti inferiori, ben evidenti e deturpanti, considerata la zoppia (danno estetico funzionale), considerata l’età del periziato, si ritiene di far riferimento alla tabella “Pregiudizio estetico complessivo da lieve a moderato” che assegna un punteggio compreso fra il 6% e 9%. Viste le già evidenziate considerazioni medico-legali, appare congrua una quantificazione complessiva nella misura del **6% (sei percento)**.

Tutto ciò premesso, e considerato che nel caso in oggetto trattasi di danni monocroni e concorrenti, per cui la determinazione del danno va effettuata complessivamente e non per mera sommatoria delle diverse voci, **il danno biologico viene quantificato complessivamente nella misura del 24% (ventiquattro percento)**.

Si ritiene con la presente relazione di ottemperato all’incarico ricevuto e si rimane a disposizione per qualsiasi chiarimento.

Sciacca, li **XXXX**