



# SOCIETA' MEDICO LEGALE DEL TRIVENETO



## Documento della Società Medicolegale Triveneta

Atti del Convegno Medico-giuridico Società Medicolegale Triveneta - Padova 12 maggio 2018

### Criteri di valutazione medico legale delle spese sanitarie per “lesioni di lieve entità” in regime libero professionale

Il consiglio Direttivo della SMLT - preso atto delle crescenti criticità interpretative tecniche sulla materia di cui in oggetto - ritiene di proporre un documento di riflessione e proposta operativa sulla problematica delle spese di natura sanitaria conseguenti a lesioni di lieve entità.

Fino a qualche anno fa non vi era una particolare attenzione alle spese di diagnosi e cura per lesioni di lieve entità nei quesiti posti al consulente tecnico medico legale, sia in quelli dell'Ufficio, sia nel contesto di una relazione stragiudiziale per Compagnia di Assicurazione. La problematica poteva sorgere in casi particolari, con richieste di rimborso spese particolarmente ingenti e non certo routinariamente.

L'aumento progressivo delle richieste di risarcimento in ambito di “micropermanenti” ha causato una attenzione crescente del debitore su questo titolo di danno, con lo sviluppo di un atteggiamento di resistenza e perplessità giustificate in particolare da notevoli differenze dei costi tra zona e zona d'Italia e dal riscontro di deprecabili casi di truffa.

In estrema sintesi è necessario preliminarmente ricordare che i presupposti giuridici del risarcimento dei costi di diagnosi e cura da lesione personale risiedono nell' art. 2043 c.c. : “ *Qualunque fatto doloso o colposo, che cagiona ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno*” e nell'art. 1223 c.c.:” *Il risarcimento del danno... deve comprendere così la perdita subita dal creditore come il mancato guadagno, in quanto ne siano conseguenza immediata e diretta.*”.

Tali costi rappresentano quindi “danno emergente”.

Va anche considerato il dettato dell'art.1227 c.c.:” *Il risarcimento non è dovuto per i danni che il creditore avrebbe potuto evitare usando l'ordinaria diligenza*”.

Stabilita quindi l'esistenza del fatto ingiusto, le spese di cura devono trovare idonea compatibilità o congruità, a seconda del quesito posto. Semplificando, le spese devono essere, in primo luogo, in nesso di causa con le lesioni e il creditore deve sostenerle usando la ordinaria diligenza.

È chiaro che il paziente non può avere la competenza tecnica per decidere quale piano di trattamento vuole intraprendere e quale livello diagnostico porre in essere. La ordinaria diligenza del danneggiato non può che essere quella di rivolgersi a figure professionali competenti, cioè al medico, eventualmente anche specialista, o ad altre professioni sanitarie competenti per la fattispecie di lesione subita

Rientra nella ordinaria diligenza, altresì, anche porre il debitore di fronte a chiari documenti comprovanti le avvenute cure e la spesa sostenuta.

Il compito dello specialista medico legale, tuttavia, non si esaurisce qui:

Egli, oltre a stabilire se vi sia nesso di causa tra cure effettuate e le lesioni subite, a verificare che esistano dei regolari documenti di spesa e che i prestatori d'opera siano esercenti una professione sanitaria, deve altresì valutare criticamente il piano di trattamento posto in essere. E cioè se quanto fatto sia conveniente, appropriato (qualitativamente e quantitativamente) e infine opportuno. Infine se i costi siano aderenti alle tariffe in linea di massima praticate nel proprio ambito Territoriale.

La problematica è particolarmente rilevante, per frequenza certamente, nel caso di “colpo di frusta”. Patologia sulla quale si è focalizzata preliminarmente l'attenzione.

Con questo documento in sintesi si forniscono al lettore:

- 1- Indicazione di linee guida e sostanzialmente condivise buone pratiche nel caso di colpo di frusta
- 2- Risultati di una indagine conoscitiva della SMLT sui costi per le prestazioni più frequentemente poste in essere in ambito Veneto e di Friuli Venezia Giulia
- 3- Proposta di metodologia valutativa della documentazione di spesa, con particolare riferimento alla prova del danno e cioè alla dimostrazione dell'esecuzione delle cure, in conformità a prescrizione medica e attraverso professionisti sanitari.

