

UMBERTO GENOVESE
SARA DEL SORDO
LUIGI MASTROBERTO
ENZO RONCHI

BARÈMES MEDICO-LEGALI

Per la valutazione in responsabilità civile,
assicurazioni private (infortuni e malattia)
e sociali (invalidità civile e INAIL),
causa di servizio e «tabelle sportive»

PREFAZIONE

È per noi un onore essere stati invitati a presentare l'ultima opera dei colleghi Umberto Genovese, Luigi Mastroberto, Enzo Ronchi e Sara Del Sordo "*Barèmes medico-legali*".

Gli autori hanno voluto che la prefazione fosse fatta a quattro mani, il Maestro e l'Allievo, evidenziando così come il percorso della valutazione del danno in ambito medico legale sia un continuo divenire avente a fondamento il *sapere*, da intendersi come possesso di nozioni ricevute dall'insegnamento e dalla tradizione ma poi integrate con lo studio, l'applicazione intellettuale e la pratica.

Imponente il lavoro degli autori, che hanno raccolto in un'unica opera tutti i *Barème* frutto dell'attività dei più alti consessi medico-legali, ovvero specificamente previsti nella molteplice e variegata normativa che contraddistingue la disarmonica attività del nostro legislatore nel periodo a cavallo tra i due millenni.

È la prima volta che tutti gli strumenti da utilizzare in ambito di valutazione medico legale delle realtà esitali menomanti sono raccolti in un'unica opera. Di tutta evidenza l'utilità pratica nella quotidiana operatività professionale, per cui sono presenti tutti i presupposti per un successo editoriale e un capillare utilizzo nella quotidiana attività professionale.

Quest'opera costituisce però anche, e soprattutto, lo stato dell'arte della valutazione medico legale, con i suoi pregi e i suoi difetti.

Da un lato risalta il percorso positivo nell'ambito del risarcimento del danno alla persona, a volte conflittuale ma sempre positivamente propositivo. Trattasi di contesto operativo dove gli

stimoli della dottrina medico legale, con il concreto apporto degli autori di quest'opera in molti loro lavori, hanno potuto trovare positivo pratico riscontro.

Per contro in altri ambiti emerge immobilismo e quella che sembrerebbe una sostanziale impossibilità ad aggiornare i percorsi valutativi; ciò soprattutto in alcuni contesti socio-assistenziali, che tanta parte hanno nella tutela dei diritti dei soggetti con disabilità.

La guida inizia, né poteva essere altrimenti, con le TABELLE DI VALUTAZIONE MEDICO-LEGALE IN AMBITO DI RESPONSABILITÀ CIVILE.

Il pensiero va alla precedente pubblicazione degli stessi autori, la “*Guida alla valutazione medico-legale dell'invalidità permanente*”, che vide la prima uscita nel 2009 ma che, come evidenziato dal professor Farneti nella prefazione alla prima edizione, si inseriva nella scia dell'analoga opera di Bernardi, Luvoni, Mangili. Questo rimando porta il Maestro a ricordare quando negli anni '60 la medicina legale osò ampliare il diritto risarcitorio dall'invalidità al bene uomo, inserendo quanto poi venne radicato dal consenso scientifico medico legale, tramutando la generica invalidità nel danno biologico per poi giungere al danno alla persona inclusiva del bios e del relazionale.

In quest'ottica prospettica complimenti agli autori che, non rigidamente e anacronisticamente ancorati a idee del passato, con pensiero in evoluzione e integrativo, ci danno una esaustiva panoramica dell'oggi quale ulteriore tappa della valutazione del danno, mutata nel corso degli anni anche se non sempre al passo con il progredire delle scienze mediche e con i mutamenti della nostra società.

Condivisibile e utile la decisione di mettere a confronto le valutazioni prospettate nella tabella *di legge* per le piccole invalidità (D.M. 3 luglio 2003) e nella tabella elaborata dalla Commissione Ministeriale (D.M. 26 maggio 2004), con quelle di cui alle Linee Guida SIMLA. Percentualizzazioni che costituiscono il momento di sintesi di una metodologia valutativa cui fanno esplicito riferimento gli Autori nell'introdurle. Il confronto nella

netta maggioranza dei casi evidenzia uniformità delle valutazioni prospettate; ove sono presenti difformità, queste non dovranno essere considerate come apodittiche prese di posizione, bensì come diverse sensibilità degli estensori nell'attribuire maggiore o minore valenza ad una funzione nel contesto della relazione della persona con una sensibilità sociale in continua tumultuosa evoluzione. Proprio in questi casi, come prospettato dagli autori, massima dovrà essere la ponderata attività del medico legale, rifuggendo da quella che il professor Introna in un suo editoriale nella Rivista Italiana di Medicina Legale qualificava come la *Medicina Legale del Geometra*. La nostra disciplina si avvale di una criteriologia raffinata che rifugge dal semplicistico e acritico riferimento tabellare. Ciò perché il numero in tabella, prospettato per determinate fattispecie, deve costituire il riferimento base per una successiva personalizzazione del risarcimento in rapporto all'incidenza delle menomazioni nell'interazione ambientale e sociale di quella persona.

Passando dal risarcitorio all'indennitario (assicurativo privato), vengono riportate in due diversi capitoli le tabelle cui fanno riferimento le Polizze Infortuni e la più parte delle Polizze Malattia; i riferimenti "classici" alle tabelle ANIA ed alle Tabelle INAIL *ex* T.U. n. 1124/1965.

Decisamente utile, per la pratica operatività medico legale, l'aver incluso nell'opera la "*Tabella lesioni*" di cui all'Allegato A al Decreto PCM su "*Assicurazione obbligatoria per gli sportivi dilettanti*" (2010). L'attività sportiva ha infatti progressivamente assunto dimensioni, per ruolo sociale e numero di praticanti, tali da farla assurgere a fenomeno sociale di primaria importanza e, come tale, meritevole di specifica tutela normativa. Normativa, per la tutela degli sportivi, che è stata dettagliatamente commentata nella presente opera dal dottor Malandrino, con specificazioni relative al percorso tracciato per l'identificazione e valutazione dei danni da infortuni sportivi.

