



Inevitabilità di una lesione: concetto giuridico, medico legale o...logico?

Sul concetto di inevitabilità di una lesione c'è confusione o poco coraggio. Dire che un medico ha compiuto un gesto chirurgico imperito è un problema? Ecco la storia di una laminectomia lombare e di una lacerazione della dura madre. Il destino? Incontinenza e sedia a rotelle

E' frequente leggere delle "timide" relazioni medico legali (fatte in collegiale) in cui percepire il vero significato di inevitabilità è davvero difficile.

Non voglio perdermi nella prefazione dei fatti, ritengo utile riportare di seguito le note fatte ai colleghi sul concetto di prevedibilità ed evitabilità di una lesione e la loro valutazione caso per caso in cui si stilano le linee guida per distinguere una c.d. complicanza da un errore.

Note alla bozza di CTU:

“Pur apprezzando il lavoro svolto dal collegio peritale – in linea di massima e laddove riconosce la sussistenza del nesso causale e l’omessa dimostrazione, ad opera di controparte, dell’assenza di colpa in capo alla stessa – si ritiene comunque di procedere alle seguenti osservazioni:

I CCTTUU rispondo al sesto quesito posto dal Giudice come qui di seguito riportato:

“6 – in caso di accertata colpa medica, quantifichi il CTU l’entità del danno biologico permanente e temporaneo patiti dalla perizianda in conseguenza dell’errore professionale, tenuto conto della situazione patologica preesistente e quindi facendo una valutazione in termini di danno differenziale: Nel caso di specie appare congruo affermare una I.T.T. da prolungata ospedalizzazione per gg. 87 (ricovero in Unità spinale dal 01.12.09 al 16.03.2010) ed una riduzione della complessiva validità del soggetto da ipostenia arto inferiore dx e vescica neurologica del 40 – 45% (secondo tabelle SIMLA 2016) indipendentemente dalle condizioni patologiche preesistenti e susseguenti ai fatti per cui è causa”.

I CCTTUU quantificano, sottostimandolo, il danno biologico, e di conseguenza riconoscono la sussistenza di una colpa medica. La premessa infatti è l’*accertata colpa medica*.

Che ci sia colpa medica e, in particolar modo, del chirurgo operatore, non vi sono dubbi, ma bisogna evidenziare come gli stimati colleghi, forse per lasciare alle parti il compito di conciliare in termini economici, non hanno positivamente qualificato la colpa dei sanitari, oltre a non aver motivato la valutazione del maggior danno.

Partiamo da quest’ultimo.

Il maggior danno si calcola attraverso la sottrazione (dalla valutazione del danno attuale) della stima del danno atteso dopo un intervento chirurgico ben effettuato. E il danno atteso, evidentemente, deve contenere le eventuali

preesistenze naturali.

La perizianda attualmente non deambula autonomamente ed è incontinente come affermato dal collegio peritale. Tale valutazione nella sua complessità non vale meno di 85%

Analizziamo le preesistenze

La paziente, come affermato dal collegio, soffriva di sindrome del canale lombare stenotico come dimostra la RMN precedente all'intervento e il suo stato clinico evidenziava comunque una deambulazione autonoma con difficoltà.

Qual'era l'obiettivo dell'intervento?

Ridurre la stenosi lombare tra L3 e L5 per migliorare la deambulazione (che si ripete era autonoma) e permettere alla paziente una marcia senza dolori o comunque "lunga" permettendo alla stessa di compiere le attività strumentali e di base della vita quotidiana con meno sofferenza di prima.

Quale poteva essere la valutazione di simile obiettivo? Certamente non superiore al 10%.

I colleghi CTU affermano che la situazione attuale della perizianda comprende anche l'evoluzione della patologia artrosica vertebrale senza però motivare perché, dopo 8 anni dall'intervento, la paziente sarebbe stata non autonoma nella deambulazione. E comunque senza indicare da quando sarebbero cominciati i problemi della deambulazione, ad intervento riuscito, tali da compromettere gravemente, come all'attualità, la deambulazione della perizianda.

Ma ancor di più non hanno provato a motivare quanto la lesione neurologica intraoperatoria abbia inciso.

Di questo si sa con certezza che dal post operatorio la paziente non ha ripreso mai una deambulazione autonoma malgrado la riabilitazione effettuata.

