

Dr. GG
Medico legale

Dr. MM
Neurochirurgo

RELAZIONE DI CONSULENZA TECNICA D'UFFICIO

NELL' ATP PROMOSSO DA

GR	ricorrente
Contro	
A.O. di P.	resistente
	R.G. ___/18

Al Tribunale Civile di O

Ill.mo Sig. Giudice Istruttore d.ssa G, il giorno 21.6.18 alle 12.45 la S.V.

Ill.ma nominò Consulenti Tecnici d'Ufficio nella causa in epigrafe, i sottoscritti formulando i seguenti

quesiti:

“Il CTU designato, letti gli atti ed esaminati i documenti di causa, visitata la signora GR, sentite le parti ed eventuali terzi (previa loro generalizzazione), compiuti tutti gli accertamenti, anche diagnostici e specialistici, che riterrà opportuni, avvalendosi -ove necessario – di ausiliari o di istituti e laboratori esterni, con analitico e numerico riferimento a quesiti che seguono e previa sintetica illustrazione dei dati anamnestici:

1 – *accerti il CTU quali disturbi lamenti la perizianda;*

2 – *dica se tali disturbi sono derivati dall'intervento e dalla cura posti in essere sulla perizianda dalla struttura sanitaria convenuta;*

3 – dica in particolare se le problematiche lamentate dalla perizianda derivino causalmente da colpa medica e quindi da negligenza e/ o imperizia del personale sanitario che ebbe in cura la perizianda, nell'ambito di tale valutazione il CTU dovrà tener conto dell'osservanza, da parte del personale sanitario operante, delle linee guida e delle buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica;

4 – ove le cause delle attuali problematiche della perizianda non possano essere accertate in termini di certezza, il CTU dovrà quantificare, in termini percentuali, le probabilità che un diverso e corretto intervento medico avrebbero avuto di evitare le conseguenze dannose di fatto verificatesi;

5 – ove l'intervento dannoso sia qualificabile scientificamente come complicanza, il CTU dovrà chiarire se si tratti di complicanza prevedibile e non evitabile ovvero di complicanza prevedibile ma evitabile;

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”.

Nell'accettare l'incarico affidato loro i CTU chiesero ed ottennero termine al 12.11.2018 per il deposito della relazione scritta. Il termine è stato poi prorogato dal Giudice al 28.1.2019.

Con la presente assolvono all'impegno assunto dando atto che le operazioni peritali sono iniziate il giorno 12.07.2018 alle ore 13.00 con la partecipazione del solo CTP Dr. LV e sono proseguite il 29.10.2018 alle ore 15.00 presso lo studio del Dr. G. in M.

Vi hanno partecipato

per la ricorrente il Dr. Carmelo Galipo' e il Dr. CV;

per la resistente il Dr. LV e GA.

DESCRIZIONE ED ESAME DELLA DOCUMENTAZIONE IN ATTI

Dal ricorso ex art 696 bis c.p.c. a firma dell' avv. C. risulta che:

- Nel Gennaio del 2009 alla signora G veniva diagnosticata una *Mielofibrosi idiopatica prefibrotica* . Ella aveva già subito un infarto del miocardio.
- Ella soffriva anche di lombalgia e il
- 4.8.2008 era stata visitata dal Dr. GG dell'Ospedale di P., div. di neurochirurgia, che aveva rilevato dagli accertamenti *marcati segni di spondilo-discoartrosi con stenosi severa fra L3 – L4 e grave fra L4 – L5* consigliando intervento di decompressione midollare.
- 19.11.2009 ella si ricoverava ed il giorno successivo sottoposta ad intervento chirurgico. Nel corso della procedura si verificava *fissurazione durale al limite superiore della lamina con liquorrea e fuoriuscita di una radice*. L'intervento era comunque completato con *decompressione dei passaggi L3 – L4 e L4 – L5 e tamponamento con tussicol e grasso autologo*.
- Al termine dell'intervento la signora presentava *deficit di moto del piede dx con parestesie, scarso controllo degli sfinteri e difficile controllo della stazione eretta e della marcia* per cui l'1.12.09 veniva trasferita presso l'Unità di riabilitazione mielolesi per i trattamenti di

recupero. Essendo stata verificata anche trombosi venosa poplitea dx
ella doveva assumere terapia anticoagulante .