Certo questa tabella, strutturata per il solo ambito delle lesioni da attività sportiva, va ad incrementare il già nutrito

“gruppo” nel cui contesto capostipite furono le Tabelle INAIL del secolo scorso.

L'INAIL ha peraltro saputo tenere il passo con i tempi, cogliendo l'esigenza di una tutela più ampia del lavoratore, non limitata alla sua capacità lavorativa; si è così avuta l'emanazione della tabella delle menomazioni, nel 2000, con specifico riferimento al danno biologico. Tabella esaustivamente introdotta nella presente pubblicazione dal dottor Patrizio Rossi, con utili specificazioni su modalità operative espressamente previste per legge.

E giungiamo così alle dolenti note: le *“Tabelle per la valutazione medico-legale in ambito di invalidità civile”* del 1992. Gli autori, elegantemente, si limitano a riportarle sostanzialmente senza commentarle. Tabelle che andavano incluse in quest'opera per completezza e per pratica utilità, ma che definire anacronistiche è un eufemismo. Ci limitiamo in questo contesto a segnalare che recentemente la SIMLA ha prodotto un Position Paper su *“Definizione di persona con disabilità e ruolo dello specialista in Medicina legale nei processi valutativi nella prospettiva della legge 227/2”*; non è questa la sede per affrontare le tematiche della tutela della persona con disabilità, ma ci auguriamo che quanto prima venga riformulata la normativa di riferimento, prevedendo criteri ispiratori dell'accertamento e della valutazione medico legale che risultino conformi alla definizione di disabilità e coerenti con le classificazioni ICD e ICF.

Completano l'opera le *“Tabelle per la valutazione medico-legale in tema di causa di servizio”* con interessante ed esaustiva introduzione a cura di Maria Carla Mazzotti, Fabrizio Ciprani e Mario Mazzotti. Anche in questo caso siamo in presenza di strumenti per la valutazione qualificati dagli stessi autori *vetusti e complicati*, ma che andavano riportati per completezza dell'opera; da segnalare l'utile introduzione, supporto alle modalità di valutazione delle menomazioni, specie di quelle plurime che risultano in sostanziale contrasto con le attuali procedure medico-legali.

Termine estratto capitolo

INTRODUZIONE ALLE TABELLE DI VALUTAZIONE
MEDICO-LEGALE IN AMBITO
DI RESPONSABILITÀ
CIVILE

Tutti i *barèmes* medico-legali propongono una serie di menomazioni tipiche (in termini diagnostici e/o sinteticamente descrittivi), a ciascuna delle quali è correlata una indicazione valutativa che esprime la permanente diminuzione, in percentuale, rispetto al “valore totale”.

Le varie voci menomative sono accorpate secondo apparati e sistemi. Si preferisce la sistematica adottata dal Legislatore nella tabella emanata dal D.M. 3 luglio 2003 ed in quella elaborata dalla Commissione Ministeriale istituita con D.M. 26 maggio 2004, alla quale fa riferimento l’art. 138 del d.lgs. n. 209 del 7 settembre 2005: sia per la maggiore ricchezza di voci dedicate alle menomazioni viscerali, sia perché — provenendo dal Legislatore — esse dovranno sempre più costituire il riferimento preferenziale. Ciò a maggior ragione con la introduzione della legge n. 24 dell’8 marzo 2017 che, all’art. 7, comma 4, così recita “*Il danno conseguente all’attività della struttura sanitaria o sociosanitaria, pubblica o privata, e dell’esercente della professione sanitaria è risarcito sulla base delle tabelle di cui agli articoli 138 e 139 del codice delle assicurazioni private, di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, integrate, ove necessario, con la procedura di cui al comma 1 del predetto articolo 138 e sulla base dei criteri di cui ai citati articoli, per tener conto delle fattispecie da esse non previste, afferenti all’attività di cui al presente articolo*”.

I valori numerici presentati in carattere grassetto esprimono, testualmente, quanto si è estratto dalla tabella delle menomazioni

della integrità psico-fisica compresa tra 1 e 9 punti di invalidità del Decreto 3 luglio 2003, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 211 dell'11 settembre 2003; e dalla tabella delle menomazioni dal 10 al 100% (elaborata dalla Commissione Ministeriale istituita con D.M. 26 maggio 2004, alle quali fa riferimento l'art. 138 del decreto legislativo 7 settembre 2005 n. 209, esistente ancorché non formalmente consegnata in Gazzetta Ufficiale dello Stato).

Va rimarcato, pertanto, che tutti i **valori numerici nelle colonne, non contrassegnati da carattere grassetto, esprimono valutazioni che sono state elaborate dagli autori, e della presente Guida e delle, altrettanto note, "Linee Guida SIMLA"**.

Deve pure essere qui sottolineato il valore meramente indicativo dei *barèmes* medico legali, e sembra appropriato il richiamo a quanto è scritto a titolo di premessa alla tabella delle menomazioni di cui all'art. n. 138 del d.lgs. 7 settembre 2005 n. 209:

“La tabella delle menomazioni rappresenta lo strumento, in responsabilità civile... 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 e 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 della tabella medesima, essendo il danno biologico, anche nella sua componente percentualizzabile, contrassegnato da variabilità misurata sulle caratteristiche individuali della persona lesa, quale ad esempio lo stato anteriore, l'eventuale incidenza biologica dell'età e/o differenza di sesso sulla tipologia della menomazione da valutare”.

E — vorremmo aggiungere — è pure necessario prendere le distanze da quelle valutazioni (che potremmo qualificare come

“goniometriche”) che semplicemente, e comodamente, con visione miopica tengono conto delle sole limitazioni nelle escursioni articolari, le quali sono (è vero) il più frequente riferimento riprodotto in tutti i *barèmes*, ma solo perché rappresentano la variabile più facilmente sintetizzabile in termini descrittivi e non certo perché con esse si esaurisce la menomazione in tutte le sue componenti.