Sappiamo, inoltre, che la lesione iatrogena ha causato da subito *“deficit di moto del piede dx con parestesie, scarso controllo degli sfinteri e difficile controllo della stazione eretta e della marcia”*. Ci viene da domandarci quanto il deficit dell'arto inf. abbia contribuito alla scarsa capacità motoria della paziente e quanto ciò abbia accelerato il prodursi del danno attuale e quanto sia causa diretta dello stato attuale. Forse si dovrebbe discutere anche del danno *“anticipato”*.

Comunque, un mancato ragionamento sui tali punti cardine penso stia alla base della ritenuta insoddisfacente valutazione del 40-45% fatta dal collega medico legale. E ciò considerando che il solo esclusivo danno da incontinenza valga 30%.

Si ritiene che una giusta valutazione non possa essere inferiore al 60% come maggior danno da intendersi a partenza dal 20-25% se consideriamo che parte della situazione clinica attuale sia da attribuirsi ad una evoluzione della patologia di base (da dimostrare!) o che comunque sia da calcolare anche una parte di danno anticipato.

Sulla complicità della lacerazione durale I CCTUU scrivono:

“La paziente fu sottoposta ad intervento di decompressione del canale lombare stenotico con laminectomia decompressiva di L4 estesa cranialmente e caudalmente. L'intervento fu complicato da una lacerazione durale con verosimile associato danno radicolare. Infatti, nel post operatorio la paziente presentò un deficit della motilità distale all'arto inferiore destro associato a incontinenza vescicale evidenziata come vescica neurologica.

Nonostante le cure riabilitative cui si è sottoposta attualmente è affetta da un deficit di forza muscolare all'arto inferiore di destra con disturbo sfinterico vescicale.....

Questo tipo d'intervento è gravato, come in generale quelli di

chirurgia spinale, da possibili **complicanze**: dalla lacerazione durale a lesioni radicolari con associato danno neurologico quali radicolopatia, compressione midollare, deficit motori, radicolite. Sebbene tali complicazioni siano in generale rare possono determinare importanti menomazioni ai pazienti. (range dal 5 al 15% con media di circa il 9%).

In particolare nel caso della laminectomia decompressiva lombare queste sono rappresentate, per quanto riguarda il diretto danno neurologico, dalla lacerazione durale con coinvolgimento delle radici della cauda equina, con percentuali riportate in letteratura che variano dal 2,8% al 6%.

La tecnica chirurgica della laminectomia decompressiva si può avvalere di diversi sistemi operativi, dal solo utilizzo dei laminotomi, del trapano ad alta velocità (drill), e più recentemente dall'utilizzo di sistemi ad ultrasuoni. Generalmente nella pratica clinica sono molto spesso utilizzati congiuntamente sia i laminotomi sia il drill sia nella chirurgia a cielo aperto sia endoscopica.

L'utilizzo diffuso dei trapani ad alta velocità in neurochirurgia risale agli anni 90 e da allora si è avuto un sempre più esteso impiego anche in chirurgia spinale^{[13][14]} .

Le possibilità di danno lacerativo durale e di coinvolgimento della radici spinali con l'uso del drill e dei laminotomi è più che accertata. In particolare il coinvolgimento con danno radicolare e lacerazione durale è possibile sia con l'utilizzo dei laminotomi sia con il drill o congiuntamente".

E' chiaro che viene riconosciuta la lacerazione durale con associato danno radicolare. D'altronde non si potrebbe giustificare altrimenti il deficit di forza dell'arto inferiore destro con disturbo sfinterico. L'utilizzo, però, della parola "complicato" potrebbe indurre il lettore in un equivoco.

Sul punto si vuole ricordare ai CCTTUU come la Cassazione, ma soprattutto la migliore medicina legale, abbia specificato che:

col lemma "complicanza", la medicina clinica designa solitamente un evento dannoso, insorto nel corso dell'iter terapeutico, che pur essendo astrattamente prevedibile, non sarebbe evitabile. Tale concetto è inutile nel campo giuridico e in campo logico.

Quando, infatti, nel corso dell'esecuzione di un intervento o dopo la conclusione di esso si verifici un peggioramento delle condizioni del paziente, delle due l'una:

– o tale peggioramento era prevedibile ed evitabile, ed in tal caso esso va ascritto a colpa del medico, a nulla rilevando che la statistica clinica lo annoveri in linea teorica tra le "complicanze";

– ovvero tale peggioramento non era prevedibile oppure non era evitabile: ed in tal caso esso integra gli estremi della "causa non imputabile" di cui all'art. 1218 c.c., a nulla rilevando che la statistica clinica non lo annoveri in linea teorica tra le "complicanze".