- 16.3.2010 ella veniva dimessa con diagnosi di *paraparesi, vescica neurologica da canale stretto lombare operato*. Prescritti i presidi di ausilio, terapia farmacologica, controllo dell'IRN.
- La condizione clinica non migliorava per cui il fisiatra, Dr. D., affermava che “...*al momento attuale necessita di aiuto di un operatore nel passaggio posturale seduto- eretta, effettua deambulazione con deambulatore due ruote e due puntali a piccoli passi e con attenta supervisione, affaticabile dopo brevi tratti.*”
- La situazione non migliorava ulteriormente e la commissione di I.C. dell'ASL di P. riconosceva difficoltà persistenti di grado grave a svolgere i compiti e le funzioni della sua età con un valore del 100% e il diritto ad assegno di accompagnamento non essendo in grado di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore.
- I consulenti sentiti valutavano nesso causale fra l'evento avverso (rottura della dura madre ed erniazione delle radicole) ed il danno funzionale prodotto, inquadrabile quale errore per aver effettuato la emilaminectomia con frese verosimilmente inappropriate, anziché le più sicure pinze ossivore.

INTERROGATORIO CLINICO E VISITA

I CTU hanno visitato G S, nata a G. il 12.07.1935 e residente in C. via S n.

3. Riconosciuta a mezzo: C.I. PT77777777 rilasciata dal comune di C. il 20.02.2016.

ANAMNESI: riferisce precedente intervento di Isterectomia molti anni fa.

Mielofibrosi nota da molto tempo.

Riguardo al problema in causa riferisce lombalgia persistente dal maggio – giugno 2009, con disturbi funzionali degli arti inferiori. Aveva effettuato dei trattamenti incruenti risultati inefficaci. Si sottoponeva quindi a TAC e RM della colonna di cui si riportano i referti acquisiti:

copia RM 12.3.09 e TAC16.6.09:

- RM rachide dorsale e lombare del 12.03.09: *“Il canale spinale presenta dimensioni normali in ambito dorsale, ridotto di volume in sede lombare inferiore in rapporto prevalentemente ad ipertrofia dei massicci articolari. Si osservano diffusi fenomeni di spondilosi con appuntimento e svasamenti osteofitici somatici in soggetto con scoliosi destro-convessa del rachide lombare e malrotazione dei somi. Deformazione a cuneo del corpo di L2 con aspetto lobulato dei profili delle limitanti somatiche contigue . Protrusione ad ampio raggio dei profili discali. Non evidenza di ernie discali lateralizzate. Discopatie a più livelli in ambito lombare con protrusione dei profili discali. Rigonfiamento ad ampio raggio dei profili discali in sede dorsale inferiore. I forami di coniugazione sono liberi. Conclusioni: Diffuse manifestazioni di spondilosi in soggetto con scoliosi destro-convessa*

del rachide. Anterolistesi di L4. Iniziale deformazione su verosimile base malacica del corpo di L2. Canale spinale tendenzialmente ristretto in sede lombare inferiore su base acquisita. Discopatie a più livelli”.

- TAC Colonna Lombare del 16.6.2009: *“Sono stati esaminati i cinque spazi intersomatici con sezioni contigue di 2 mm di spessore... In L1-L2 non si apprezzano ernie discali tipiche. Alterazioni degenerative di grado severo interessano il disco intersomatico ridotto in altezza, con estesi fenomeni di degenerazione gassosa nella componente residua. Il canale rachideo, di normale morfologia, conserva dimensioni entro i limiti seppure inferiori della norma. I forami neurali sono liberi. A livello L2-L3 sono presenti alterazioni degenerative di grado severo a carico del disco intersomatico anche in questa sede nettamente ridotto in altezza, con estesi fenomeni di degenerazione centralmente, protruso in sede laterale sin.ove condiziona impegno del recesso subarticolare e parziale del forame neurale. Non escludibile una quantomeno occasionale azione irritativa sulla radice L2 dal lato suddetto. Il canale rachideo, conserva una normale morfologia ma dimensioni ridotte, realizzandosi una condizione di stenosi canalare di tipo misto di grado iniziale. Il foramen neurale dx è libero. A livello L3-L4 ugualmente non apprezzabili ernie discali tipiche. Anche in questa sede sono presenti alterazioni degenerative a carico del disco intersomatico, ridotto in altezza, con fenomeni di degenerazione gassosa nel contesto, lievemente protruso posteriormente per bulging circonferenziale dell'anulus aggravante una condizione di stenosi*