Dichiaratamente, le LG-SIMLA sono state diffuse con il condivisibile, lodevole proposito di abbattere il rischio di arbitrarietà così che la finale espressione percentuale del danno permanente scaturisca da un percorso valutativo ragionato secondo la forza dell'evidenza scientifica; e con l'intento (attraverso aggiornamenti di ordine clinico e strumentale) di mettere a fuoco al meglio la menomazione permanente da tradurre poi in stima medico legale. Le LG-SIMLA contribuiscono ad accompagnarci verso il più corretto inquadramento clinico-diagnostico (in termini descrittivi, qualitativo-quantitativi) e tuttavia nella valutazione numerico-percentuale, a nostro avviso non possono avere pretesa di natura cogente, come fossero autentiche linee guida. Sono troppo numerose, infatti, le variabili oggettive che possono intervenire di volta in volta a modificare le indicazioni della tabella. E la variabilità è condizione operativa ricorrente nella quotidiana professione che male si concilia con la rigidità applicativa di una LG. Infatti, come in tutti i *barèmes* anche nelle LG-SIMLA risultano frequentissimi, pressoché la regola, valori percentuali oscillanti da un minimo ad un massimo per una certa menomazione descritta; e la “duttilità” applicativa, ancora, è proprio fra i principi ispiratori della SIMLA (pag. 7).

Non sfugge, d'altro canto, che le stesse espressioni numerico-percentuali delle tabelle di legge per le micro-permanenti e della tabella della Commissione Ministeriale 26 maggio 2004, per le macro-permanenti (di cui, come detto, al d.lgs. n. 209/2005) dichiaratamente hanno valore meramente indicativo e non cogente nei casi in cui ovviamente la condizione da valutare non sia quella esattamente riprodotta dalla voce tabellata.

Da notare poi che, a fronte della stessa menomazione, LG-SIMLA e *barème* di legge talora offrono valutazioni diverse fra loro e ciò non può non destare perplessità: nel confronto deve prevalere SIMLA o il Legislatore?

Si osserva, ancora, che SIMLA, dopo avere ricordato come, oggigiorno, il baricentro sia ormai rappresentato dall'*homo socius*, così afferma (pagg. 9 e 10): *“Di conseguenza, in queste Linee Guida diverse percentuali tradizionalmente commisurate ai succitati presupposti sono state ridotte, mentre sono state incrementate quelle assegnate a menomazioni che interferiscono con funzioni ad elevata interazione ambientale e sociale, quali ad esempio quelle di tipo psico-relazionale, propriocettivo, nocicettivo, fisiognomico, comunicativo e sensoriale o che implicano in maniera scontata e costante importanti alterazioni”*.

Va da sé che per tutte le valutazioni indicate nelle tabelle che seguono, è rispettato il principio giuridico secondo cui il medico legale deve stimare il danno biologico dinamico-relazionale prestando attenzione a ricomprendere, nell'espressione numerica, i pregiudizi alle sole attività ordinarie comuni a tutti, posto che quelle del tutto personali, soggettive, sono eventualmente prese in considerazione a parte, in termini del tutto descrittivi.

Non si può nascondere, tuttavia, che più ci si avvicina alle cosiddette micropermanenti più diventa difficile, per non dire impossibile, trovare motivazioni risarcitorie che si basino su di una riconosciuta diminuzione di capacità a compiere gli atti ordinari del vivere, comuni a tutti. Inevitabilmente, infatti, in tali fattispecie non potranno che valere le indicazioni fornite da quelle consuetudini e da quelle esperienze quotidiane che hanno portato a suggerimenti convenzionali (così è nella stessa tabella di cui al D.M. del 3 luglio 2003): i soli che consentano, all'atto pratico, la soluzione del problema risarcitorio-liquidativo in molti casi; ed i soli che permettano di arrivare ad una “riparazione” economica laddove sia in gioco una permanente diminuzione di integrità esclusivamente anatomica, in assenza di concrete negative ripercussioni funzionali e di riverberi sulla “capacità” di vivere. Come si può tuare

Termine estratto capitolo

1. CAPO

1.1. CRANIO E MASSICCIO FACCIALE

	Danno biologico (%) — Guida RMG	Danno biologico (%) — Guida SIMLA
<p>Postumi soggettivi di trauma cranico commotivo eventualmente con frattura cranica semplice</p> <p>La Guida SIMLA prevede la voce “<i>esiti di trauma cranico commotivo, con o senza frattura cranica lineare composta</i>”</p>	2-4	2-4
<p>Postumi soggettivi in esiti di trauma cranico con lesioni encefaliche accertate</p> <p><i>A seconda del numero e della estensione delle aree encefaliche compromesse.</i></p> <p>La Guida SIMLA prevede la voce “<i>esiti di trauma cranico con lievi-moderate lesioni meningo-encefaliche e/o esami strumentali positivi, in base al quadro clinico</i>”</p>	5-15	5-15
<p>Breccia cranica da foro di trapano allargato, con postumi soggettivi</p> <p>La Guida SIMLA prevede una distinzione nelle due seguenti voci:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Breccia cranica di dimensioni minime (orientativamente $\leq 5 \text{ cm}^2$) ■ Breccia cranica $> 5 \text{ cm}^2$ 	5	
<p>Esiti di riposizionamento di opercolo osseo</p> <p><i>Dato da considerare in sé e per sé.</i></p>	2-5	6-15
	< 7	2-7

La Guida SIMLA prevede la voce “ <i>esiti di riposizionamento di opercolo o cranio-plastica ricostruttiva</i> ”		
Protesi sostitutiva di opercolo osseo	< 9	
<i>Dato da considerare in sé e per sé.</i>		
Postumi di frattura (singola: ndr) 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	2-5
La Guida SIMLA prevede la voce “ <i>esiti di fratture mandibolari extra-articolari e mascellari in presenza di turbe disfunzionali di grado lieve</i> ” e di “ <i>esiti di frattura dell’arco zigomatico</i> ”		
Esiti di frattura del frontale con complicanza sinusitica	2-6	
Esiti di frattura dell’orbita	2-5	
con la precisazione che “ <i>in caso di interessamento del pavimento o del tetto dell’orbita ci si orienta verso il valore massimo del range</i> ”		
Esiti di frattura del condilo mandibolare con modeste alterazioni funzionali dell’articolazione temporo-mandibolare	3-8	3
<i>I valori proposti per la polizza infortuni privilegiano gli aspetti funzionali della menomazione e comprendono dunque nel range le disfunzionalità da lieve a moderata.</i>		
La Guida SIMLA prevede la voce “ <i>esiti di frattura del condilo mandibolare</i> ”		
Esiti anatomicamente evidenti, in sé e per sé considerati, di frattura tipo Le Fort I	4-8	6-15
Esiti anatomicamente evidenti, in sé e per sé considerati, di frattura tipo Le Fort I o Le Fort III	7-11	6-15
La Guida SIMLA prevede la voce “ <i>esiti di frattura tipo Le Fort</i> ”		
Postumi di frattura delle ossa nasali e/o del setto fino alla stenosi nasale assoluta monolaterale con lieve alterazione del profilo nasale	2-6	
Esiti di frattura del setto cartilagineo del naso con modiche ripercussioni disfunzionali	1-3	
Esiti di frattura delle ossa del naso	1-5	

