

# Tabella delle menomazioni prevista dall'articolo n. 138, del D. Legislativo 7 settembre 2005 n. 209.

\*\*\*\*\*

---

## Premessa

La tabella delle menomazioni rappresenta lo strumento, in responsabilità civile derivante dalla circolazione dei veicoli a motore e dei natanti, per la valutazione del danno permanente biologico, fermo restando che l'uso deve esserne riservato prioritariamente a medici specialisti in Medicina Legale o eventualmente a medici di comprovata esperienza medico legale nella valutazione del danno alla persona, essendo la motivazione elemento essenziale e qualificante del giudizio valutativo, al di là della mera indicazione numerica.

Il valore ed il significato della tabella di valutazione, infatti, è indubbiamente quello di perseguire la massima omogeneità scientifica e riproducibilità del giudizio valutativo a parità di diagnosi delle infermità e menomazioni conseguenti; fermo restando il valore indicativo dalla tabella medesima, essendo il danno biologico, anche nella sua componente percentualizzabile, contrassegnato da una variabilità misurata sulle caratteristiche individuali della persona lesa, quali ad esempio, lo stato anteriore, l'eventuale incidenza biologica dell'età e/o della differenza di sesso sulla tipologia della menomazione da valutare.

## Criteri applicativi

Il danno alla persona in ambito di responsabilità civile, per come esso è stato delineato dalla Giurisprudenza e dalla Dottrina e, da ultimo, da alcuni 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, la quale esplica una incidenza negativa sulle attività ordinarie intese come aspetti dinamico-relazionali comuni a tutti, indipendentemente da eventuali ripercussioni sulla capacità di produrre reddito.

La nozione di danno biologico comprende anche l'eventuale incidenza rilevante della menomazione su specifici aspetti dinamico relazionali personali, la cui valutazione non è da esprimersi percentualmente, ma,

quando necessario, va formulata con indicazioni aggiuntive attraverso equo e motivato apprezzamento, da parte del medico valutatore, delle condizioni soggettive del danneggiato.

Scopo di questa tabella è quello di indicare parametri numerici da utilizzare ogni volta che, nell'ambito del risarcimento del danno alla persona in responsabilità civile derivante dalla circolazione dei veicoli a motore e dei natanti, vi sia la necessità di effettuare un accertamento medico-legale per stabilire e motivare in che misura debba essere quantificato il danno permanente biologico, nel caso esso rientri in un tasso compreso tra il 10% ed il 100%.

I valori indicati nella tabella si riferiscono alla incidenza delle varie condizioni considerate sulle attività ordinarie, 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.

I valori indicati nella tabella sono riportati in diversi modi: in alcuni casi è indicato un *numero unico*, in altri un *intervallo di valori*, in altri ancora l'espressione *superiore a (>)*.

Ø 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 ricorranò una o più delle evenienze più avanti previste.

Ø Ad altre voci corrispondono fasce valutative in rapporto alle possibili varianti anatomo-funzionali proprie di quella particolare fattispecie:

a) le indicazioni date con un *intervallo di valori* si riferiscono a menomazioni che comunque sono responsabili di per sé di un danno permanente suscettibile di valutazione, le cui ripercussioni sulla persona lesa possono però oscillare fra un minimo ed un massimo, a seconda delle caratteristiche del quadro clinico e laboratoristico-strumentale cui la menomazione si correla. Se il quadro menomativo da valutare non si identifica pienamente con la condizione prevista dalla voce tabellata, ci si può discostare dai limiti, con riferimento al

criterio della analogia. In taluni casi, relativi a situazioni che si pongono a cavallo fra i limiti di questa tabella e quelli che caratterizzano la tabella prevista dal decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro del Lavoro e delle politiche sociali e con il Ministro delle Attività Produttive del 3 luglio 2003, per completezza tecnica sono indicati valori minimi dell'intervallo di valori anche inferiori al 10%.

- b) La dizione *superiore a (>)* è stata utilizzata per quelle condizioni di notevole gravità, che possono giungere, nella loro massima espressione, fino a danni permanenti biologici valutabili nella misura massima del 100%.

### 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 lesioni plurime monocrone, interessanti cioè più organi ed apparati, non si dovrà procedere alla valutazione con il criterio della semplice sommatoria delle percentuali previste per le varie strutture del distretto colpito o per il singolo organo od apparato, bensì alla valutazione complessiva che avrà come riferimento l'inquadramento tabellare dei singoli danni e la globale incidenza sulla integrità psico-fisica della persona. Nella valutazione medico-legale di lesioni plurime monocrone si terrà conto, di volta in volta, della maggiore o minore incidenza di danni fra loro concorrenti.

### Menomazioni preesistenti

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 (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).

### Criterio della analogia

Nei casi in cui la menomazione da valutare non trovi piena corrispondenza o non trovi alcuna corrispondenza nelle voci previste dalla tabella, il giudizio va espresso con il criterio della analogia, tenendo conto cioè dei valori indicati per le alterazioni anatomiche o minorazioni funzionali che, per distretto interessato o per tipo di pregiudizio che determinano o per grado di disfunzionalità, più si avvicinano alla specifica situazione che si sta esaminando.