canalare conclamata, di tipo misto. I foramen neurali, ma in particolare il sn. sono ridotti di calibro. A livello L4-L5 non sono apprezzabili ernie discali. Alterazioni degenerative anch'esse di grado severo interessano il disco intersomatico anche in questa sede nettamente ridotto in altezza, con estesi fenomeni di degenerazione gassosa nella componente residua. Il canale rachideo, di normale morfologia, presenta dimensioni ridotte, realizzandosi una condizione di stenosi canalare conclamata, di tipo misto, di grado significativo. I foramen neurali sono bilateralmente stenotici. A livello, infine, di L5-S1 non si apprezzano ernie discali. Si rilevano alterazioni degenerative di grado severo a carico del disco intersomatico ridotto in altezza, con estesi fenomeni di degenerazione gassosa centralmente, lievemente protruso nel canale rachideo per modesto bulging circonferenziale dell'anulus. Il canale spinale conserva morfologia e dimensioni entro i limiti. I foramen neurali, bilateralmente ridotti di calibro, sono sostanzialmente liberi. L'analisi delle strutture ossee effettuata con idoneo algoritmo, non evidenzia ai livelli presi in esame alterazioni osteo-distruttive, documentando un quadro di spondilo-discoartrosi di grado significativo focalizzata il L1-L2, una diffusa rarefazione della struttura ossea su base osteopenica ed una significativa ipertrofia artrosica delle apofisi articolari, in particolare ai due livelli caudali”.

Nell'Agosto del 2009 si sottoponeva a visita dal Dr. G. che poneva indicazione ad intervento di decompressione midollare e veniva quindi operata il

20.11.2009.

Al risveglio dall'anestesia fu necessario il catetere vescicale per mancata minzione spontanea. Durante il ricovero in riabilitazione si verificò episodio di deficit funzionale degli arti superiori poi regredito.

Dopo la fase di riabilitazione post-chirurgica non vi sono state variazioni di rilievo.

ATTUALMENTE persiste dolore agli aa. inferiori, riesce a fare solo pochi passi in casa con il deambulatore, ha incontinenza fecale ed urinaria per cui utilizza pannolone a permanenza. Riguardo alle funzioni sfinteriali precisa che non sente lo svuotarsi della vescica, si accorge che deve andare di corpo ma non è in grado di contenersi. Ha parestesie alle regioni posteriori della coscia e gamba sn, insensibilità dell'arto inferiore dx.

Circa tre anni fa per una caduta dalla carrozzella, subì frattura del femore dx con successivo impianto di endoprotesi della testa femorale.

ASPETTI CLINICI NEUROCHIRURGICI

La perizianda Signora G S, di anni 73 all'epoca dei fatti, presentava una storia clinica caratterizzata da una sintomatologia lombalgica da alcuni anni e successiva comparsa di parestesie, seguita da dolore sciatalgico all'arto inferiore destro, territorio L5, e disturbo della deambulazione con progressivo peggioramento dell'autonomia della marcia. Tale quadro clinico era congruente con una sindrome da canale lombare stretto, documentato anche all'indagine radiologica RMN. L'esame mostrava in quadro di spondilo disco artrosi diffusa una stenosi severa a L3-L4 e grave a L4-L5.

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.

ESAME OBIETTIVO NEUROLOGICO

paziente vigile cosciente ben orientata ST. Sezione cranica indenne. Agli AASS riflessi presenti simmetrici; agli AAI rotulei ed achillei presenti+ dopo attivazione. Ipoestesia Ta Te Do territorio L5 destro e ipoestesia S2 bilaterale. Non deficit stenici segmentari agli AASS. Tono trofismo muscolare nella norma ai quattro arti eccetto ipo trofismo TA a destra. Agli AAI è presente un deficit completo della flessione dorsale del piede destro (ECD EPA TA); ha bisogno di aiuto nei passaggi posturali e la deambulazione non è possibile senza assistenza, infatti riesce a fare solo pochi passi in casa con il deambulatore. Riferisce inoltre incontinenza fecale ed urinaria per cui utilizza pannolone a permanenza.