Stenosi nasale serrata/assoluta monolaterale	5-8	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	15	9-15
La Guida SIMLA prevede la voce “ <i>stenosi nasale serrata/assoluta bilaterale</i> ”		
Rinite allergica lieve	5	
Rinite allergica moderata-grave	6-15	
Sinusite mascellare cronica	3-5	3-5
Sinusite etmoido-sfenoidale cronica	< 8	3-5
Sinusite frontale cronica	< 8	3-5
La Guida SIMLA prevede la voce “ <i>Sinusite frontale, etmoidale, mascellare, sfenoidale</i> ”		

1.2. APPARATO MASTICATORIO

	Danno biologico (%) — Guida RMG	Danno biologico (%) — Guida SIMLA
<p>A proposito delle menomazioni dentarie appare opportuno premettere quanto espressamente riportato nella Tabella delle menomazioni alla integrità psicofisica comprese tra 1 e 9 punti di invalidità (D.M. 3 luglio 2003): “<i>In caso di perdita di singoli elementi, i valori proposti dalla tabella RCA devono comunque essere adattati al risultato funzionale (compreso il danno estetico) conseguito o conseguibile mediante terapia odontoiatrica, compreso il trattamento protesico attuato o attuabile. In linea di massima, anche in caso di protesi efficace funzionalmente ed esteticamente, ovvero in caso di devitalizzazione del singolo elemento o di sua trasformazione in pilastro, si dovrà riconoscere almeno 1/3 del valore previsto per ogni elemento fino al valore massimo tabellato per la perdita del dente ove si tratti di elemento in precedenza integro. In caso di perdite dentarie multiple, la valutazione medico-legale del danno permanente biologico deve essere effettuata considerando la residua riduzione della sua efficienza globalmente intesa, anche sulla base della riabilitazione protesica o del suo attendibile risultato</i>”.</p>		

Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria		
<i>a)</i> senza possibilità di applicazione di protesi efficaci	27	
<i>b)</i> con possibilità di applicazione di protesi efficaci	10	
Perdita di tutti i denti	35	
Perdita di tutti i denti dell'arcata superiore	28	
Perdita di tutti i denti dell'arcata inferiore	23	
Perdita di un incisivo centrale superiore	1,25	2
Perdita di un incisivo laterale	0,50	
La Guida SIMLA prevede una distinzione nelle due seguenti voci:		
■ Perdita di un incisivo laterale superiore o centrale inferiore	1,50	
■ Perdita di un incisivo laterale inferiore	1,25	
Perdita di un incisivo centrale inferiore	0,50	1,50
Perdita di un canino	1,50	
La Guida SIMLA prevede una distinzione nelle due seguenti voci:		
■ Perdita di un canino superiore	2,50	
■ Perdita di un canino inferiore	2	
Perdita di un primo premolare	0,75	1,25
Perdita di un secondo premolare	0,75	1,25
Perdita di un primo molare	1,25	2
Perdita di un secondo molare	1	1,50
Perdita di un terzo molare superiore	0,50	0,50
Perdita di un terzo molare inferiore	0,50	0,50
Sindrome di Costen o dell'angolo temporo-mandibolare, a seconda della entità della sintomatologia, della rilevanza del quadro obiettivo e dell'età dell'infortunato	5-15	
Lussazioni recidivanti temporo-mandibolari a seconda della frequenza e dell'età dell'infortunato	5-15	
Malocclusione	5-15	

Termine estratto capitolo

2.

SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO
(ENCEFALO)

2.1. CERVELLO

	Danno biologico (%) — Guida RMG	Danno biologico (%) — Guida SIMLA
Sindrome prefrontale psico-organica — forma lieve	10-20	10-20
Sindrome prefrontale psico-organica — forme medio-gravi	21-50	
Sindrome prefrontale — forma moderata	21-35	
Sindrome prefrontale — forma grave	36-60	
Sindrome prefrontale — forma gravissima	61-80	
Sindrome frontale — forma lieve	10-20	
a) Sindrome disesecutiva	10-15	
<i>All'esame neuropsicologico formale: distraibilità/turbe concentrazione, ricorrenti piccole dimenticanze/inefficienze di memoria di lavoro, supervisione attentiva e memoria prospettica, lieve rallentamento ideativo; eventualmente associata a disordini emotivi di lieve entità (impulsività, astenia, disinteresse, rinunciatarietà, affaticabilità).</i>		
b) Sindrome comportamentale	16-20	
<i>Demotivazione, disinteresse, depressione, ansia, impulsività, reazioni di intolleranza, astenia/affaticabilità, turbe del ritmo sonno/veglia in un quadro cognitivo complessivo esente da deficit/difunzioni di particolare rilievo all'esame neuropsi-</i>		

