

LINEE GUIDA PER IL GIUDIZIO DI PLAUSIBILITÀ E CONGRUITÀ DELLE SPESE PER TRATTAMENTI FISIOTERAPICI IN CASO DI TRAUMI MINORI

**Associazione Medico-Giuridica M. GIOIA
SIMFER
2011**

**** ** * * * * * ** ****

Premessa

Nel risarcimento del danno alla persona in responsabilità civile il compito del Medico Legale non è solo quello di valutare le conseguenze delle lesioni riportate in termini di quantificazione del danno temporaneo e permanente, ma anche quello di esprimere un giudizio sulla congruità e necessità delle spese mediche di cui si avanza richiesta di rimborso.

In caso di traumi maggiori il compito è più agevole, essendovi solitamente una continuità di informazioni documentali fra l'evolvere delle condizioni cliniche e le terapie effettuate, con possibilità di accertare anche se e in che misura queste sono state efficaci.

Nei casi invece di lesioni minori, di natura semplicemente contusiva o distorsiva ovvero generate unicamente da energia inerziale, nelle quali la patologia iniziale è molto spesso non obiettivabile, diagnosticata unicamente sui disturbi riferiti dal paziente, il compito è decisamente più complesso.

È diffusa la sensazione (ma in alcuni casi vi è stata anche la prova acquisita in corso di indagini giudiziarie per frode assicurativa), che in casi di micropermanente la "nota delle spese" per accertamenti (per lo più ecografie, ma a volte anche le più costose TAC ed RMN), ma soprattutto per cure fisioterapiche, faccia riferimento a prestazioni sanitarie addirittura mai effettuate, documentate da fatture emesse da centri diagnostici e fisioterapici compiacenti, quando non addirittura direttamente di proprietà delle agenzie di infortunistica che gestiscono il sinistro.

Ancora, altro e più diffuso sistema per raggiungere lo stesso scopo, è quello di far prescrivere queste indagini e questi cicli di cure fisiche da professionisti che, in qualche modo, sono collegati ad un determinato studio legale o (più frequentemente) ad una agenzia di infortunistica, indagini e cure che probabilmente vengono anche realmente effettuate, ma che in realtà non hanno una vera indicazione clinica (nel senso che nella pratica medica a finalità di diagnosi e cura, le condizioni del paziente non giustificano usualmente l'esecuzione di indagini così costose né la prescrizione di cure fisiche che spesso – ed ovviamente non a caso – non fanno parte di quelle erogabili in regime di convenzione col SSN).

Tutto ciò è peraltro ben rappresentato dai dati economici forniti dalle Compagnie di Assicurazione; dati secondo i quali, da quando è entrata in vigore la legge 57/2001, che in qualche modo ha ridotto il valore economico del danno permanente, si è registrato un incremento esponenziale delle richieste di rimborso di spese mediche. Ed è poco verosimile pensare che fino al marzo 2001 i lesi non si sottoponevano a cure fisiche oppure che lo facevano senza poi richiederne il rimborso.

Risulta, pertanto, necessario giungere ad una definizione di quelli che sono gli elementi di garanzia di appropriatezza di presa in carico, di prescrizione e di esecuzione dell'intervento riabilitativo in caso di micropermanenti tenendo conto di quella che è stata a tutt'oggi l'evoluzione della "buona pratica", della normativa regionale e nazionale in materia sanitaria.

In primis è necessario considerare il ruolo del prescrittore cioè di colui che, competente, per formazione, della materia può garantire la prescrizione più appropriata. Poiché in Riabilitazione viene data priorità alla presa in carico onnicomprensiva della persona disabile e non vengono erogate mere prestazioni di rieducazione funzionale d'organo monospecialistiche (criterio di "appropriatezza") il medico competente risulta essere il Fisiatra, cioè lo specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione. Anche nella Scuola di Specializzazione viene riconosciuta questa peculiarità e, infatti, il nuovo ordinamento universitario prevede che la direzione sia dello specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione. Il SSN riconosce la prestazione di riabilitazione solo in presenza di un Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) redatto dal Fisiatra e anche il nuovo Piano di indirizzo della Riabilitazione, al fine di superare ogni equivoco residuo, ha sentito il bisogno di definire chi è lo specialista in Riabilitazione cioè "un medico con Specializzazione in Medicina Fisica e Riabilitazione ed equipollenti, ovvero un medico in possesso di specialità in discipline affini per le quali ha ottenuto, nel rispetto delle normative concorsuali, l'accesso professionale alla Medicina Fisica e Riabilitazione, ovvero un medico chirurgo in possesso di specialità in altre discipline che, come da normativa concorsuale, ha anzianità di servizio in strutture dedicate ad attività riabilitative individuate da questo documento".