### 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

Visus residuo  
per lontano in  
occhio migliore

	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
V.S.*												85

\* Visus Spento

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:

$$\frac{\text{danno per lontano} + \text{danno per vicino}}{2}$$

visus residuo per vicino in occhio peggiore

Visus residuo  
per vicino in  
occhio migliore

	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

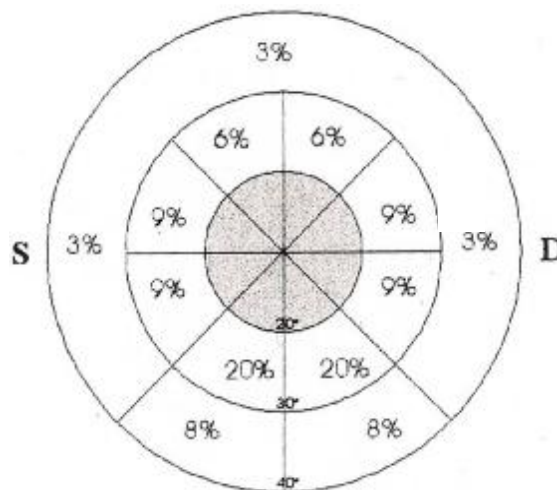
Per la determinazione del campo visivo l'accertamento deve essere eseguito mediante perimetria computerizzata. La valutazione del danno del campo visivo è opportuno che sia confermata da

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.

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 sotto indicato:



### 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:

$$X = \frac{Du}{10}$$

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:

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

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

## Danni psichici

In taluni casi i disturbi psico-patologici, non di rado favoriti da fattori endogeni, possono far parte del quadro esitale di un evento traumatico da valutare in responsabilità civile derivante dalla circolazione dei veicoli a motore e dei natanti. Nella tabella sono riportate delle indicazioni, limitatamente alle forme che hanno rilievo come conseguenze di tali incidenti:

- A. i disturbi fobici ed ansiosi
- B. il disturbo post traumatico da stress
- C. il disturbo depressivo maggiore, sia quello relativo alla vittima primaria del sinistro, sia quello relativo alle cosiddette "vittime secondarie".

L'accertamento e la valutazione di queste condizioni menomative deve inoltre osservare rigorosamente le seguenti raccomandazioni:

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

Particolare attenzione e rigore si devono porre nell'accertamento della permanenza del disturbo psico patologico accertato, dello stato anteriore della persona e, soprattutto, del suo nesso causale con l'evento dal quale si vuole far discendere. 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 sopra richiamate possono essere di natura idiopatica e potranno considerarsi di natura post-traumatica soltanto previo accurato vaglio della loro coerenza quali-quantitativa e della loro proporzionalità rispetto alla comprovata valenza psico-traumatica dell'evento lesivo.

A questo proposito, a titolo esemplificativo, si fa presente che:

- A. I disturbi fobici ed ansiosi possono conseguire ad incidenti la cui dinamica è contraddistinta da contenuti psico-traumatici oggettivamente elevati quali ad esempio: essere rimasti a lungo imprigionati nell'abitacolo di un veicolo lambito dalle fiamme di un incendio, oppure immerso nell'acqua, o comunque privi di soccorso, con la consapevolezza di aver riportato gravi lesioni.
- B. Il disturbo post traumatico da stress, per rispondere alla classificazione proposta dal DSM IV e successive modifiche, deve essere causato da incidenti la cui dinamica sia contraddistinta da



fattori psicotraumatici di adeguata e consistente efficienza lesiva, in stretta relazione con situazioni concretamente idonee a far temere come imminente la morte o che abbiano fatto sperimentare di persona la morte di congiunti ovvero decessi di altre persone.

- C. Il disturbo depressivo maggiore può derivare, alla vittima primaria, da minorazioni somatiche o delle funzioni cognitive, di entità tale da compromettere notevolmente il suo livello di funzionamento sociale e lavorativo.

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.

Nell'accertamento dei disturbi psico patologici correlati ad incidenti della circolazione dei veicoli a motore e dei natanti è raccomandato l'uso di test psicodiagnostici, soprattutto per l'individuazione delle condizioni preesistenti estranee al danno da valutare.

### Protesi

In caso di protesizzazione di un arto o di lesioni trattate con applicazione di una endo-protesi articolare, è opportuno 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.

### 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.

### *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.

### *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 al volto molto estese, perdita di entrambi i padiglioni auricolari, del naso o delle labbra, esiti di scotennamento completo o quasi.

Se nella voce tabellare 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 del 35%.

### Revisione della tabella

Saranno disposte revisioni periodiche della tabella anche sulla base di ulteriori acquisizioni scientifiche e della dottrina.

**CAPO - SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO –  
APPARATO PSICHICO - ORGANI DI SENSO**

	<b>D.M. 3/7/2003</b>	<b>Commissione D.M. 26/5/2004</b>
<b>Postumi soggettivi di trauma cranico commotivo eventualmente con frattura cranica semplice</b>	<b>2-4</b>	
Postumi soggettivi di trauma cranico in esiti di trauma con lesioni encefaliche accertate		5-15
Sindrome prefrontale psico organica - forma lieve		10-20
Sindrome prefrontale psico organica - forme medio-gravi		21-50
Deterioramento mentale - stati deficitari semplici sostenuti da lesioni del tessuto cerebrale con evoluzione in atrofia cerebrale		20-50
Deterioramento mentale generale fino alla demenza totale		> 50
Afasia motoria o dell'area di Broca, forma lieve		10-20
Afasia motoria o dell'area di Broca, dalla forma media alla forma grave		21-45
Afasia senso percettiva o dell'area di Wernike, forma lieve		10-20
Afasia senso percettiva o dell'area di Wernike, forma media		21-45
Afasia senso percettiva o dell'area di Wernike, forma grave		46-60
Afasia globale, forme da media a grave		60-80
Paralisi periferica totale monolaterale del nervo facciale, comprensiva del danno estetico		20
Tetraplegia di origine midollare, a seconda delle funzioni residue		95-100
Tetraparesi (in base al grado di compromissione funzionale dei singoli arti e della funzionalità degli sfinteri)		40-80
Emiplegia spastica con possibilità di deambulare con appoggio, ma con arto superiore funzionalmente perduto		75 d. - 70 n.d.
Paraplegia di origine midollare		85
Paraparesi con deficit di forza lieve-moderato e possibilità di deambulare senza appoggio, a seconda anche del deficit della funzionalità sfinteriale		20-45
Epilessia in trattamento farmacologico, senza crisi, in età non evolutiva, a seconda dell'età e della entità delle alterazioni elettroencefalografiche		7-10