<i>cologico formale.</i>		
Sindrome frontale — forma moderata	21-50	
a) Sindrome disesecutiva	21-35	
<i>All'esame neuropsicologico formale: disfunzioni del sistema esecutivo, eventualmente associate a disfunzioni emotivo-comportamentali di entità lieve-moderata.</i>		
b) Sindrome comportamentale	36-50	
<i>Disfunzioni di moderata entità, eventualmente associate a deficit cognitivi/disesecutivi da lievi a moderate, con impoverimento dell'intelligenza emotiva/adattativa.</i>		
Sindrome frontale — forma grave	51-80	
<i>Gravi disordini cognitivi e comportamentali da danno massivo cortico-sottocorticale plurisistemico, con particolare interessamento dei circuiti fronto-temporo-limbici.</i>		
Sindrome frontale — forma gravissima	81-100	
<i>Gravi disordini cognitivi e comportamentali da danno massivo cortico-sottocorticale plurisistemico, con particolare interessamento dei circuiti fronto-temporo-limbici. Deficit cognitivi e comportamentali gravissimi: non eseguibile l'esame neuropsicologico psicométrico formale.</i>		
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	
Disturbi neuro-cognitivi stadio 1 — punteggio alla <i>Clinical Dementia Rating Scale</i> (CDR) 0-0.5		1-10
Disturbi neuro-cognitivi stadio 2 — punteggio alla <i>Clinical Dementia Rating Scale</i> (CDR) 1		11-25
Disturbi neuro-cognitivi stadio 3 — punteggio alla <i>Clinical Dementia Rating Scale</i> (CDR) 2		26-45
Disturbi neuro-cognitivi stadio 4 — punteggio alla <i>Clinical Dementia Rating Scale</i> (CDR) 3		46-80
Disturbi neuro-cognitivi stadio 5 — punteggio alla		81-100

<i>Clinical Dementia Rating Scale (CDR) 4-5</i>		
Emiattenzione spaziale (<i>neglect</i>)	10-20	
Aprassia	10-20	
Agnosia	10-20	15-30
La Guida SIMLA prevede tale percentuale anche per le allucinazioni visive, con la possibilità — per entrambe le fattispecie — “ <i>di superare il limite massimo ove la relazionalità del soggetto sia drasticamente compromessa</i> ”		
Deficit amnesico materiale-specifico	5-15	
Sindrome amnesica — disturbo lieve	5-15	
Sindrome amnesica — disturbo moderato	25-50	
Sindrome amnesica — disturbo grave	51-100	
Afasia motoria o dell’area di Broca, forma lieve	10-20	10-20
La Guida SIMLA prevede la voce “ <i>afasia fluente — lieve</i> ”		
Afasia motoria o dell’area di Broca, dalla forma media alla forma grave	21-45	
La Guida SIMLA prevede una distinzione nelle due seguenti voci:		
■ Afasia fluente moderata		21-40
■ Afasia fluente grave		41-60
Afasia senso-percettiva o dell’area di Wernicke		
forma lieve	10-20	10-20
La Guida SIMLA prevede la voce “ <i>afasia non fluente — lieve</i> ”		
forma media	21-45	21-35
La Guida SIMLA prevede la voce “ <i>afasia non fluente — moderata</i> ”		
forma grave	46-60	36-45
La Guida SIMLA prevede la voce “ <i>afasia non fluente — grave</i> ”		
Afasia globale, forma da media a grave (fino alla impossibilità di comprendere il linguaggio parlato)	60-80	61-75

<p>La Guida SIMLA prevede la voce “<i>afasia globale</i>”</p> <p>Lievissime alterazioni della favella</p> <p>Lieve riduzione di intensità della voce. Rare disfonie o esitazioni; può essere molto difficile la pronuncia di alcune unità fonetiche. Può essere utilizzato il linguaggio con minime difficoltà per le necessità personali, anche in ambienti sfavorevoli</p>		1-5
<p>Lievi alterazioni della favella</p> <p>Riduzione apprezzabile e costante dell'intensità della voce che tuttavia non inficia la comprensibilità. Disfonie e inceppamenti piuttosto frequenti che comunque non impediscono la intelligibilità del discorso; qualche unità fonetica è impossibile da pronunciare; voce bitonale. Utilizzata l'espressione orale, anche se con qualche difficoltà negli ambienti sfavorevoli</p>		6-10
<p>Moderate alterazioni della favella</p> <p>Intensità della voce costantemente e considerevolmente ridotta per cui il soggetto deve sforzarsi per conferire comprensibilità alle sue parole. Eloquio lento, impacciato e difficoltoso con problemi di intelligibilità che spesso obbligano il soggetto a ripetere. Può essere utilizzato il linguaggio in ambienti favorevoli mentre ha notevoli difficoltà e può talvolta risultare incomprensibile in ambienti rumorosi</p>		11-20
<p>Gravi alterazioni della favella</p> <p>Intensità notevolmente ridotta per cui solo con grande impegno il soggetto riesce a rendere la sua voce appena udibile ad un attento ascolto. Eloquio notevolmente stentato per cui il soggetto può essere compreso solo con grande difficoltà. La comunicazione orale è estremamente difficoltosa e possibile, nei limiti suddetti, solo in ambienti particolarmente favorevoli</p>		21-35
<p>Dislessia con deficit incompleto alla lettura</p> <p>La Guida SIMLA prevede la voce “<i>dislessia</i>”</p>	15-20	5-15
<p>Agrafia</p>	26-35	
<p>Alessia con totale incapacità alla lettura</p> <p>La Guida SIMLA prevede la voce “<i>alessia</i>”</p>	35	26-35

Termini estratto capitolo

3.

DANNO PSICHICO

A proposito di tali menomazioni appare opportuno premettere quanto espressamente riportato dalla tabella elaborata dalla Commissione istituita con D.M. 26 maggio 2004, alle quali fa riferimento l'art. 138 del d.lgs. n. 209/2005 per le invalidità dal 10% al 100%:

*“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 (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali) 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 psicopatologici 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”.

La Guida alla valutazione medico-legale di Enzo Ronchi, Luigi Mastroroberto e Umberto Genovese precisa, inoltre, che “Al di fuori dei valori percentuali sotto riportati e tratti dalla tabella come sopra detto, non può tacersi la relativa frequenza con cui ricorrono nella pratica quotidiana casi di difficile interpretazione sia in punto nesso causale o concausale sia in punto quantificazione del danno permanente. Fermo restando che la difficile problematica della causalità dovrà essere risolta attraverso acquisizione di valido, autorevole contributo psichiatrico, per quanto concerne la valutazione percentuale sembra opportuno evidenziare che in alternativa al metodo tradizionale (che lega la stima alla diagnosi), il criterio adottato dall'ultima edizione della Guida dell'AMA (che lega la valutazione alla verifica del ‘funzionamento della persona’ affetta da malattia psichiatrica piuttosto che al tipo di patologia) appare a nostro avviso più adeguato alle finalità che qui ci occupano. Segnatamente ciò potrebbe tornare di precisa utilità nei casi non contemplati nelle voci di danno sotto riportate o che male vi si adattano. Non vi si potranno reperire valori numerici ma validi aiuti a carattere descrittivo nel determinare il funzionamento del soggetto in esame”.