La sindrome del canale lombare stenotico è una tipica condizione degenerativa che determina la compressione del canale spinale e dei recessi laterali con conseguente dolore agli arti inferiori e disturbo della marcia. Il restringimento del canale vertebrale è dovuto dalla degenerazione artrosica in soggetti predisposti, che causa la compressione delle radici nervose. Il sintomo più caratteristico che questa malattia è la cosiddetta 'claudicatio neurogenica' o zoppia spinale rappresentata dall'incapacità da parte del paziente di percorrere a piedi lunghi percorsi.

Il trattamento chirurgico è indicato in relazione all'inefficacia del trattamento conservativo o quando vi è un rapido peggioramento delle condizioni cliniche neurologiche.

La sua cura chirurgica, anche in pazienti ultrasettantenni, si basa generalmente sulla laminectomia, ovvero sull'asportazione chirurgica degli elementi ossei posteriori che comprimono le radici nervose.

Il termine stenosi spinale indica un restringimento generale del canale spinale, del recesso laterale (canale laterale della radice e fori intervertebrali nella zona lombare). La stenosi spesso porta alla compressione della radice nervosa compromettendone la funzione. La stenosi spinale lombare di solito si sviluppa gradualmente nel tempo ed è ampiamente riconosciuta come una fonte significativa di disabilità. È la diagnosi più comune associata con la chirurgia della colonna vertebrale lombare in pazienti di età superiore ai 65 anni. L'eziologia della stenosi spinale può essere congenita, acquisita o una combinazione di entrambi questi fattori. Ben il 90% dei casi sono acquisiti, derivanti da variazioni degenerative che colpiscono l'osso e i tessuti molli del canale spinale e dei vicini forami intervertebrali. La degenerazione delle faccette articolari/cambiamenti artrici, ispessimento dei legamenti nel canale spinale, il bulging dei dischi intervertebrali, la spondilolistesi, le cicatrici post-chirurgiche o qualsiasi combinazione di queste condizioni può causare una stenosi spinale. Altre cause meno frequenti di stenosi acquisite includono fratture, tumori, infezioni, o malattie ossee sistemiche come il morbo di Paget. La pressione sui nervi può essere causata da cambiamenti degenerativi graduali della colonna vertebrale con l'invecchiamento. L'artrite può portare a speroni ossei e alterazioni degenerative delle articolazioni spinali (denominate faccette articolari) che provocano il restringimento del canale spinale o del forame dove i nervi escono dal canale. La degenerazione del disco intervertebrale, l'ernia o il bulging, così come l'ispessimento dei legamenti all'interno del canale vertebrale può portare a un aumento della pressione sui nervi. Meno frequentemente, lesioni sinoviali, meningee o altri tumori spinali possono causare restringimento delle strutture spinali.

I pazienti con stenosi spinale lombare tipicamente presentano una storia di mal di schiena e progressivo disagio e dolore alle gambe. I sintomi unilaterali o bilaterali alle gambe si verificano in circa il 90% dei pazienti con stenosi e questa condizione è spesso indentificata come claudicatio neurogena. La Claudicatio neurogena è definita come un dolore poco localizzato, formicolio, o crampi in una o entrambe le gambe che si ritiene essere il risultato di

compressione delle strutture nervose (nervi e membrane associate) della colonna lombare. I sintomi sono in genere postura-dipendenti, peggiorano con il cammino o con i pesi. I pazienti riferiscono disagio durante il cammino e in piedi, con rapido sollievo da seduti o adottando una postura flessa in avanti. La classificazione della stenosi spinale sulla base di anatomia patologica fornisce al medico curante le informazioni essenziali per la progettazione e l'attuazione di un piano di trattamento adeguato. Tuttavia, esiste una scarsa correlazione tra la gravità dei sintomi del paziente e i risultati dello studio di immagine. La formulazione di un piano di trattamento efficace dipende dall'integrazione degli esami di immagine ed altri studi con i segni e sintomi clinici del paziente. Per il trattamento, l'approccio conservativo iniziale è spesso la fisioterapia; la maggior parte dei problemi alla schiena rispondono ai trattamenti non chirurgici. Trattamenti conservativi possono includere farmaci anti-infiammatori, fisioterapia o tecniche per la gestione del dolore come le iniezioni spinali epidurali. L'educazione del paziente sulla postura corretta e il miglioramento della motilità svolge un ruolo importante nella riabilitazione di pazienti con stenosi spinale. L'indicazione terapeutica, qualora il trattamento conservativo sia inefficace, e/o vi sia un rapido peggioramento delle condizioni neurologiche, è chirurgica¹²³⁴⁵⁶. In effetti, l'intervento chirurgico in questi casi è quello che rappresenta la scelta migliore al fine prognostico terapeutico.