1) Per quanto riguarda il primo punto è necessario segnalare che esistono in letteratura varie e molteplici indicazioni sulle cure praticabili in caso di “colpo di frusta “ e quale sia il percorso virtuoso per questa patologia. Il colpo di frusta, a prescindere da qualsiasi grado venga esso classificato, dovrebbe essere inquadrato diagnosticamente in maniera corretta dallo specialista in radiologia o traumatologia o medicina riabilitativa.

Per avere una linea di azione efficace e diretta ci si può utilmente attenere all'algoritmo terapeutico della Quebec Task Force che ad oggi risulta ancora essere la linea guida più sicura sul trattamento del colpo di frusta cervicale.

Ricordiamo la classificazione classica della Quebec Task Force:

| GRADO | SINTOMI   |
|-------|---|
| 0     | -Nessuna lamentela di dolore al collo<br>-Nessun sintomo fisico   |
| 1     | -Dolore al collo, rigidità cervicale, stato di tensione cervicale<br>-Nessun sintomo fisico   |
| 2     | -Dolore al collo<br>-Sintomi muscolo-scheletrici<br>-Diminuzione del ROM cervicale<br>-Tender points  |
| 3     | -Dolore al collo<br>-Sintomi muscoloscheletrici<br>-Sintomi neurologici tra cui:<br>-riflessi tendinei profondi ipoelicitabili o assenti<br>-debolezza muscolare<br>-deficit sensoriali |
| 4     | -Fratture o sublussazioni cervicali   |

Per quanto riguarda i gradi I e II in letteratura è evidenziato quanto sia utile assicurare sin dall'inizio il paziente e affrontare in maniera acuta il dolore con interventi terapeutici mirati e sempre associati e volti all'analgesia, come terapie farmacologiche, manuali, fisiche ecc...

Inoltre è importante nei primi gradi di distorsione cervicale incoraggiare il paziente a continuare ad eseguire le routinarie attività quotidiane.

Nei gradi I e II se il dolore e la sintomatologia persistono oltre le 6 settimane è importante valutare l'intervento di un team di specialisti multidisciplinare.

In acuto, entro 3 settimane, nel grado III è importante assicurare ed incoraggiare il paziente a svolgere le normali attività quotidiane, gestire il dolore (terapie fisiche, manuali e farmacologiche) e se i sintomi non recedono considerare il riposo. Dopo 6 settimane, se la sintomatologia persiste è raccomandato rivalutare il paziente ed eventualmente prendere in considerazione l'intervento di un team di specialisti.

E' fondamentale, da quanto emerge dalla più recente letteratura, cominciare il trattamento riabilitativo il **prima possibile e in maniera combinata** per alleviare la sintomatologia dolorosa e neurologica ed evitare importanti sequele a lungo termine.

Tutta la Letteratura è concorde sulla necessità di cure precoci. Questo assume rilievo perché giustifica il ricorso del danneggiato a strutture ambulatoriali private, stante l'impossibilità del Servizio Sanitario Pubblico di assolvere in condizione di "priorità" alla esecuzione delle cure (cioè nei tempi brevi compatibili con le indicazioni di letteratura).

Qui riportati i riferimenti bibliografici recenti

1) Pathology and Treatment of Traumatic Cervical Spine Syndrome: Whiplash Injury

Nobuhiro Tanaka, et al. 2018

2) Management of neck pain and associated disorders: A clinical practice guideline from the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMa) Collaboration

2015

3) Neck pain: revision 2017: clinical practice guidelines linked to the International Classification of Functioning, Disability, and Health from the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. J Orthop Sports Phys Ther. 2017. Blanpied PR, Gross AR, Elliott JM, et al.

4) Guidelines for the management of acute whiplash associated disorders for health professionals, edita a cura di “ State Insurance Regulatory Authority (SIRA) Australiana” , presenti sul sito SNLG dell’ Istituto Superiore di Sanità quali buone pratiche

(<https://www.sira.nsw.gov.au/resources-library/motor-accident-resources/publications/for-professionals/whiplash-resources/SIRA08104-Whiplash-Guidelines-1117-396479.pdf>)

2) il secondo aspetto da considerare è il **costo adeguato delle prestazioni ritenute congrue**.