Epilessia controllata farmacologicamente, con crisi sporadiche documentate, senza significativa incidenza sulle ordinarie attività, ma con necessità di astenersi da attività potenzialmente pericolose per se o per gli altri		11-20
Epilessia in trattamento farmacologico, ma con crisi da mensile a settimanale, a seconda del tipo di crisi (semplici complesse o generalizzate) ed a seconda del tipo di interferenza sulle attività quotidiane		21-40
Epilessia in trattamento farmacologico, ma con crisi plurime settimanali, alterazioni di tipo psichiatrico, rallentamento ideo-motorio, disturbi comportamentali, notevole compromissione delle attività quotidiane, fino allo stato di male epilettico		> 41
Postumi di frattura del massiccio facciale o della mandibola (escluse le fratture dei condili mandibolari e le fratture delle ossa nasali) con turbe disfunzionali di lieve grado	2-5	
Esiti di fratture del condilo mandibolare con modeste alterazioni funzionali dell'articolazione temporo mandibolare	3-8	
Postumi di frattura delle ossa nasali e/o del setto fino alla stenosi nasale assoluta monolaterale con lieve alterazione del profilo nasale	2-6	
Riduzione dell'olfatto fino alla perdita totale	≤ 8	
Riduzione isolata del gusto fino alla perdita totale	≤ 5	
Disturbo somatoforme indifferenziato lieve o disturbo dell'adattamento cronico lieve	≤ 5	
Disturbo d'ansia generalizzato; disturbi da attacchi di panico; fobie - forme lievi	-	10-15
Disturbo d'ansia generalizzato; disturbi da attacchi di panico; fobie - forme da lieve a moderata o lieve complicata	-	16- 20
Disturbo d'ansia generalizzato; disturbi da attacchi di panico; fobie - forme da moderata o lieve complicata, a grave o moderata complicata	-	21- 25
Disturbo d'ansia generalizzato; disturbi da attacchi di panico; fobie - forme da grave o moderata complicata, a grave complicata	-	26-30
Disturbo post-traumatico da stress cronico - forme lievi	-	10- 20
Disturbo post-traumatico da stress cronico - forme da lieve a moderata o lieve complicata	-	21-25
Disturbo post-traumatico da stress cronico - forme da moderata o lieve complicata, a grave o moderata complicata	-	26-30

Disturbo post-traumatico da stress cronico - forme da grave o moderata complicata a grave complicata	-	31-35
Disturbo depressivo maggiore cronico - forme da lieve a moderata o lieve complicata	-	10-30
Disturbo depressivo maggiore cronico - forme da moderata o lieve complicata a grave con melanconia, fino alla presenza di sintomi psicotici e agiti suicidiari	-	31-75
<b>VISTA</b>		
Cecità assoluta bilaterale		85
Cecità assoluta monolaterale		28
<b>Riduzione monolaterale del visus per lontano, con acuità visiva dell'altro occhio pari a 10/10:</b>		
<b>Visus residuo 9/10</b>	<b>1</b>	
<b>Visus residuo 8/10</b>	<b>1</b>	
<b>Visus residuo 7/10</b>	<b>3</b>	
<b>Visus residuo 6/10</b>	<b>5</b>	
<b>Visus residuo 5/10</b>	<b>7</b>	
Le menomazioni da deficit dell'acuità visiva e/o le menomazioni del campo visivo sono calcolate in base agli schemi contenuti nelle norme applicative di questa tabella (menomazioni dell'apparato visivo)		
Pseudoafachia binoculare, a parte l'eventuale deficit visivo, a seconda dell'età		5- 10
Dipopia in tutte le posizioni dello sguardo, tale da obbligare ad occludere un occhio in permanenza		28
Per le dipopie di grado inferiore si rimanda a quanto specificato nelle norme applicative di questa tabella (menomazioni dell'apparato visivo)		
<b>Blefarospasmo, Lagofalmo, Epifora, Ectropion, Entropion, obliterazione monolaterale delle vie lacrimali+A57</b>	<b>≤ 5</b>	
<b>Necessità di fare uso di lenti correttive</b>	<b>≤ 3</b>	
<b>APPARATO OTO-VESTIBOLARE</b>		
Sordità completa unilaterale		10
Sordità completa bilaterale in età post linguale		50
In caso di menomazioni parziali della capacità uditiva si farà riferimento allo schema contenuto nelle norme applicative di questa tabella (menomazioni dell'apparato uditivo)	-	