La presenza di un PRI redatto dal Fisiatra rappresenta lo strumento specifico, sintetico ed organico, unico per ciascuna persona, che giustifica l'esecuzione di un programma riabilitativo da parte del Fisiatra stesso o di una professione appartenente al *team*. Ogni intervento risulta non fine a sé stesso, ma guidato da un programma riabilitativo inserito in un PRI e conseguentemente orientato al raggiungimento di obiettivi ben definiti e misurabili (criterio della "presa in carico onnicomprensiva" e della "verificabilità dell'efficacia degli interventi");

Nel progetto riabilitativo si definiscono le aree di intervento specifico, gli obiettivi, i professionisti coinvolti, i *setting*, le metodologie e le metodiche riabilitative, i tempi di realizzazione e la verifica degli interventi che costituiscono i Programmi Riabilitativi, i quali specificano:

- modalità di presa in carico da parte di una determinata struttura o professionista nel rispetto dei criteri dell'accreditamento;
- obiettivi da raggiungere a breve e medio termine;
- modalità e tempi di erogazione delle singole prestazioni previste;
- misure di esito atteso appropriate per la valutazione degli interventi;
- tempi di verifica e conclusione.

La presenza del PRI diventa fondamentale per rappresentare l'intero percorso di recupero dell'Assicurato e per giustificare la rimborsabilità.

Ugualmente importante nella valutazione dell'appropriatezza della presa in carico del paziente è il riconoscimento da parte del Medico Legale della struttura erogante. Questa può essere un centro ambulatoriale riabilitativo (CAR) pubblico o accreditato, privato o uno studio fisioterapico. Tutti debbono rispettare le norme vigenti in materia di accreditamento e di autorizzazione. Infatti, nel 1992, è stato affidato alle Regioni il

compito di disciplinare i procedimenti relativi all'autorizzazione e all'accreditamento delle strutture sanitarie (D.Lgs. n. 502 del 1992, art. 8). Il DPR 14 gennaio 1997 approva "l'Atto di indirizzo e coordinamento in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private". Con il D.Lgs. n. 229 del 1999 e, infine con la Legge costituzionale n. 3/2001 si è meglio dettagliato il quadro di riferimento normativo entro il quale le Regioni dovevano operare ed ogni regione ha, quindi, regolamentato le proprie procedure. Il CRA, in base alla propria organizzazione e dotazione organica e tecnologica, garantisce, al meglio, l'appropriatezza e la sicurezza di intervento attraverso la presenza del medico e l'azione del *team* riabilitativo. Permette, inoltre, di garantire il confronto e l'attività di formazione continua degli operatori. È utile ricordare che l'impiego di terapie "ad alta energia" deve essere erogata in strutture che prevedono la presenza del medico al fine di poter affrontare eventuali eventi avversi. Pertanto risulta problematica l'erogazione di terapie fisiche all'interno di studi fisioterapici che vedono il fisioterapista, da solo, svolgere il programma riabilitativo. In presenza di questa forma di erogazione professionale, quando prevista dalle norme regionali, deve essere comunque presente un PRI redatto dal Fisiatra e riconoscibile unicamente gli interventi che non prevedono l'impiego di mezzi fisici (per esempio laser CO2, TECAR, onde d'urto eccetera).

Presentazione al documento

Il Medico Legale per fare delle valutazioni scientificamente e professionalmente corrette deve verificare con il dovuto spirito critico la natura delle prestazioni sanitarie per cui è avanzata richiesta di rimborso.

È peraltro evidente la piena legittimità del rimborso delle spese indicate ed opportune, che sono da considerare legittime anche quando non hanno conseguito risultati soddisfacenti.