Per i pazienti con dolore persistente, generalmente una laminectomia lombare decompressiva può essere raccomandata per rimuovere porzioni di osso danneggiato, articolazioni, disco o legamenti che esercitano pressione sulle radici nervose.

Tuttavia altri tipi di trattamento chirurgico sono stati proposti⁷⁸⁹ ma in effetti anche recenti studi confermano come la laminectomia decompressiva sia

¹ Wiltse LL, et al. The treatment of spinal stenosis. Clin Orthop 1976,115: 83-91

² Arnoldi CC, et al. Lumbar spinal stenosis and nerve root entrapment syndromes. Definition and classification. Clin Orthop 1976,115:4-5

³ Kawai S, et al Enlargement of the lumbar vertebral canal in lumbar canal stenosis. Spine 1981,6: 381-387

⁴ Issack PS et al Degenerative lumbar spinal stenosis: evaluation and management. J Am Acad Orthop Surg. 2012 Aug;20(8):527-35.

⁵ Rosomoff HL Neural arch resection for lumbar spinal stenosis. Clin Orthop 1981 154:83-89

⁶ Niggemeyer O. et al Comparison of surgical procedures for degenerative lumbar spinal stenosis:a meta-analysis of the literature from 1975 to 1995. Eur Spine J 1997 6 : 423-429.

⁷ Sengupta DK et al Lumbar spinal stenosis. Treatment strategies and indications for surgery. Orthop Clin North Am. 2003,34(2):281-95.

⁸ Phan K et al Treatment of Lumbar Spinal Stenosis by Microscopic Unilateral Laminectomy for Bilateral Decompression: A Technical Note. Orthop Surg. 2017 May;9(2):241-246

quello che garantisce i risultati migliori¹⁰¹¹, ancorché non ci siano linee guida validate¹².

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%¹³¹⁴¹⁵¹⁶¹⁷¹⁸).

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%¹⁹²⁰²¹.

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 ultrasuoni²²²³.

Generalmente nella pratica clinica sono molto spesso utilizzati congiuntamente sia i laminotomi sia il drill sia nella chirurgia a cielo aperto sia endoscopica.²⁴

⁹ Weber C et al Surgical management of lumbar spinal stenosis: a survey among Norwegian spine surgeons. *Acta Neurochir (Wien)*. 2017 Jan;159(1):191-197

¹⁰ Machado GC et al. Surgical options for lumbar spinal stenosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Nov 1;11:CD012421

¹¹ Overvest GM et al Effectiveness of posterior decompression techniques compared with conventional laminectomy for lumbar stenosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Mar 11;(3):CD010036

¹² Lad SP et al Surgery for spinal stenosis: long-term reoperation rates, health care cost, and impact of instrumentation. *Spine* 2014 May 20;39(12):978-87

¹³ Verbiest H. Results of surgical treatment of idiopathic developmental stenosis of the lumbar vertebral canal. A review of twenty-seven years' experience. *J Bone Joint Surg Br* (1977) 59:181-8.

¹⁴ Cammisia FP Jret al. HS. Incidental durotomy in spine surgery. *Spine* 2000 25:2663-7.

¹⁵ Silvers HR, Lewis PJ, Asch HL. Decompressive lumbar laminectomy for spinal stenosis. *J Neurosurg* (1993) 78:695-701.

¹⁶ Wang JC, Bohlman HH, Riew KD. Dural tears secondary to operations on the lumbar spine. Management and results after a two-year-minimum follow-up of eighty-eight patients. *J Bone Joint Surg Am* 1998 80:1728-32.