<b>Sindrome vertiginosa periferica da asimmetria labirintica compensata, strumentalmente accertata</b>	<b>2-5</b>	
Areflessia monolaterale senza compenso	-	10
Areflessia monolaterale senza compenso, con canaloliti, a seconda della frequenza delle crisi	-	11-15
Sindrome vestibolare mista (danno periferico e centrale associati) in assenza di compenso	-	25
<b>APPARATO MASTICATORIO</b>		
<b>Perdita di un incisivo centrale superiore+A11</b>	<b>1,25</b>	
<b>Perdita di un incisivo laterale o di un incisivo centrale inferiore</b>	<b>0,50</b>	
<b>Perdita di un canino</b>	<b>1,50</b>	
<b>Perdita del primo premolare</b>	<b>0,75</b>	
<b>Perdita del secondo premolare</b>	<b>0,75</b>	
<b>Perdita del primo molare</b>	<b>1,25</b>	
<b>Perdita del secondo molare</b>	<b>1</b>	
<b>Perdita del terzo molare</b>	<b>0,50</b>	
Limitazione dell'apertura della bocca con distanza interincisiva massima di 20 mm	-	10
Limitazione dell'apertura della bocca con distanza interincisiva massima compresa fra 20 mm e 10 mm		11-20
Limitazione dell'apertura della bocca con distanza interincisiva inferiore a 10 mm, non trattabile chirurgicamente, con turbe della fonazione		21-35

<b>ARTO SUPERIORE</b>		
	<b>D.M. 3/7/2003</b>	<b>Commissione D.M. 26/5/2004</b>
Perdita anatomica totale di entrambi gli arti superiori		85
Perdita anatomica totale di un arto superiore, in relazione alla possibilità di protesizzazione		60-65 d. - 55-60 n.d.
Perdita anatomica dell'avambraccio a qualsiasi altezza compresa fra terzo prossimale e terzo distale o perdita totale della mano, in relazione alla possibilità di protesizzazione		50-55 d. - 45-50 n.d.
Paralisi totale di un arto superiore		60 d. - 55 n.d.
Sindrome radicolare superiore tipo Erb-Duchenne, forma completa		45 d. - 40 n.d.
Paralisi totale del nervo circonflesso		18 d. - 16 n.d.
Paralisi totale alta del nervo radiale		35 d. - 30 n.d.
Paralisi totale alta del nervo mediano		40 d. - 35 n.d.
Paralisi totale alta del nervo ulnare		25 d. - 20 n.d.
<b>SPALLA</b>		
Anchilosi completa della scapolo-omerale in posizione favorevole (arto abdotto fra 20° e 50° ed elevato fra 20° e 40°) senza limitazione della scapolo-toracica		25 d. - 20 n.d.
Anchilosi completa della scapolo-omerale in posizione favorevole (arto addotto al fianco ed elevato fra 20° e 40°) con perdita del movimento anche della scapolo-toracica		30 d. - 25 n.d.
Escursione articolare della scapolo-omerale limitata globalmente della metà (ad esempio: elevazione possibile per 70°, abduzione per 80° e rotazioni per un mezzo, senza limitazione della scapolo toracica)		13 d. - 11 n.d.
<b>Escursione articolare della scapolo-omerale limitata globalmente di 1/3 (ad esempio: elevazione possibile per 110°, abduzione per 90° e rotazioni per due terzi)</b>	<b>9 d. - 7 n.d.</b>	
Instabilità post-traumatica di grado medio-elevato accertata strumentalmente e clinicamente		10-15 d. - 8-13 n.d.
<b>Esiti di documentata lussazione di spalla con sfumate ripercussioni funzionali</b>	<b>≤ 4 d. - ≤ 3 n.d.</b>	
<b>Esiti dolorosi di lesioni anatomiche articolari documentate, in assenza di deficit della escursione articolare</b>	<b>≤ 4 d. - ≤ 3 n.d.</b>	

<b>GOMITO</b>		
Anchilosi del gomito in posizione favorevole (100° di flessione) con prono-supinazione libera		18 d. - 15 n.d.
Anchilosi del gomito in massima flessione con prono-supinazione libera		28 d. - 26 n.d.
Anchilosi del gomito in massima estensione con prono-supinazione libera		24 d. - 22 n.d.
Anchilosi della prono-supinazione in posizione favorevole (20° di pronazione)		10 d. - 8 n.d.
Anchilosi della prono-supinazione in posizione sfavorevole (massima pronazione o massima supinazione)		14 d. - 12 n.d.
<b>Flessione limitata, possibile per 90° (da 180° a 90°) con prono-supinazione libera</b>	<b>8 d. - 7 n.d.</b>	
<b>Riduzione del movimento di prono-supinazione fino alla metà</b>	<b>≤ 5 d. - ≤ 4 n.d.</b>	
<b>POLSO</b>		
Anchilosi rettilinea del polso con prono-supinazione libera		12 d. - 10 n.d.
Anchilosi del polso in posizione sfavorevole (flessione dorsale a 60°) con prono-supinazione libera		20 d. - 18 n.d.
<b>Rigidità con riduzione di 2/3 della flessione estensione</b>	<b>9 d. - 8 n.d.</b>	
<b>Rigidità con riduzione della metà della flessione estensione</b>	<b>6 d. - 5 n.d.</b>	
Per la concomitante limitazione o perdita della prono-supinazione dell'avambraccio e della mano, si rimanda alle indicazioni date nel paragrafo dedicato al gomito		
<b>Instabilità della radio-carpica di grado medio da lesione legamentosa accertata strumentalmente</b>	<b>3-6 d. - 2-5 n.d.</b>	
<b>Instabilità della radio-ulnare distale</b>	<b>≤ 4 d. - ≤ 5 n.d.</b>	
<b>Esiti di frattura di scafoide con dolore e modica limitazione dei movimenti</b>	<b>≤ 5 d. - ≤ 4 n.d.</b>	
<b>MANO</b>		
Perdita di tutte le dita della mano		48 d. - 43 n.d.
Perdita del pollice e del primo metacarpo		22 d. - 20 n.d.
Perdita del pollice		20 d. - 18 n.d.