Si pone quindi la necessità di disporre di un ulteriore strumento tecnico che consenta di orientarsi in maniera corretta in questo ambito, in modo da non giungere a giudizi inappropriati che neghino il rimborso di spese che in quel particolare caso è legittimo riconoscere, ma allo stesso tempo consenta di motivare un parere negativo, nel caso vi sia l'evidenza che le prestazioni sanitarie eccedano da una corretta pratica clinica.

Lo strumento tecnico è rappresentato dal PRI redatto dal Fisiatra e indicante le aree di intervento specifico, gli obiettivi, i professionisti coinvolti, i *setting*, le metodologie e le metodiche riabilitative, i tempi di realizzazione e la verifica degli interventi che costituiscono i Programmi Riabilitativi, i quali specificano le modalità di presa in carico da parte di una determinata struttura o professionista nel rispetto dei criteri dell'accreditamento, obiettivi da raggiungere a breve e medio termine, modalità e tempi di erogazione delle singole prestazioni previste, misure di esito atteso appropriate per la valutazione degli interventi e tempi di verifica e conclusione.

La struttura erogante deve essere un preferibilmente il CRA che in base alla propria organizzazione e dotazione organica e tecnologica, garantisce, al meglio, l'appropriatezza e la sicurezza di intervento e dell'azione del *team* riabilitativo. Scopo, quindi, del documento redatto congiuntamente dalla SIMFER e dalla Associazione Melchiorre Gioia è quello di indicare, almeno per le principali lesioni che

si riscontrato nella casistica ordinaria della valutazione del danno in RCA (Responsabilità Civile Auto):

- ✓ quali terapie possono ritenersi realmente efficaci;
- ✓ in quante sedute esse debbono essere praticate perché si possa avere normalmente un effetto benefico;
- ✓ entro quale fase della malattia traumatica è ragionevole e pertinente esse vengano effettuate;
- ✓ quale è un ragionevole costo medio per seduta;
- ✓ quali sono le strutture sanitarie ed i professionisti legittimati ad effettuare questi trattamenti.

Partendo da questa schematizzazione, le indicazioni che questo documento si propone di dare saranno raggruppate in due parti:

- ✓ una, generale, nella quale si esporranno quali sono, in base alle normative vigenti, le prestazioni di terapia fisica che possono ritenersi realmente tali, quali le figure professionali abilitate ad erogarle e quali le modalità con cui debba essere effettuata la scelta del trattamento;
- ✓ una speciale, nella quale verranno date, per le lesioni minori che più frequentemente derivano da incidenti stradali, le indicazioni sui tipi di trattamento che ha senso effettuare ed in quale fase della malattia traumatica la loro esecuzione ha un reale razionale scientifico.

Naturalmente questo documento deve intendersi come una Linea Guida operativa, ma solo l'esperienza professionale del Medico Legale, la competenza scientifica e la sua conoscenza della realtà locale potranno permettere di esprimere giudizi corretti sulla congruità, adeguatezza ed appropriatezza delle terapie effettuate.

Parte generale

Professionisti legittimati ad effettuare trattamenti di medicina fisica e riabilitativa

Lo specialista in Medicina Fisica e Riabilitativa (MFR)

La MFR è una specialità medica indipendente in tutti i Paesi d'Europa, tranne che in Danimarca e Malta. In Italia la durata della formazione è di cinque anni. Lo specialista in MFR deve avere maturato conoscenze scientifiche e professionali nel campo della fisiologia, fisiopatologia, clinica e terapia delle menomazioni, disabilità, nonché delle possibilità di partecipazione della persona disabile alla vita sociale e delle condizioni ambientali che la condizionano secondo le indicazioni contenute nella *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Egli deve prendere in carico globalmente la persona disabile, saper condurre il lavoro di un *team* di Riabilitazione per portarlo alla definizione, ed alle periodiche verifiche, di un PRI, e dei singoli Programmi che lo costituiscono.