	Danno biologico (%) — Guida RMG	Danno biologico (%) — Guida SIMLA
Disturbo somatoforme indifferenziato lieve o disturbo dell'adattamento cronico lieve	< 5	6-10
La Guida SIMLA prevede la voce “ <i>disturbo dell'adattamento non complicato</i> ”		
Disturbo somatoforme indifferenziato da moderato a grave o disturbo dell'adattamento cronico da moderato a grave	6-10	11-15
La Guida SIMLA prevede la voce “ <i>disturbo dell'adattamento complicato</i> ”		

Disturbo d'ansia generalizzato; disturbi da attacchi di panico; fobie — forme lievi	10-15	11-15
Disturbo d'ansia generalizzato; disturbi da attacchi di panico; fobie — forme da lieve a moderata o lieve complicata	16-20	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	21-25
Disturbo d'ansia generalizzato; disturbi da attacchi di panico; fobie — forme da grave o moderata complicata, a grave complicata	26-30	26-30
Disturbo post-traumatico da stress cronico — forme lievi	10-20	11-15
Disturbo post-traumatico da stress cronico — forme da lieve a moderata o lieve complicata	21-25	16-20
Disturbo post-traumatico da stress cronico — forme da moderata o lieve complicata, a grave o moderata complicata	26-30	21-25
Disturbo post-traumatico da stress cronico — forme da grave o moderata complicata a grave complicata	31-35	26-30
Disturbo depressivo maggiore cronico — forme da lieve a moderata o lieve complicata	10-30	21-25
Disturbo depressivo maggiore cronico — forme da moderata o lieve complicata a grave con melanconia, fino alla presenza di sintomi psicotici e agiti suicidari	31-75	
Disturbo depressivo maggiore — forma moderata o lieve con disturbi coesistenti		26-30
Disturbo depressivo maggiore — forma grave, ma senza melanconia e senza sintomi psicotici, oppure moderata con disturbi coesistenti		31-35

Disturbo depressivo maggiore — forma grave, con disturbi coesistenti ma senza melanconia e senza sintomi psicotici, oppure grave, con melanconia ma senza disturbi coesistenti e senza sintomi psicotici		36-40
Disturbo depressivo maggiore — forma grave, con melanconia e con disturbi coesistenti ma senza sintomi psicotici		41-45
Disturbo depressivo maggiore — forma grave, con melanconia e con sintomi psicotici		46-60
Disturbo depressivo maggiore — forma con melanconia, sintomi psicotici e agiti suicidari		61-75
Disturbo depressivo persistente — forma lieve		16-20
Disturbo depressivo persistente — forma moderata o lieve con disturbi coesistenti		21-25
Disturbo depressivo persistente — forma grave o moderata con disturbi coesistenti		26-30
Disturbo depressivo persistente — forma grave con disturbi coesistenti		31-35
Disturbo reattivo dell'attaccamento — forma lieve		11-15
Disturbo reattivo dell'attaccamento — forma lieve complicata o moderata		16-20
Disturbo reattivo dell'attaccamento — forma moderata complicata o grave		21-25
Disturbo reattivo dell'attaccamento — forma grave complicata		26-30
Disturbo da impegno sociale disinibito — forma lieve		6-10
Disturbo da impegno sociale disinibito — forma lieve complicata o moderata		11-15
Disturbo da impegno sociale disinibito — forma con		16-20

Termine estratto capitolo

4.

ORGANI DI SENSO

4.1. APPARATO VISIVO

Annessi oculari

	Danno biologico (%) — Guida RMG	Danno biologico (%) — Guida SIMLA
Ptosi palpebrale, a seconda dell'entità	< 10	
Ptosi palpebrale lieve, in assenza di deficit del campo visivo	1-3	
Ptosi palpebrale mono o bilaterale di 1 e 2 grado	5-8	
Ptosi palpebrale bilaterale di 3 grado	20	
Blefarospasmo, lagoftalmo, epifora, ectropion, entropion, obliterazione monolaterale delle vie lacrimali	≤ 5	
Epifora, a seconda dell'entità e della mono o bilateralità	3-8	
Entropion, ectropion, trichiasi (a seconda dell'entità e della mono o bilateralità)	4-10	
Entropion		
con trichiasi	2-5	
senza trichiasi	1-2	
Ectropion		
con blefarocongiuntivite	2-5	
senza blefarocongiuntivite	1-2	
Lagoftalmo, a seconda dell'entità dell'esposizione corneale e dell'eventuale presenza di lesioni alla cornea	2-5	

Lagoftalmo senza danno corneale, a seconda dell'entità e della mono o bilateralità		4-6
Lagoftalmo con danno corneale, a seconda dell'entità e della mono o bilateralità		8-15
Occlusione delle vie lacrimali con ripetuti documentati episodi di dacriocistite senza dacriocistite	1-4	4-6
Blefarospasmo, a seconda della frequenza delle iniezioni di botulino che si rendono necessarie	1-6	2-8
Anchiloblefaron, simblefaron		5
Simblefaron con esposizione corneale	15	
Occhio secco	3-8	

Congiuntiva

	Danno biologico (%) — Guida RMG	Danno biologico (%) — Guida SIMLA
Blefarocongiuntivite <i>La diagnosi e la gravità si stabiliscono in base alla storia clinica, all'obiettività, all'esame del film lacrimale e al tipo di terapia.</i>	1-4	
Xeroftalmia <i>La diagnosi e la gravità si stabiliscono in base alla storia clinica, all'obiettività, all'esame del film lacrimale e al tipo di terapia.</i>	1-6	
Pterigio con visus conservato <i>La gravità è data dall'obiettività, dall'oftalmometro (eventuale presenza di astigmatismo irregolare) e dalla topografia corneale.</i>	1-4	

Cornea

	Danno biologico (%) — Guida RMG	Danno biologico (%) — Guida SIMLA
Leucomi con <i>visus</i> conservato <i>La gravità è data dalla presenza di fotofobia, dall'eventuale alterazione della sensibilità al contrasto e/o irregolarità della superficie corneale rilevata con la topografia corneale e dalla localizzazione.</i>	1-3	
Sindrome delle erosioni corneali ricorrenti <i>La gravità è data dalla frequenza delle recidive e dalla terapia in atto.</i>	1-3	