I CCTTUU scrivono chiaramente:

"Nel caso in esame, durante l'intervento si è avuta, mentre l'operatore utilizzava il drill per ridurre lo spessore della lamina vertebrale, una lacerazione durale con associato danno radicolare e conseguente danno neurologico".

Di conseguenza viene riconosciuto in pieno il nesso causale tra il danno e la condotta dei sanitari. La questione sostanziale è se si trattava di complicanza inevitabile e/o imprevedibile o il contrario.

Che fosse prevedibile è stato abbondantemente argomentato dagli stessi CCTTUU.

Il punto da esplicitare meglio è se fosse evitabile o meno.

I CCTTUU scrivono:

*“L’esecuzione dell’intervento con uso anche di drill è stata corretta stando ai paramenti di prassi chirurgica consolidata. In definitiva nel caso in oggetto, relativamente anche all’uso della strumentazione in uso all’epoca dei fatti e diffusamente utilizzato in ambito neurochirurgico, il danno neurologico post operatorio è relativo ad una complicità prevedibile ma **non sempre prevenibile**”.*

Da un punto di vista logico scrivere “non sempre prevenibile” significa, de facto, riconoscere la prevenibilità, di massima (cioè nella maggioranza dei casi).

Si vuole ricordare ai CCTTUU come l’uso del drill, ovvero del trapanino, non è mandatorio o necessario per l’esecuzione della laminectomia.

Certamente è una opzione che rende più veloce la procedura, ma non apporta alcun vantaggio rispetto all’uso delle pinze ossivore (pinze Kerrison) che è sicuramente più lenta ma ugualmente efficace ed è gravato (nella laminectomia) da minori rischi di lacerazione durale.

Infatti qualunque chirurgo spinale sa bene (e vorremmo che anche questo concetto fosse evidenziato nell’elaborato conclusivo del ctu) che se il chirurgo non ha la sensibilità di arrestare in tempo il drill, lo stesso lacera la dura madre che è immediatamente al di sotto della lamina.

Invece con l’utilizzo delle pinze ossivore non c’è bisogno di tale sensibilità o “fortuna”, in quanto è un metodo più sicuro, tanto che è utilizzato anche dai chirurghi meno esperti.

Su tale argomento, concludere da parte nostra (ctp) con tale affermazione potrebbe sembrare una posizione apodittica e, per

l'appunto, esclusivamente di parte. Invitando il collega ctu neurochirurgo ad evidenziare studi dove i due procedimenti suddetti abbiano una probabilità simile di procurare un evento avverso come quello successo alla sig.ra G. S., la risarcibilità delle conseguenze di tale complicanza (secondo noi assolutamente colposa) hanno altri aspetti importanti da valutare.

Premessa la convinzione che trattasi di gesto chirurgico imperito, analizziamo i titoli della colpa dei sanitari sotto l'aspetto della negligenza e della prudenza.

E ciò si può effettuare tramite l'analisi dei concetti di prevedibilità e inevitabilità.

Un evento è prevedibile quando ex ante:

- 1) Statisticamente, uno specifico intervento può produrre una lesione nota alla scienza medica (criterio della possibilità scientifica);
- 2) si analizzano le preesistenze del paziente e in base a queste si valuta la probabilità che un evento avverso possa accadere più facilmente rispetto ad un soggetto diverso e, dunque, deprivato di quelle preesistenze.

Nel caso della sig.ra G. S. era noto ai sanitari che la stessa soffriva di canale lombare stenotico per cui andava valutata la possibilità che ciò accadesse (lacerazione durale e relativa conseguenza).

Dunque sarebbe stato compito dei sanitari:

1. a) dare specifiche informazioni alla paziente delle possibili complicanze PIU' frequenti per quella situazione;
2. b) dare specifiche informazioni su come si sarebbe potuta evitare quella o altra complicanza effettuando una tecnica operatoria X o Y o Z

Questo primo aspetto sembra essere assolutamente deficitario nel foglio di consenso firmato dalla paziente.