¹⁷ THOMÉ C. et al Outcome after less-invasive decompression of lumbar spinal stenosis: a randomized comparison of unilateral laminotomy, bilateral laminotomy, and laminectomy. *J Neurosurg Spine* 2005 3:129-141

¹⁸ Ghobrial GM et al Iatrogenic neurologic deficit after lumbar spine surgery: A review. *Clin Neurol Neurosurg*. 2015 Dec;139:76-80

¹⁹ Duncan JW et al Cauda Equina Syndrome Following Decompression for Spinal Stenosis. *Global Spine J* 2011;1:15-18

²⁰ Podichetty VK et al Complications associated with minimally invasive decompression for lumbar spinal stenosis. *J Spinal Disord Tech*. 2006 May;19(3):161-6.

²¹ Guerin P et al. Incidental durotomy during spine surgery: incidence, management and complications. A retrospective review. *Injury*. 2012 Apr;43(4):397-401

²² McCulloch JA. Microsurgical spinal laminotomies. In: Frymoyer JW, editor. *The adult spine: principles and practice*. New York: Raven Press, Ltd.; 1991. p. 1765-84.

²³ Bydon M et al. Safety of spinal decompression using an ultrasonic bone curette compared with a high-speed drill: outcomes in 337 patients. *J Neurosurg Spine*. 2013 Jun;18(6):627-33

²⁴ Polikandriotis JA. et al. Minimally invasive surgery through endoscopic laminotomy and foraminotomy for the treatment of lumbar spinal stenosis. *J Orthop*. 2013 Feb 28;10(1):13-6.

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 spinale²⁵²⁶.

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 congiuntamente²⁷.

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. Danno clinicamente caratterizzato da deficit di L5 destra e vescica neurologica, cui si somma il danno relativo alla sindrome da canale stenotico preesistente all'intervento e peggiorato negli anni successivi per evoluzione della sindrome.

Nel caso in oggetto l'indicazione chirurgica è stata corretta.

La scelta del tipo d'intervento eseguito, laminectomia decompressiva di L4 estesa cranialmente e caudalmente, è stata corretta.

L'esecuzione dell'intervento con uso anche di drill è stata corretta stando ai parametri 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 complicanza prevedibile ma non sempre prevenibile.

²⁵ McCulloch JA. Microsurgery for spinal canal stenosis: the resculpturing or laminoplasty procedure. In: Williams RW, McCulloch JA, Young PH, editors. Rockville, Maryland: Aspen; 1990. Microsurgery of the lumbar spine; p 87-93.

²⁶ Mobbs RJ et al Outcomes after decompressive laminectomy for lumbar spinal stenosis: comparison between minimally invasive unilateral laminectomy for bilateral decompression and open laminectomy. J Neurosurg Spine 2014 21:179-186.

²⁷ Bolesta M.J. Intraoperative injury to the cauda equina and nerve roots. In A.R.Vaccaro, J.J.Regan, A.H.Crawford, E.G. Benzel, D.G. Anderson: Complication of Pediatric and Adult Spinal Surgery. Taylor & Francis, 2004

SVOLGIMENTO DELLE OO.PP.

Le OO.PP. sono iniziate il 12.07.2018 alle ore 13.00 nello studio del Dr. G. Era presente il CTP della convenuta Dr. LV mentre nessuno si presentava per la parte ricorrente in quanto l'Avv. C., in pari data, aveva comunicato la presentazione di Istanza al Giudice per sostituzione del CTU Medico Legale. Si svolgeva la discussione del caso sulla scorta della documentazione in atti ed il Dr. V. verbalizzava quanto segue:

1. Mancano tuttora gli accertamenti diagnostici preoperatori già richiesti in udienza (TAC lombare + RMN lombare antecedenti al 2009). Tali accertamenti avrebbero dovuto essere prodotti dalla parte ricorrente in data odierna e si ritengono fondamentali per conoscere lo stato anteriore della perizianda e per poter formulare una valutazione sulla inevitabilità dell'evento- complicanza verificatosi durante l'intervento chirurgico del 20.11.2009.
2. Si richiede la produzione da parte della ricorrente di documentazione clinica antecedente all'intervento del 20.11.2009 per meglio inquadrare le preesistenze eventuali significative ai fini del giudizio in corso.