Camera anteriore

	Danno biologico (%) — Guida RMG	Danno biologico (%) — Guida SIMLA
Sinechie irido-corneali, iridodialisi, iridectomie con interferenza sulla motilità pupillare	1-3	
senza interferenza sulla motilità pupillare	1	
Esoftalmo, a seconda dell'entità o della mono o bilaterale	4-7	
Esoftalmo indiretto	1-4	

Cristallino

	Danno biologico (%) — Guida RMG	Danno biologico (%) — Guida SIMLA
Opacità traumatiche senza perdita del <i>visus</i> ma con riferita fotofobia e abbagliamento (in base all'entità ed alla localizzazione)	1-3	1-3

Sublussazione del cristallino (in base all'entità)	1-4	4
Pseudofachia monoculare, a parte l'eventuale deficit visivo, a seconda dell'età	< 5	
Pseudofachia monolaterale nel bambino		7
Pseudofachia monolaterale nell'adulto		2-5
Pseudofachia binoculare, a parte l'eventuale deficit visivo, a seconda dell'età	5-10	
Pseudofachia bilaterale nel bambino		10
Pseudofachia bilaterale nell'adulto		5-10
Afachia monolaterale nel bambino		15
Afachia bilaterale nel bambino		20
Afachia monolaterale nell'adulto		7-10
Afachia bilaterale nell'adulto		15-20
Deficit della accomodazione non fachica		1-4
Deficit dell'adattamento		1-5

Vitreo

	Danno biologico (%) — Guida RMG	Danno biologico (%) — Guida SIMLA
Marcati addensamenti conseguenti a specifiche patologie, ad esempio endoftalmiti o distacco di retina (in base all'entità)	1-5	
Distacco posteriore del vitreo (a seconda della estensione e della entità delle miodesopsie)	1-3	
Esiti di intervento di parete o di vitrectomia per distacco retinico		5
Miodesopsie a seconda dell'entità del disturbo		2-4
Deficit della sensibilità al contrasto		1-5
Metamorfopsia a seconda dell'entità e della presenza di bilaterali, oltre		7-15

Termine estratto capitolo

5.

RACHIDE E BACINO

5.1. RACHIDE CERVICALE

	Danno biologico (%) — Guida RMG	Danno biologico (%) — Guida SIMLA
Esiti di frattura di un corpo vertebrale cervicale con residua deformazione somatica, a seconda del deficit funzionale e dei disturbi trofico-sensitivi	10-12	
Esiti di frattura di un corpo vertebrale cervicale da schiacciamento, senza cuneizzazione (riduzione di altezza del muro anteriore < 50%)	6-9	
Esiti dolorosi di frattura di una apofisi (<i>traversa o spinosa</i>) 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	2-6	
Esiti di frattura dell'arco posteriore di una vertebra	2-6	
Esiti di frattura di una o più apofisi cervicali		2-6
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 sub-assiale — Classe I (frattura somatica senza schiacciamento e con moderata limitazione dell'escursione articolare)		3-6
Esiti di frattura sub-assiale — Classe II (frattura di uno o più corpi vertebrali, associata a deformazione somatica, con rilevante limitazione dell'escursione ar-		7-15

Patologia discale — classe I (protrusione discale, o esiti di erniectomia ad un solo livello, in presenza di lieve deficit funzionale)		2-5
Patologia discale — classe II (ernia discale o esiti di erniectomia ad uno o più livelli con moderato quadro clinico disfunzionale, sintomatologia algica recidivante al distretto interessato e radicolopatia strumentalmente accertata)		6-12
Patologia discale — classe III (ernia discale, o esiti di erniectomia ad uno o più livelli, con grave quadro clinico disfunzionale [sfumata mielopatia o radicolopatia strumentalmente accertata] e sintomatologia algica recidivante o continua al distretto interessato, non sufficientemente responsiva alla terapia)		13-25
Esiti di intervento per ernia del disco cervicale post-traumatica	4-8	
Esiti di trauma minore del collo con persistente rachialgia	≤ 2	
<i>La Guida di Ronchi, Mastroroberto e Genovese segnala che "il trauma minore del collo rappresenta la patologia cui, più di ogni altra, il legislatore ha inteso rivolgersi quando ha redatto l'art. 32 della legge 27/2012, successiva quindi al decreto ministeriale del 2003 con il quale è stata approvata la tabella che riporta questa voce. L'argomento è già stato trattato diffusamente in un capitolo di questa Guida, nel quale sono state riportate le opinioni degli autori. Ad esso, dunque, rimandiamo per la interpretazione da dare alla norma di legge".</i>		
Esiti di trauma minore del collo con persistente rachialgia, limitazione antalgica dei movimenti del capo e con disturbi trofico-sensitivi radicolari strumentalmente accertati	2-4	
Esiti di distorsione — grado II WAD (limitazione di almeno due escursioni articolari da 1/4 a 1/3 e due o più <i>trigger points</i> positivi muscoli lunghi e/o trapezio e/o SCM)		1-3
Esiti di distorsione — grado III-IV WAD (limitazione di più di due escursioni articolari di oltre 1/2 e disturbi trofico-sensitivi radicolari strumentalmente accertati)		4-6
Stenosi <i>score</i> 1-4 JOAC		2-8

Stenosi score 5-8 JOAC		9-15
Stenosi score 9-13 JOAC		16-20
Stenosi score 14-17 JOAC		21-30
<p>Per la valutazione della stenosi a livello cervicale, si richiama il riferimento allo score proposto dalla Japanese Orthopaedic Association Classification (JOAC), che prevede l'attribuzione di un punteggio a diversi criteri, come segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dolore (0-1); - limitazione funzionale (0-3); - deformità anatomica (0-3); - intervento chirurgico (non effettuato: 0; effettuato: 1); - radicolopia strumentalmente accertata (0-3); - mielopatia strumentalmente accertata interessante gli arti superiori (0-3); - mielopatia strumentalmente accertata interessante gli arti inferiori (0-3). <p>Il totale ottenibile varia da un minimo di 0 ad un massimo di 17.</p>		

5.2. RACHIDE DORSALE

	Danno biologico (%) — Guida RMG	Danno biologico (%) — Guida SIMLA
Esiti dolorosi di frattura da schiacciamento di un corpo vertebrale da D1 a D10 con residua cuneizzazione	4-6	
Esiti di frattura di una o più apofisi dorsali		1-5
Esiti di frattura vertebrale — classe I (frattura somatica, con lieve compressione e/o cuneizzazione, comunque < 25% e con moderata sintomatologia dolorosa, senza indicazione chirurgica)		2-5
Esiti di frattura vertebrale — classe II (frattura di uno o più corpi vertebrali, con compressione e/o cuneizzazione compresa fra il 50% ed il 25%, con o senza retropulsione di frammenti)		6-10

Termine estratto capitolo

6.