Perdita dell'indice		11 d. - 9 n.d.
Perdita del medio	7 d. - 6 n.d.	
Perdita dell'anulare	6 d. - 5 n.d.	
Perdita del mignolo	8 d. - 7 n.d.	
Perdita della falange ungueale del pollice		10 d. - 9 n.d.
Perdita della falange ungueale dell'indice	5 d. - 4 n.d.	
Perdita della falange ungueale del medio	3 d. - 2 n.d.	
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3 d. - 2 n.d.	
Perdita della falange ungueale del mignolo	4 d. - 3 n.d.	
Perdita delle ultime due falangi dell'indice	8 d. - 7 n.d.	
Perdita delle ultime due falangi del medio	5 d. - 4 n.d.	
Perdita delle ultime due falangi dell'anulare	4 d. - 3 n.d.	
Perdita delle ultime due falangi del mignolo	6 d. - 5 n.d.	
Anchilosi dell'articolazione interfalangea del pollice in estensione	5 d. - 4 n.d.	
Anchilosi rettilinea delle tre articolazioni dell'indice	9 d. - 6 n.d.	
Anchilosi rettilinea delle tre articolazioni del medio	6 d. - 5 n.d.	
Anchilosi rettilinea delle tre articolazioni dell'anulare	5 d. - 4 n.d.	
Anchilosi rettilinea delle tre articolazioni del mignolo	7 d. - 6 n.d.	
Esiti di frattura del primo osso metacarpale, apprezzabili strumentalmente, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	$\leq 4$ d. - $\leq 3$ n.d.	
Esiti di frattura di ogni altro metacarpo, apprezzabili strumentalmente, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	$\leq 3$ d. - $\leq 2$ n.d.	
<b>ARTO INFERIORE</b>		
	<b>D.M. 3/7/2003</b>	<b>Commissione D.M. 26/5/2004</b>
Amputazione bilaterale di coscia a qualsiasi livello, in rapporto alla possibilità di applicazione di protesi efficace		65-85
Amputazione monolaterale di coscia a qualsiasi livello, in rapporto alla possibilità di applicazione di protesi efficace		45-60
Amputazione bilaterale di gamba a qualsiasi livello, in rapporto alla possibilità di applicazione di protesi efficace		50-65

Amputazione monolaterale di gamba a qualsiasi livello in rapporto alla possibilità di applicazione di protesi efficace		35-50
Monoplegia flaccida di un arto inferiore		55
Paralisi totale del nervo femorale		30
Paralisi totale del nervo sciatico		40
Paralisi totale del nervo sciatico popliteo interno		22
Paralisi totale del nervo sciatico popliteo esterno		20
<b>ANCA</b>		
Anchilosi dell'anca in posizione favorevole (flessione fra 25° - 40°)		30
Limitazione di 1/4 dei movimenti	8	
Esiti dolorosi di lesioni anatomiche articolari documentate, in assenza di deficit della escursione articolare	≤ 4	
Esiti di protesizzazione di anca non complicata e con recupero dell'autonomia deambulatoria, in rapporto al tipo di protesi, all'età e ad una ripresa media della mobilità		15-25
<b>GINOCCHIO</b>		
Anchilosi del ginocchio in posizione favorevole (175° -180°)		25
Flessione possibile fino a 90° (da 180° a 90°)	≤ 9	
Deficit dell'estensione tra 10° e 20°	3-8	
Esiti dolorosi di lesioni anatomiche articolari documentate, in assenza di deficit della escursione articolare	≤ 3	
Lassità articolare da rottura totale di uno dei due legamenti crociati non operata		10
Lassità articolare da rottura totale di uno dei due legamenti collaterali non operata	9	
Lassità articolare da lieve a media conseguente a lesioni legamentose parziali o in esiti di interventi di ricostruzione di un legamento	2-7	
Esiti di meniscectomia parziale artroscopica senza limitazione funzionale	2	
Esiti di meniscectomia totale senza limitazione funzionale	4	

## CAVIGLIA

<b>Anchilosi della tibio-tarsica in posizione favorevole (90°)</b>		<b>12</b>
<b>Limitazione dei movimenti articolari della tibio-tarsica di 1/2</b>	<b>6</b>	
<b>Limitazione dei movimenti articolari della tibio-tarsica di 1/3</b>	<b>4</b>	
<b>Anchilosi isolata della sottoastragalica in posizione favorevole</b>	<b>6</b>	
<b>Limitazione dei movimenti articolari della sottoastragalica di 1/2</b>	<b>3</b>	
<b>Esiti dolorosi di lesioni anatomiche articolari documentate, in assenza di deficit della escursione articolare</b>	<b>≤ 3</b>	
<b>Instabilità post-traumatica grave pluridirezionale della tibio-tarsica con necessità di tutore</b>	<b>-</b>	<b>10-15</b>
<b>Lesione legamentosa tibio-astragalica o peroneo-astragalica (a seconda del grado di instabilità clinicamente rilevabile)</b>	<b>2-5</b>	
<b>PIEDE</b>		
<b>Amputazione bilaterale di piede a livello della tibio-tarsica in rapporto alla possibilità di applicazione di protesi efficace</b>		<b>45-60</b>
<b>Amputazione monolaterale del piede a livello della tibio-tarsica in rapporto alla possibilità di applicazione di protesi efficace</b>		<b>30-40</b>
<b>Perdita di tutte le dita di un piede e dei condili metatarsali</b>		<b>18-20</b>
<b>Perdita dell'alluce e del primo metatarso</b>		<b>12</b>
<b>Perdita dell'alluce</b>	<b>6</b>	
<b>Perdita delle altre dita del piede a seconda del numero</b>	<b>≤ 7</b>	
<b>Anchilosi della I metatarso-falangea in posizione favorevole</b>	<b>5</b>	
<b>Anchilosi dell'interfalangea del I dito in posizione favorevole</b>	<b>3</b>	
<b>Esiti dolorosi di frattura dello scafoide tarsale o del cuboide o di un cuneiforme, con sfumate ripercussioni funzionali</b>	<b>≤ 4</b>	
<b>Esiti di frattura del I e del V metatarso</b>	<b>≤ 3</b>	
<b>Esiti di frattura del II o III o IV metatarso</b>	<b>≤ 2</b>	