La diagnostica e l'inquadramento del paziente in MFR comprendono tutte le dimensioni delle funzioni e strutture corporee, attività e aspetti di partecipazione rilevanti per il

processo riabilitativo. Pertanto gli specialisti in MFR sviluppano un piano di interventi basati sulla diagnosi e disabilità del paziente redigendo il PRI. Dopodiché, lo specialista o un altro membro del *team* multiprofessionale (terapista occupazionale, fisioterapista, infermiere, logopedista eccetera) esegue i diversi interventi (Programmi Riabilitativi) per risolvere un determinato problema. Gli interventi comprendono:

1) interventi medici:

— prescrizione di medicinali volti al ripristino o al miglioramento delle strutture corporee e/o della funzione, per esempio la terapia del dolore, la terapia antinfiammatoria, la regolazione del tono muscolare;

— procedure pratiche, comprese le iniezioni e altre tecniche di somministrazione dei farmaci;

— definizione (PRI) e revisione degli interventi (*outcome*);

— prognosi;

2) terapie fisiche:

— terapia manuale per rigidità articolari reversibili e disfunzioni dei tessuti molli correlate;

— chinesiterapia ed esercizio terapeutico;

— elettroterapia;

3) altre terapie, compresi ultrasuoni, applicazione di caldo e freddo, fototerapia (per esempio, laserterapia), idroterapia e balneoterapia, diatermia, massoterapia, terapia linfatica (linfodrenaggio manuale);

4) terapia occupazionale per:

— analizzare le attività, come quelle della vita quotidiana e occupazionale, e vicariare menomazioni di strutture corporee (per esempio, ortesi);

— insegnare al paziente le capacità per superare le barriere all'attività quotidiana (per esempio adattare attrezzature private);

— allenarsi data la presenza di funzioni e percezione compromesse;

— rafforzare la motivazione;

5) terapia della parola e del linguaggio all'interno degli schemi di specifici programmi riabilitativi complessi;

6) gestione della disfagia;

7) interventi neurofisiologici;

8) inquadramento e intervento psicologico, compresa la fornitura di suggerimenti;

9) terapia nutrizionale;

10) fornitura di apparecchiature per la disabilità, tecnologia per l'assistenza, protesi, ortesi, supporti tecnici e ausili;

11) educazione del paziente;

12) *nursing* riabilitativo.

Il fisioterapista

In base al D.M. 14.9.94 n. 741 il fisioterapista è quell'operatore sanitario abilitato a svolgere in via autonoma o in collaborazione con altre figure sanitarie, prevenzione cura e riabilitazione nelle aree della motricità, delle funzioni corticali superiori e di quelle viscerali conseguenti ad eventi patologici a varia eziologia, congenita o acquisita.

In riferimento alla diagnosi ed alle prescrizioni del medico, nell'ambito delle proprie competenze, il terapeuta della Riabilitazione elabora, anche in *équipe* multidisciplinari, la definizione del Programma di Riabilitazione volto all'individuazione ed al superamento del bisogno di salute del disabile. Egli può praticare autonomamente attività terapeutiche per la rieducazione funzionale delle disabilità motorie, psicomotorie e cognitive utilizzando terapie fisiche, manuali, massoterapiche e occupazionali. Propone inoltre l'adozione di protesi ed ausili, ne addestra all'uso e ne verifica l'efficacia. Svolge attività di studio, didattica e consulenza professionale nei servizi sanitari ed in quelli dove si richiedono le sue competenze professionali. Ancora, verifica le rispondenze della metodologia riabilitativa attuata agli obiettivi di recupero funzionale.

L'attività del fisioterapista comprende e si sostanzia nel recupero e nella rieducazione funzionale del paziente e si qualifica in:

- ✓ *assoluta* se gli atti compiuti dal fisioterapista, nel corso delle sedute, avvengono in piena autonomia, ossia sono del tutto affidati al professionista e quindi indipendenti; *tali prestazioni sono assoggettate all'aliquota IVA ordinaria* e per tale motivo *non* rappresentano prestazioni sanitarie finalizzate al trattamento di lesioni traumatiche. Prestazioni di fisioterapia erogate sotto questa forma e documentate da parcella assoggettata ad IVA non sono di regola rimborsabili in una pratica risarcitoria;
- ✓ *relativa* quando la prestazione fisioterapica risulta in riferimento ad una diagnosi e prescrizioni mediche. Tali prestazioni sono esenti dall'IVA e come tali risultano prestazioni sanitarie a tutti gli effetti.

Inoltre, ai sensi dell'art. 1, comma 6, del D.M. n. 741/94, l'attività del fisioterapista può essere esercitata in strutture sanitarie pubbliche o private "autorizzate ai sensi del DPR 14/01/97" o presso studi privati per "[...] prestazioni manuali non coordinate e senza l'uso di apparecchi elettromedicali".