Tale deficit informativo, seguito da un maggior danno alla salute va risarcito non solo come lesione del diritto alla autodeterminazione, ma anche sotto forma di danno alla salute conseguente. Infatti, pur volendo invertire l'onere probatorio in capo alla paziente, questa, se informata delle minori probabilità dell'evento avverso, invece accaduto, avrebbe certamente scelto la tecnica operatoria che prevedeva l'uso di pinze ossivore versus il drill.

Questa è una presunzione che soddisfa tutti i criteri di legge della precisione, della gravità e della concordanza logica.

Un evento ha caratteristiche di inevitabilità quando:

Ad ogni specifica azione consegue necessariamente una o più specifiche conseguenze.

Dire quindi che un evento è prevedibile ma inevitabile è illogico se non viene dimostrato effettivamente di:

- aver compiuto ogni atto diretto ad evitare un evento avverso;
- aver compiuto ogni atto diretto ad evitare le conseguente logiche dell'evento avverso.

A parte il concetto di inevitabilità inteso come incomprimibilità delle conseguenze dell'evento avverso, esso non deve essere inteso come semplice fatto statistico del ciò che può accadere in quanto questo è assorbito interamente dal concetto di prevedibilità.

Ossia, se si pensa che statisticamente un evento avverso possa accadere, non significa che esso sia impossibile da evitare (se un soggetto bevendo acqua da un bicchiere ogni tanto si "affoga" certo non si può affermare che tale evento avverso sia incomprimibile perché, per l'appunto, ogni tanto succede,

ma bisognerà analizzare i perché del succedere).

Quindi l'inevitabilità non può essere invocata per il fatto stesso che accade ogni tanto, ma bisogna condurre una attenta analisi che porta all'inevitabilità come caratteristica di un determinato evento.

Ora, la strada maestra per distinguere una complicanza da un errore medico, non può che essere la seguente (secondo logica, diritto e medicina legale):

- risalire a tutte le cause eziologiche di un dato evento;
- risalire a quali di queste possono ricollegarsi all'opera del medico;
- evidenziare in concreto (ossia nella documentazione agli atti o disponibile) quella che ha condotto all'evento avverso sostenendola con leggi scientifiche ove essa non dipenda da un gesto chirurgico con serie potenzialità lesive, ma da concause naturali o nuove che da sole sono efficienti a produrre l'evento (avverso).

Per cui ci sembra adeguato dedurre che i colleghi CTU, certamente consci di quanto sopra affermato, nella espressione "non sempre evitabile" abbiano voluto affermare la colpa dei sanitari in modo gentile e pro transazione (e non esprimersi in termini di inevitabilità della lesione).

D'altro canto non si può presumere dall'atto operatorio che qualcosa sia andata storta per il semplice motivo che la descrizione del gesto chirurgico è sempre generica e l'eventuale descrizione della lesione iatrogena, quando riferita, non è mai definita colposa dallo stesso chirurgo. Quindi basarsi su quanto descritto nel referto operatorio non è di alcuna utilità.

E' altrettanto evidente che, come afferma il ctu medico legale, i convenuti non hanno fornito prova contraria a

propria discolpa.

Solo per mero tuziorismo si vuole ribadire che il neurochirurgo, nell'intervento di laminectomia effettuato sulla sig.ra G., ha commesso un gesto chirurgico errato: la statistica di tale complicità in tali interventi (2.6-6%) indica, sì che ogni tanto accade, ma ancor di più che se il chirurgo prende le dovute precauzioni ha sempre buoni risultati (94-98% dei casi).

In subordine, si può ritenere la gestione pre operatoria negligente in quanto il chirurgo ha verosimilmente errato la valutazione della difficoltà della laminectomia nella sig.ra G. e delle possibili conseguenze (seppur conosciute e prevedibili) omettendo di operare con pinze ossivore invece che con drill. Tale concetto NON può essere superato da quello che "in astratto" il drill è utilizzabile negli interventi di laminectomia.

Per concludere, cari lettori, il concetto di inevitabilità va usato nelle rare situazioni in cui è dimostrabile in concreto e non in astratto la concausa esterna all'operato del medico e/o della struttura.

A tutti i ctu dico: abbiate coraggio quando dovete dare colpa ad un collega in quanto è la verità che ci rende liberi e non la scusa dell'inevitabilità!

Dr. Carmelo Galipò

(Pres. [Accademia della Medicina Legale](#))

[SCARICA QUI LA CTU](#)

Leggi anche:

[MEDICINA LEGALE ETICA: LA VERITÀ RENDE LIBERI E AUTOREVOLI](#)