## ALTRI ESITI ANATOMICI DELL'ARTO INFERIORE

Accorciamento di 8 cm.		15
Accorciamento di 2 cm	3	
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	5-7	
Esiti dolorosi di frattura diafisaria isolata di tibia o femore ben consolidata in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	$\leq 4$	
Esiti dolorosi di frattura diafisaria isolata di perone ben consolidata in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	$\leq 2$	
Flebo-linfopatie arti inferiori - lieve edema regredibile mediante adeguata elastocompressione e sfumata discromia cutanea	$\leq 5$	

<b>RACHIDE</b>		
	<b>D.M. 3/7/2003</b>	Commissione D.M. 26/5/2004
<b>RACHIDE CERVICALE</b>		
Artrodesi cervicale, a seconda del numero dei metameri interessati e della complessiva limitazione funzionale, fino alla perdita dei movimenti del capo e del collo		15-25
Esiti di frattura di più corpi vertebrali cervicali, a seconda del numero dei metameri interessati, dei disturbi trofico-sensitivi e del deficit funzionale fino alla perdita dei movimenti del capo e del collo		10-25
Esiti di frattura del dente dell'epistrofeo trattata chirurgicamente con osteosintesi, a seconda del deficit funzionale		12-18
Esiti di frattura vertebrale cervicale con residua deformazione somatica, a seconda del deficit funzionale e dei disturbi trofico-sensitivi		10-12
Ernia del disco cervicale post-traumatica con interessamento radicolare documentato clinicamente e strumentalmente		8-12
<b>Esiti dolorosi di frattura di un'apofisi o dello spigolo antero-superiore o antero-inferiore di una vertebra senza schiacciamento del corpo; a seconda della alterazione anatomica e/o della limitazione dei movimenti del capo</b>	<b>2-6</b>	
<b>Esiti di trauma minore del collo con persistente rachialgia e limitazione antalgica dei movimenti del capo</b>	<b>≤ 2</b>	
<b>Esiti di trauma minore del collo con persistente rachialgia, limitazione antalgica dei movimenti del capo e con disturbi trofico-sensitivi radicolari strumentalmente accertati</b>	<b>2-4</b>	
<b>RACHIDE DORSALE</b>		
Artrodesi dorsale (con esclusione di D11 e D12), a seconda del numero dei metameri interessati e della complessiva limitazione funzionale		10-15
Esiti di frattura con cuneizzazione di più corpi vertebrali dorsali, con esclusione di D11 e D12, a seconda dei metameri interessati		10-18
Esiti di frattura del corpo vertebrale di D11 con schiacciamento o residua cuneizzazione		8-10

Esiti di frattura del corpo vertebrale di D12 da schiacciamento, con residua cuneizzazione		10-12
Esiti dolorosi di frattura da schiacciamento di un corpo vertebrale da D1 a D10 con residua cuneizzazione	4-6	
Esiti anatomici di frattura dello spigolo antero-superiore o antero-inferiore di una vertebra dorsale senza schiacciamento del corpo; a seconda della sede e della alterazione anatomica	$\leq 4$	
<b>RACHIDE LOMBARE</b>		
Artrodesi lombare, a seconda del numero dei metameri interessati e della complessiva limitazione funzionale, fino alla perdita dei movimenti del tronco		15-25
Esiti di frattura di più corpi vertebrali lombari, a seconda del numero dei metameri interessati, dei disturbi trofico-sensitivi e del deficit funzionale fino alla perdita dei movimenti del tronco		10-25
Esiti di frattura di un corpo vertebrale lombare da schiacciamento, con residua cuneizzazione		10-12
Ernia del disco lombare post-traumatica con interessamento radicolare documentato clinicamente e strumentalmente		8-12
Esiti dolorosi di frattura di un'apofisi o dello spigolo antero-superiore o antero-inferiore di una vertebra senza schiacciamento del corpo; a seconda della alterazione anatomica e/o della limitazione dei movimenti del tronco	2-6	
Esiti di trauma minore del rachide lombare con persistente rachialgia e limitazione antalgica dei movimenti del tronco	$\leq 2$	
Esiti di trauma minore del rachide lombare con persistente rachialgia, limitazione antalgica dei movimenti del tronco e con disturbi radicolari trofico-sensitivi strumentalmente accertati	2-5	
<b>SACRO E COCCIGE</b>		
Esiti di frattura sacrale o coccigea malconsolidata con conseguente sindrome algico-disfunzionale	3-5	

<b>DANNO ESTETICO</b>		
	<b>D.M. 3/7/2003</b>	<b>Commissione D.M. 26/5/2004</b>
<b>Il pregiudizio estetico complessivo è lieve</b>	<b>≤ 5</b>	
<b>Il pregiudizio estetico complessivo è da lieve a moderato</b>	<b>6-9</b>	
<b>Pregiudizio estetico complessivo da moderato a grave</b>		<b>10-20</b>
<b>Pregiudizio estetico complessivo gravissimo</b>		<b>21-35</b>