ARTI SUPERIORI

6.1. PERDITE ANATOMICHE

	Danno biologico (%) — Guida RMG		Danno biologico (%) — Guida SIMLA	
	D	Nd	D	Nd
<p>Si ricorda che, così come previsto dalla Tabella delle menomazioni alla integrità psico-fisica comprese tra 10 e 100 punti di invalidità, elaborata dalla Commissione Ministeriale di cui all'articolo n. 138 del d.lgs. 7 Settembre 2005, n. 209, "le voci tabellate per perdite anatomiche sono già comprensive del pregiudizio estetico salvo i casi di anomalo processo di cicatrizzazione. Come espressamente previsto, inoltre, 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".</p>				
Perdita anatomica totale di entrambi gli arti superiori	85		85	
Perdita anatomica totale di un arto superiore, in relazione alla possibilità di protesizzazione	60-65	55-60	60-65	55-60
<p>La Guida SIMLA precisa che "Il riferimento proposto attiene alle amputazioni prossimali rispetto al gomito; per orientarsi all'interno del range si deve tener conto del livello dell'amputazione e della tipologia del moncone, nonché delle possibi-</p>				

<p>lità di posizionamento di protesi articolabile al gomito e, quindi, di un qualche recupero, seppur parziale, delle funzioni dell'arto. Per le disarticolazioni di spalla è — per lo più — applicabile la percentuale massima”.</p> <p>Perdita anatomica dell'avambraccio a qualsiasi altezza compresa fra terzo prossimale e terzo distale, in relazione alla possibilità di protesizzazione o perdita totale della mano, in relazione alla possibilità di protesizzazione</p> <p>La Guida SIMLA precisa che <i>“La possibilità di applicare protesi funzionali cinematiche o ad energia esterna, solitamente condizionata dalla tipologia del moncone, può consentire parziali recuperi della funzione prensile. Il gap tra il limite inferiore previsto per le amputazioni dell'intero arto (60 d.) e quello superiore prospettato per le amputazioni di avambraccio (55 d.) sono confacenti a quei casi in cui l'articolazione del gomito è notevolmente ridotta, con conseguente limitazione della mobilità del dispositivo protesico, comportando condizioni di poco difforme rispetto alle amputazioni dell'arto”.</i></p>	50-55	45-50	50-55	45-50
Perdita di tutte le dita della mano all'articolazione metacarpo-falangea eccetto il pollice	35	31		
Perdita di entrambe le mani	75		80	
Perdita di tutte le dita di entrambe le mani all'articolazione metacarpo-falangea eccetto i polli	65			
Perdita di tutte le dita della mano	48	43	48	43
Perdita di pollice e indice			35	33
Perdita di pollice, indice e medio			41	38
Perdita di pollice, indice, medio ed anulare			44	41
Perdita di indice e medio			23	21
Perdita di indice, medio ed anulare			31	29
Perdita di indice, medio, anulare e mignolo			39	36
Perdita di medio ed anulare			19	17
Anchilosi in flessione di tutte le dita lunghe			39	36
Perdita di medio, anulare e mignolo			30	28
Perdita di anulare e mignolo			19	17

Perdita di 4,3 e 2 dita	Valutazione complessiva, avuto riguardo al valore tabellato per la perdita di tutte le dita (48%-43%) e dell'importanza funzionale di ciascun dito			
	22	20		
Perdita del pollice e del primo metacarpo	22	20	22	20
Perdita del pollice	20	18	20	18
Perdita dell'indice	11	9	11	9
Perdita del medio	7	6	7	6
Perdita dell'anulare	6	5	6	5
Perdita del mignolo	8	7	8	7
Perdita della falange ungueale del pollice	10	9	10	9
Perdita della falange ungueale dell'indice	5	4	5	4
Perdita della falange ungueale del medio	3	2	3	2
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3	2	3	2
Perdita della falange ungueale del mignolo	4	3	4	3
Perdita delle ultime due falangi dell'indice	8	7	8	7
Perdita delle ultime due falangi del medio	5	4	5	4
Perdita delle ultime due falangi dell'anulare	4	3	4	3
Perdita delle ultime due falangi del mignolo	6	5	6	5

6.2. MENOMAZIONI FUNZIONALI OSTEO-ARTICOLARI

Spalla

	Danno biologico (%) — Guida RMG		Danno biologico (%) — Guida SIMLA	
	<i>D</i>	<i>Nd</i>	<i>D</i>	<i>Nd</i>
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	25	30	28
Anchilosi completa della scapolo-omerale in posizione favorevole (arto addotto fra 20° e 50° ed elevato fra 20° e 40°) senza limitazione della scapolo-toracica	25	20	25	23
Limitazione del movimento di abduzione-elevazione della scapolo-omerale con escursione articolare possibile sino a 45°			20	18
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	11	15	13
La Guida SIMLA prevede la voce “ <i>Escursione articolare della scapolo-omerale limitata globalmente di circa la metà (elevazione ed abduzione possibili sino a 90°, rotazioni possibili per metà, senza limitazione della scapolo-toracica)</i> ”				
Limitazione del movimento di abduzione-elevazione della scapolo-omerale con escursione articolare possibile sino a 90°			12	10
Perdita del solo movimento di rotazione della scapolo-omerale			8	7
Escursione articolare della scapolo-omerale limitata globalmente di 1/3 (ad esempio: elevazione possibile per 110°, abduzione per 90° e rotazioni per due terzi)	9	7	9	8

Termine estratto capitolo