La SMLT ha svolto un’indagine sul territorio del Veneto e del Friuli Venezia Giulia acquisendo dai centri di fisioterapia i tariffari o deducendo i costi da eventuali documenti di spesa giunti all’attenzione dei colleghi.

È stato possibile così valutare quali sono i costi medi indicandone i minimi e massimi riscontrati.

Tale documento è di seguito riportato.

Esso potrà fornire dati indicativi utili a indicare una valutazione adeguata e motivata al committente.



# SOCIETA' MEDICO LEGALE DEL TRIVENETO



Ricognizione sulle tariffe medie praticate dagli ambulatoriali privati per le principali prestazioni sanitarie fisioterapiche inerenti le lesività traumatiche con danni micropermanenti. **Maggio 2018**

Di seguito si riportano i dati di un'indagine recente effettuata dal Direttivo della Società Medico Legale Triveneta con riguardo ai costi dei trattamenti fisioterapici per le lesioni traumatiche di lieve entità (*ex art. 139 Cod. Assicurazioni*) negli ambiti del Veneto e del Friuli Venezia Giulia.

| DESCRIZIONE PRESTAZIONE FISIOTERAPIA            | IMPORTO                |
|---|------------------------|
| VALUTAZIONE SEDUTA DI FISIOTERAPIA              | EURO da 40,00 ad 90,00 |
| SEDUTA DI FISIOTERAPIA 1 ora                    | EURO da 40,00 a 65,00  |
| SEDUTE DI RIEDUCAZIONE FUNZIONALE 1 ora         | EURO da 30,00 a 65,00  |
| SEDUTE DI RIEDUCAZIONE FUNZIONALE IN CIRCUITO   | EURO da 30,00 a 40,00  |
| SEDUTA DI RIED. FUNZIONALE IN ACQUA INDIVIDUALE | EURO da 25,00 a 70,00  |
| TEST DI ISOCINETICA 2 movimenti                 | EURO da 50,00 a 110,00 |
| SEDUTE DI TECARTERAPIA                          | EURO da 25,00 a 65,00  |
| SEDUTE DI CORRENTI DIADINAMICHE                 | EURO da 09,50 a 21,00  |
| SEDUTE DI CORRENTI INTERFERENZIALI              | EURO da 10,00 a 21,00  |
| SEDUTE DI ELETTROSTIMOLAZIONE                   | EURO da 10,00 a 21,00  |
| SEDUTE DI IONOFRESI                             | EURO da 09,00 a 21,00  |
| SEDUTE DI LASER NEODIMIO – YAG                  | EURO da 20,00 a 50,00  |
| SEDUTE DI LASERTERAPIA ANTALGICA                | EURO da 10,00 a 24,00  |
| SEDUTE DI MAGNETOTERAPIA                        | EURO da 05,00 a 19,00  |
| SEDUTE DI TENS                                  | EURO da 10,00 a 21,00  |
| SEDUTE DI ULTRASUONI A CONTATTO/IMMERSIONE      | EURO da 10,00 a 30,00  |
| BEMER TERAPIA                                   | EURO da 10,00 a 29,00  |
| MASSOTERAPIA DISTRETTUALE ½ ora                 | EURO da 30,00 a 55,00  |

|                           |                        |
|---------------------------|------------------------|
| ONDE D'URTO               | EURO da 25,00 a 90,00  |
| LINFODRENAGGIO SEGMENTALE | EURO da 40,00 a 80,00  |
| TEST ISOCINETICO          | EURO da 50,00 a 110,00 |

## COSTI INDICATIVI DELLE VISITE SPECIALISTICHE E DEI PIU' FREQUENTI ESAMI STRUMENTALI

|  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| VISITA SPECIALISTICA ORTOPEDICA E/O FISIATRICA<br>con certificazione                     | EURO fino ad 130,00               |
| VISITA SPECIALISTICA ORTOPEDICA E/O FISIATRICA DI <b>CONTROLLO</b><br>con certificazione | Fino a 1/3 del costo prima visita |
| ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE  | EURO 100,00/130,00                |
| VISITA ORL   | EURO 90,00/110,00                 |
| ESAME VESTIBOLARE  | EURO 50,00                        |
| PEDANA STABILOMETRICA  | EURO 50,00                        |
| ESAME AUDIOMETRICO   | EURO 50,00                        |