<b>TORACE-APPARATO RESPIRATORIO</b>		
	<b>D.M. 3/7/2003</b>	<b>Commissione D.M. 26/5/2004</b>
Stenosi nasale completa bilaterale		15
Disfonia severa fino alla perdita completa della voce		26-35
Disfonia di media gravità (intensità della voce costantemente e considerevolmente ridotta per cui il soggetto deve sforzarsi per conferire comprensibilità alle sue parole)		10-25
Tracheotomia con cannula a permanenza, compreso il danno estetico, ma con esclusione di eventuali deficit fonatori e respiratori		15
In caso di menomazioni della funzione respiratoria si farà riferimento alla tabella (allegato 2) di cui al decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38.		
Perdita di un polmone, a seconda del danno alla funzione respiratoria, ma con esclusione di un eventuale danno cardio-circolatorio		25-40
Esiti di exeresi polmonare segmentaria fino alla lobectomia, a seconda del danno respiratorio e della estensione della amputazione		10-18
<b>Esiti attendibilmente dolorosi di frattura non articolare della scapola</b>	<b>1-2</b>	
<b>Esiti attendibilmente dolorosi di frattura di clavicola regolarmente consolidata senza limitazioni articolari</b>	<b>1-2</b>	
<b>Esiti attendibilmente dolorosi di frattura di clavicola consolidata con callo deforme e/o sovrapposizione dei monconi senza significativa limitazione articolare</b>	<b>2-5</b>	
<b>Frattura di clavicola evoluta in pseudoartrosi</b>	<b>6 d. - 5 n.d.</b>	
<b>Esiti di lussazione sterno-claveare</b>	<b>≤ 3</b>	
<b>Persistente lussazione completa acromion-claveare</b>	<b>5 d. - 4 n.d</b>	
<b>Esiti attendibilmente dolorosi di frattura dello sterno con callo deforme</b>	<b>2- 4</b>	
<b>Sindrome algica da esiti anatomici di frattura di una costa radiologicamente rilevati</b>	<b>1-2</b>	



<b>Esiti anatomici di fratture costali multiple radiologicamente rilevate; per ogni costa consolidata con callo deforme e dolente</b>	<b>1</b>	
<b>Esito di pleurite traumatica monolaterale con abolizione del recesso costo-frenico</b>	<b>1-3</b>	
<b>APPARATO CARDIO CIRCOLATORIO</b>		
Cardiopatie riconducibili alla II classe NYHA con frazione di eiezione fra 50% e 40%		10-30
Cardiopatie riconducibili alla III classe NYHA con frazione di eiezione fra 39% e 30%		31-60
Cardiopatie riconducibili alla III classe NYHA con frazione di eiezione <30%		61-80
Cardiopatie riconducibili alla classe IV NYHA		> 80
Esiti di intervento chirurgico (endoprotesi) per aneurisma dell'aorta, a seconda della lunghezza del tratto		10-20
<b>APPARATO DIGERENTE</b>		
Stenosi esofagee (classe II): restringimento esofageo di media entità con difficoltà a deglutire cibi solidi e dolore toracico intermittente		10-20
Stenosi esofagee (classe III): marcata difficoltà a deglutire cibi solidi e semiliquidi; sono necessari un regime dietetico rigido e dilatazioni saltuarie; la disfagia costante è ovviabile solo con manovre posturali; rientra in questo gruppo l'acalasia		21-35
Stenosi esofagee (classe IV): disfagia completa e conseguente necessità di alimentazione liquida, perdita di peso con gravi ripercussioni sullo stato generale e sulle attività quotidiane; necessità di dilatazioni frequenti		36-60
Stenosi esofagee (classe V): ostruzione serrata che richiede una gastrostomia o l'applicazione di una protesi; l'alimentazione per os è		> 60
impedita con necessità di nutrizione parenterale; le ripercussioni sullo stato generale e sulle attività quotidiane sono gravissime		
Tratto gastro-enterico (classe I): patologia stenotica e/o da resezione, comprensiva del danno anatomico, con sintomi saltuari e opportunità di trattamento medico ma senza alterazioni dell'assorbimento		10-15

Tratto gastro-enterico (classe II): patologia stenotica e/o da resezione, comprensiva del danno anatomico, con sintomi subcontinui e necessità di trattamento medico e dietetico. Ripercussioni sullo stato generale e modesto calo ponderale (< 20%)		16-25
Tratto gastro-enterico (classe III): patologia stenotica e/o da resezione, comprensiva del danno anatomico, con sintomi moderati ma continui e necessità di trattamento medico e dietetico. Ripercussioni sullo stato generale e calo ponderale del 20%		26-40
Tratto gastro-enterico (classe IV): patologia stenotica e/o da resezione, comprensiva del danno anatomico, con sintomi rilevanti e costanti e inefficacia del trattamento medico e dietetico. Ripercussioni gravi sullo stato generale e calo ponderale >20%		41-60
Tratto gastro-enterico (classe V): patologia stenotica e/o da resezione, comprensiva del danno anatomico, con sintomi rilevanti e costanti e inefficacia del trattamento medico e dietetico.		>60
Ripercussioni gravissime sullo stato generale, calo ponderale inarrestabile. Impossibilità a svolgere la maggior parte delle attività		
Incontinenza dello sfintere anale totale e permanente, con disturbi secondari locali		40
Ano preternaturale, a seconda della localizzazione e dei disturbi secondari locali		35-40
Infezione cronica da HCV (RNA +) senza evidenze laboratoristiche di danno epatico correlato		10
Infezione cronica da HCV (RNA +) con evidenza di lieve epatopatia cronica persistente		10-15
Epatopatia cronica con evidenza bioptica (ove disponibile) di epatite cronica di grado moderato, astenia, alterazione delle transaminasi e della $\gamma$ GT con modesta piastrinopenia, ma senza episodi di ascite e/o di encefalopatia né varici esofagee		16-35
Epatopatia cronica con evidenza bioptica (ove disponibile) di epatite cronica severa fino alla cirrosi, astenia, splenomegalia,		36-60
alterazione marcata delle transaminasi e della $\gamma$ GT, alterazione dei fattori della coagulazione e uno o due episodi anamnestici di ascite e/o encefalopatia		
Epatopatia cronica con cirrosi epatica con manifestazioni cliniche maggiori quali ascite, ittero, encefalopatia epatica, episodi di emorragie digestive, calo ponderale > 20%		> 60