Secondo la sentenza della Corte di Cassazione, n. 10043, sez. III del 30 dicembre 1995 deve ritenersi "ambulatorio", e come tale ne deve essere preventivamente autorizzata l'apertura, ogni struttura aziendale destinata a diagnosi e/o terapia sanitaria extraospedaliera.

Altro strumento che regola l'attività del fisioterapista è il Codice Deontologico di tali professionisti che, testualmente recita:

"Il fisioterapista elabora il programma terapeutico-riabilitativo in riferimento alla diagnosi ed alla prescrizione medica [...]" (art 11), a sottolineare come l'attività svolta a fini terapeutici non possa in nessun modo prescindere dalla diagnosi e dalle indicazioni curative prescritte dal medico.

Sono considerati attestati equipollenti al diploma universitario di fisioterapista ai sensi del D.L. 27.7.00:

- ✓ il fisiokinesiterapista (corsi biennali di formazione specifica ex legge 19 gennaio 1942, n. 86);
- ✓ il tecnico fisioterapista della riabilitazione (D.P.R. n. 162, del 10 marzo 1982);
- ✓ il terapeuta della riabilitazione dell'apparato motore (D.P.R. n. 162, del 10 marzo 1982);

- ✓ il terapeuta della riabilitazione (Legge 30 marzo 1971, n. 118 - Decreto del Ministro della Sanità 10 febbraio 1974 e normative regionali - D.P.R. n. 162, del 10 marzo 1982 - Legge 11 novembre 1990, n. 341);
- ✓ il massofisioterapista (corso triennale o biennale di formazione specifica legge 19 maggio 1971, n. 403), anche se tale ultima figura lavora unicamente su prescrizione medica.

Non esiste un albo o un ordine dei fisioterapisti, ma il fisioterapista per esercitare attività libero professionale deve comunque effettuare l'iscrizione al pubblico registro delle Professioni e delle arti Sanitarie (ai sensi degli artt. 99 e 100, cap. 1, titolo 2, del R.D. 27-7-34 n. 1265 e successive modifiche).

Quali trattamenti sono, dunque, rimborsabili?

Perché una prestazione di medicina fisica e riabilitativa, espletata nel decorso di una malattia traumatica, risulti regolarmente rimborsabile dal responsabile civile deve rispondere ai seguenti requisiti:

- ✓ essere prevista dal PRI redatto, in tutte le sue parti, dal Medico Specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione;
- ✓ essere effettuata da figure professionali giuridicamente riconosciute presso studi o strutture autorizzate e/o accreditate all'esercizio della pratica medica;
- ✓ le spese di cui si chiede il rimborso devono essere accompagnate da ticket e/o ricevuta fiscale che attestino analiticamente i trattamenti effettuati ed il costo delle singole prestazioni, o in maniera analitica o in forma di compenso orario.

Parte speciale

Nella seconda parte di questo documento abbiamo preso in esame le più frequenti patologie post-traumatiche minori.

Per ciascuna di esse abbiamo elencato i trattamenti più di frequente utilizzati. Sono elencate anche terapie "innovative" e non ancora inserite nei LEA e quelle che sono state escluse. Il Medico Fisiatra nella redazione del PRI deve tenere conto delle prove di evidenza di ogni singola prestazione ma anche della esperienza maturata nella associazione delle stesse. Spesso l'obiettivo del PRI dipende della scelta temporale (quando utilizzare) e di associazione delle singole terapie.

Ancora, per ciascuna patologia considerata abbiamo ritenuto indicati i trattamenti unicamente nella prima fase del decorso clinico, entro 40-50 giorni dall'evento acuto, quando essi hanno dimostrato avere una efficacia capace di influenzare in grado significativamente positivo il processo biologico e funzionale di recupero della lesione. Il periodo medio considerato è scaturito, oltre che dal criterio clinico sopra menzionato, dall'analisi retrospettiva di un campione di circa 35.000 casi di lesioni derivanti da sinistri della circolazione stradale (periodo luglio 2004, ottobre 2005). La casistica fa riferimento a un campione di sinistri analizzati in sede medico-legale e già definiti in sede risarcitoria.