## RACCOMANDAZIONI IN TEMA DI ACCERTAMENTO DEI POSTUMI

Riteniamo auspicabile che il trattamento fisioriabilitativo effettuato dall'infortunato venga attestato da un documento di sintesi che riporti **la tipologia del trattamento medesimo, la data di esecuzione con sottoscrizione da parte dell'operatore che lo ha effettuato con contestuale presa d'atto con sottoscrizione da parte del paziente**

3) Vi è infine da considerare che il giudizio medico legale è in definitiva il passaggio propedeutico al successivo risarcimento del danno emergente per tale fattispecie. Di fatto la valutazione medico-legale è **l'avallo del riconoscimento di un danno**.

È evidente la responsabilità che ne deriva per il CTU o per il Fiduciario di Compagnia, che in questa fattispecie non quantifica un danno sulla base di riscontri personali diretti (come avviene invece nel caso della visita medico-legale e della conseguente eventuale quantificazione dell'invalidità permanente).

Qui il Medicolegale valuta esclusivamente sulla base di documenti prodotti.

È chiaro quindi che ha il diritto di avere della documentazione che non possa prestarsi ad equivoci. La responsabilità potrebbe divenire sua, qualora venissero riconosciute delle spese che di fatto non sono state sostenute o comunque per il ristoro per cure che nella realtà non vi sono state.

Non si tratta di atteggiamento fiscale ma di richiesta di poter effettuare una stima a fronte di dati documentali certi.

D'altro canto l'evenienza di situazioni anomale è nota a tutti e quindi non è possibile dare per scontata la presenza dei richiesti danni emergenti senza una valutazione critica asettica "super partes".

Vi è quindi la necessità, e questa diviene una proposta quindi metodologica, che i documenti di spesa siano corredati da un chiaro piano di trattamento e la documentazione attesti l'esecuzione di queste cure e la partecipazione del ricorrente danneggiato alle stesse.

Si auspica quindi che le parti ricorrenti forniscano dei documenti in cui non solo è presente la prescrizione e la ricevuta o il preavviso ma anche documentazione da cui risulti che il sanitario che ha praticato la terapia - sia essa manuale o fisica - abbia i requisiti di esercente di professione sanitaria: In sostanza che si tratti di un laureato in fisioterapia o di una massofisioterapista abilitato.

Inoltre che vengono documentati i giorni di esecuzione delle cure, su un documento in cui compaia, per il giorno di cura, la firma del sanitario abilitato e la firma del paziente.

Attraverso una procedura di questo tipo riteniamo che il criterio probatorio possa essere meglio dimostrato.



## **I COSTI della Consulenza Medicolegale**

La prestazione di Consulenza Specialistica medicolegale extragiudiziaria di “Parte” è specificatamente indicata dall’art 9 del DRP n 254 / 2006, che **prevede il rimborso delle spese medicolegali**

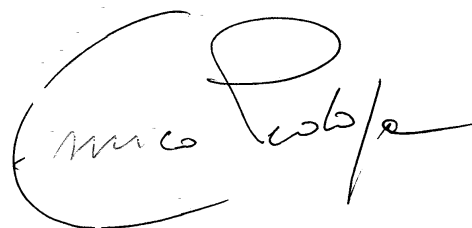
Per i costi di detta prestazione Specialistica sono in uso da anni gli specifici e consolidati orientamenti Tariffari Nazionali SISMLA (esaminabili in dettaglio sul Sito SISMLA ORG)

I costi per le prestazioni di Consulenza Specialistica Medicolegali “di Parte” in fase di Contenzioso Giudiziario – **specificatamente previste dall’art 201 del Codice di Procedura Civile** – possono trovare analoghi riferimenti nelle citate indicazioni Tariffarie Nazionali Sismla

Padova 12 maggio 2018

Per il Consiglio Direttivo SMLT

Il Segretario Dott. Enrico Pedoja

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Enrico Pedoja". The signature is written in a cursive style with a large initial 'E' and 'P'.