Esiti di lesione epatica contusivo-emorragica e/o discontinuativa con funzionalità normale, eventualmente con modesti postumi aderenziali, a seconda della estensione	5-8	
Esiti di epatectomia parziale (fino a 1/3 dell'organo) con alterazioni bioumorali lievi		9-15
Cicatrici che indeboliscono la parete addominale; per ogni 10 cm di lunghezza	2	
Laparocele, dimensioni entro cm 10 x 10	4- 8	
Laparocele, dimensioni superiori a cm. 10 x 10		9-15
Splenectomia, in assenza di ripercussioni sulla crasi ematica.		10
<b>APPARATO GENITO-URINARIO</b>		
Perdita di un rene, con rene superstite normofunzionante		15
Esiti di lesione renale contusivo-emorragica e/o discontinuativa ecograficamente accertata con funzionalità normale, eventualmente con cicatrici	3-6	
Insufficienza renale cronica con clearance della creatinina fra 60 e 80 ml/min, a seconda dei livelli di creatininemia e di azotemia		10-20
Insufficienza renale cronica con clearance della creatinina fra 40 e 60 ml/min, a seconda dei livelli di creatininemia, di azotemia e di anemia		21-35
Insufficienza renale cronica con clearance della creatinina fra 20 e 40 ml/min, a seconda dei livelli di creatininemia, di azotemia, di proteinuria e di pressione arteriosa		36-60
Insufficienza renale con necessità di trattamento dialitico, a seconda dei disturbi		> 60
Trapianto renale, a seconda della funzionalità renale e delle manifestazioni secondarie alla terapia adottata		30-60
Ritenzione cronica di urine con accertato residuo vescicale, senza necessità di cateterismo		7-10
Ritenzione cronica di urine con necessità di cateterismi periodici, a seconda della frequenza, fino alla necessità di catetere a dimora		11-30
Incontinenza urinaria totale		30
<b>APPARATO GENITALE MASCHILE</b>		
Evirazione (impotenza coeundi e generandi) in epoca prepubere, a seconda delle ripercussioni sui tratti somatici e sulla psiche		41-60

Evirazione (impotenza coeundi e generandi) in epoca postpubere, a seconda dell'età e delle ripercussioni sulla psiche		20-40
<b>Perdita di un testicolo in età post-puberale con funzionalità normale del testicolo superstite, a seconda dell'età</b>	<b>5-8</b>	
<b>APPARATO GENITALE FEMMINILE</b>		
Isteroannessiectomia bilaterale e impossibilità al coito (impotenza coeundi e generandi) in epoca prepubere, a seconda delle ripercussioni sui tratti somatici e sulla psiche		36-52
Isteroannessiectomia bilaterale e impossibilità al coito (impotenza coeundi e generandi) in epoca postpubere, a seconda dell'età e delle ripercussioni sulla psiche		17-35
<b>Perdita anatomica e/o funzionale di un ovaio in età fertile con funzionalità normale dell'ovaio superstite, a seconda dell'età</b>	<b>5-8</b>	
<b>GHIANDOLE ENDOCRINE</b>		
Ipopituitarismo anteriore con insufficiente controllo terapeutico e persistenza di segni e sintomi rilevanti; a seconda della gravità delle manifestazioni		31-60
Ipopituitarismo anteriore con sufficiente controllo terapeutico; a seconda dell'età del lesa e dei risultati ottenuti dalla terapia sui sintomi e sulle funzioni		10-30
Diabete insipido post-traumatico; forme con controllo farmacologico incompleto, a seconda della quantità della poliuria		10-25
Ipotiroidismo; forme con parziale controllo funzionale		15-20
Iparatiroidismo da difetto totale di PTH con insufficiente controllo terapeutico; a seconda del numero delle crisi di ipocalcemia in corso di trattamento		10-30
Insufficienza surrenalica, dalla forma asintomatica a quella con necessità di aggiustamenti terapeutici in occasione di affezioni acute e variazioni climatiche		5-15
Insufficienza surrenalica, forme con insufficiente controllo terapeutico e crisi addisoniane; a seconda della frequenza delle crisi		16-60
Insufficienza surrenalica, forme gravi, non rispondenti alla terapia, con persistente e rilevante squilibrio idro-elettrolitico e crisi addisoniane molto frequenti		> 60

<b>Diabete mellito insulinodipendente, in buon compenso e senza segni di ripercussioni sistemiche; a seconda dell'età del lesa</b>		<b>10-15</b>
<b>Diabete mellito mal controllato dalla terapia insulinica, con alterazioni metaboliche e sintomi correlati, indipendentemente da patologie secondarie di altri organi, a seconda della entità delle manifestazioni</b>		<b>16-30</b>