I CTU, preso atto della mancata presentazione della parte ricorrente e della annunciata istanza al Giudice, sospendevano le OO.PP. in attesa delle determinazioni del Giudicante.

Il Giudice respingeva poi l'istanza della parte ricorrente e le OO.PP. riprendevano il 29.10.2018 alle ore 15.00 con la presenza della ricorrente nonché dei CTP Dr. Galipò e Dr. DV per la ricorrente e del Dr. V.e del Prof. GG per la resistente.

I CTU procedevano ad anamnesi, visita diretta della perizianda e discussione clinica e medico legale del caso.

Al termine venivano concordati i seguenti passaggi:

1. Acquisizione degli accertamenti preoperatori ancora non disponibili.
2. Esame degli stessi da parte dei CTP della parte resistente.
3. Contatti diretti fra i CTP delle parti per un tentativo di conciliazione con successiva informazione al collegio per eventuale formalizzazione dell'accordo.

Il 4.12.2018 l'Avv. C. trasmetteva via e mail copia del referto della TAC e della RMN del 2009 riservandosi la eventuale successiva produzione delle immagini radiografiche. Il CTU Dr. G. le inviava al Dr. V. per le valutazioni della resistente.

Il 12.12.18 il Dr. V. comunicava telefonicamente al CTU la impossibilità di pervenire a conciliazione della lite per problemi amministrativi non meglio specificati, per cui il collegio preparava la bozza di relazione da inviare alle parti.

CONSIDERAZIONI E VALUTAZIONI MEDICO LEGALI

Dall'esame complessivo del caso ed in rapporto ai quesiti posti dal Giudice i CTU ritengono di poter formulare le seguenti considerazioni e valutazioni:

1 – *accerti il CTU quali disturbi lamenti la perizianda:* con riferimento agli aspetti riconducibili al caso in esame, la perizianda è affetta da deficit funzionale dei muscoli innervati dalla radice L5 a dx con deficit deambulatorio, disturbi sensitivi nel territorio di L5 a dx ed S2 bilaterale, vescica neurologica.

2 – *dica se tali disturbi sono derivati dall'intervento e dalla cura posti in essere sulla perizianda dalla struttura sanitaria convenuta;* I deficit funzionali segnalati sono in rapporto causale con l'intervento effettuato presso la struttura resistente il 20.11.2009.

3 – *dica in particolare se le problematiche lamentate dalla perizianda derivino causalmente da colpa medica e quindi da negligenza e/ o imperizia del personale sanitario che ebbe in cura la perizianda, nell'ambito di tale valutazione il CTU dovrà tener conto dell'osservanza, da parte del personale sanitario operante, delle linee guida e delle buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica:* Non sussistono elementi di colpa medica riguardo ad

indicazione e scelta del tipo di intervento da praticare. La lacerazione durale ed il danno radicolare costituiscono complicanza descritta in letteratura nei termini illustrati dallo specialista neurochirurgo. Nel caso specifico le doglianze della parte ricorrente riguardano in modo specifico la tecnica operatoria ed in particolare l'utilizzo di frese inappropriate o comunque utilizzate senza la dovuta attenzione ed accortezza. In merito dal verbale operatorio non sono desumibili aspetti tecnici particolari, in quanto il chirurgo si limita, laconicamente a scrivere "*fresatura con trapano...*". Resta a carico della resistente la prova di aver operato correttamente in modo tale da porre in essere tutto il possibile al fine di evitare la prevedibile complicanza.

4 – *ove le cause delle attuali problematiche della perizianda non possano essere accertate in termini di certezza, il CTU dovrà quantificare, in termini percentuali, le probabilità che un diverso e corretto intervento medico avrebbero avuto di evitare le conseguenze dannose di fatto verificatesi: Non appare possibile nel caso in esame formulare una probabilità statistica di evitare il danno, si conferma come il rischio della complicanza verificatasi sia desumibile dalla letteratura specialistica in termini del 2,8 – 6% dei casi operati.*

5 – *ove l'intervento dannoso sia qualificabile scientificamente come complicanza, il CTU dovrà chiarire se si tratti di complicanza prevedibile e non evitabile ovvero di complicanza prevedibile ma evitabile: La complicanza era prevedibile ma non sempre evitabile secondo i sopra riportati dati di letteratura.*