COLONNA CERVICALE DORSALE E **LOMBARE**

RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE¹	10 sedute
RIEDUCAZIONE MOTRIA DI GRUPPO	10 sedute
MASSOTERAPIA²	10 sedute. Non prevista dai LEA
MEDICINA MANUALE⁴	4 sedute
TENS O DIADINAMICHE	10 sedute
LASER	10
MESOTERAPIA⁴	3-5 sedute
INFILTRAZIONI⁴	3-5 sedute
AGOPUNTURA⁴	5-10 sedute
TECARTERAPIA	5- 10 sedute. Non inserita nei LEA
MARCONI/ONDE CORTE	10 sedute. Non prevista dai LEA
ULTRASUONI	10 sedute
ELETTROSTIMOLAZIONE MUSCOLARE³	10 sedute
MAGNETOTERAPIA	10 sedute

COMPLESSO ARTICOLARE DELLA SPALLA

RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE¹	10-20 sedute
ELETTROSTIMOLAZIONE MUSCOLARE³	10-20 sedute
TENS- O DIADINAMICHE	10- 20 sedute
LASER	10-20 sedute
ONDE D'URTO⁴	3-5 sedute.
RADAR/MICROONDE	10 sedute. Non prevista dai LEA
MESOTERAPIA⁴	3-5 sedute
INFILTRAZIONI⁴	3-5 sedute
ULTRASUONI	10 sedute
AGOPUNTURA⁴	5 sedute
TECARTERAPIA	10 sedute. Non inserita nei LEA

ARTICOLAZIONI DI GOMITO, POLSO E MANO

RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE¹	10-20 sedute
ELETTROSTIMOLAZIONE MUSCOLARE³	10-20 sedute
TENS- O DIADINAMICHE	10- 20 sedute
LASER	10-20 sedute
ONDE D'URTO (solo per il gomito)⁴	3-5 sedute
MESOTERAPIA⁴	3-5 sedute
RADAR/MICROONDE	10 sedute. Non prevista dai LEA
INFILTRAZIONI⁴	3-5 sedute
AGOPUNTURA⁴	5 sedute
TECARTERAPIA	5-10 sedute. Non inserita nei LEA
ULTRASUONI	10 sedute

COMPLESSO ARTICOLARE DEL GINOCCHIO

RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE¹	10-20 sedute
ELETTROSTIMOLAZIONE MUSCOLARE³	10-20 sedute
TENS- O DIADINAMICHE	10-20 sedute
LASER	10-20 sedute
ONDE D'URTO⁴	3-5 sedute
RADAR/MICROONDE	10 sedute. Non prevista dai LEA
MESOTERAPIA⁴	3-5 sedute
INFILTRAZIONI⁴	3-5 sedute
MAGNETOTERAPIA	10 sedute
AGOPUNTURA⁴	5 sedute
TECARTERAPIA	5-10 sedute. Non inserita nei LEA
ULTRASUONI	10 sedute

ARTICOLAZIONI DI ANCA CAVIGLIA E PIEDE

RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE¹	10-20 sedute
TENS- O DIADINAMICHE	10- 20 sedute
LASER	10-20 sedute
ONDE D'URTO (solo per caviglia e piede)	3-5 sedute
MESOTERAPIA⁴	3-5 sedute
INFILTRAZIONI⁴	3-5 sedute
AGOPUNTURA⁴	5 sedute
MARCONI/ONDE CORTE	10 sedute. Non prevista dai LEA
ULTRASUONI	10 sedute
RADAR/MICROONDE	10 sedute. Non prevista dai LEA
MAGNETOTERAPIA	10 sedute
TECARTERAPIA	5-10 sedute. Non inserita nei LEA

NOTE:

1 Si intende, oltre a rieducazione motoria, kinesiterapia, pompaggio, rieducazione posturale globale, mobilizzazioni, idrokinesiterapia.

2 Si intende, oltre alla tradizionale massoterapia, massaggio connettivale, massaggio riflessogeno, massaggio trasversale profondo, massaggio drenante, idromassaggio.

3 Per muscoli normoinnervati, parzialmente innervati e denervati.

4 Prestazione unicamente medica.

Per il numero di sedute si intende mediamente 1 ora di trattamento per volta con un massimo di 3 terapie; in genere viene effettuato un solo ciclo anche se in taluni casi si può ammettere un secondo ciclo di terapie.