

Ao6

Vai al contenuto multimediale



Alla realizzazione di questo libro ha collaborato la dott.ssa Marta Bianchi, medico legale e il dott. Giovanni Cataletti, neurochirurgo specializzando di Humanitas University. Ringrazio il prof. Giuseppe Macrì per il suo contributo.

Antonio De Santis

**380 consulenze neurochirurgiche
per controversie medico–legali**

Per neurochirurghi, medici legali, neurologi, avvocati e magistrati

Volume I. Patologia vertebro–midollare

Prefazione di
Riccardo Zoja





Aracne editrice

www.aracneeditrice.it
info@aracneeditrice.it

Copyright © MMXIX
Giacchino Onorati editore S.r.l. – unipersonale

www.giacchinoonoratieditore.it
info@giacchinoonoratieditore.it

via Vittorio Veneto, 20
00020 Canterano (RM)
(06) 45551463

ISBN 978-88-255-2710-0

*I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica,
di riproduzione e di adattamento anche parziale,
con qualsiasi mezzo, sono riservati per tutti i Paesi.*

*Non sono assolutamente consentite le fotocopie
senza il permesso scritto dell'Editore.*

I edizione: agosto 2019

A mia moglie

Indice

- 11 *Prefazione*
di Riccardo Zoja
- 15 *Presentazione*
di Giuseppe Macrì
- 19 *Introduzione*
- 31 *La documentazione cartacea e le “evidenze documentali”*
- 61 *Casistica*

Parte I

Casistica colonna lombare complessiva

- 67 *Introduzione*
- 69 *Capitolo I*
Failed Back Surgery Syndrome
- 127 *Capitolo II*
Sindrome della cauda
- 199 *Capitolo III*
Deficit neurologici
- 215 *Capitolo IV*
Deficit neurologici gravi
- 261 *Capitolo V*
Deficit neurologici moderati lievi

- 289 Capitolo VI
Sintomatologia invariata dopo interventi
- 315 Capitolo VII
Lesioni vascolari gravi
- 327 Capitolo VIII
Eventi inusuali e miscellanea di patologia lombare

Parte II
Colonna dorsale

- 337 *Introduzione*
- 341 Capitolo I
L'ernia discale dorsale
- 363 Capitolo II
L'urgenza midollare e patologia traumatica

Parte III
Colonna cervicale

- 387 *Introduzione*
- 389 Capitolo I
Patologia spontanea della colonna cervicale
- 391 Capitolo II
Rizomielopatia spondilogenica
- 395 Capitolo III
L'ematoma post-operatorio
- 397 Capitolo IV
Malformazioni

- 427 Capitolo V
Embolia polmonare ed eventi meno frequenti
- 429 Capitolo VI
I deficit neurologici focali
- 435 Capitolo VII
Patologia traumatica
- 461 Capitolo VIII
La sindrome soggettiva post traumatica e il dolore neuropatico
- 473 Capitolo IX
5 casi di controversa natura traumatica

Prefazione

di RICCARDO ZOJA*

L'ambito specialistico neurochirurgico, per chiunque eserciti organicamente l'attività medico legale nel settore valutativo della responsabilità sanitaria, riveste un ruolo di peculiare interesse e di rilievo casistico non indifferente. Ciò, indipendentemente dall'entità delle conseguenze indesiderate che sono di volta in volta oggetto di valutazione le quali, in questo specifico campo, possono anche assumere aspetti di gravità relevantissima.

Il prof. Antonio De Santis, in un periodo assai esteso di collaborazione professionale con gli specialisti in medicina legale nell'ambito del contenzioso sui temi della neurochirurgia, è un testimone diretto di un'evoluzione e di un progressivo articolarsi della materia attraverso la successione normativa, giurisprudenziale e di tecnica consenziale che in questi decenni si sono avvicendate: un'esperienza sterminata, fondata su una casistica di vastità immensa sia per entità sia per situazioni cliniche.

Avere sentito il bisogno di offrirne la possibilità di studio alla comunità scientifica neurochirurgica e medico legale è un segno, anzitutto, di grande generosità che rivela, peraltro, una metodica capacità di archiviazione e catalogazione improntata al massimo di completezza di dati, valutazioni, epicrisi.

Ma dietro questo sipario casistico si rivela una ben più approfondita connotazione di esprimere e motivare ben precise istanze di ponderazione tecnica, di approfondimento valutativo, di ricostruzione metodica sulla scorta di criteri epicritici che denotano l'ampiezza esperienziale specialistica dell'autore. Un vero e proprio bagaglio di cultura valutativa, meditato ed analizzato con l'obiettiva visione del professionista che si cala nella realtà clinica per dedurne gli elementi

* Professore ordinario di Medicina legale e delle Assicurazioni presso l'Università degli Studi di Milano, direttore dell'Istituto di Medicina Legale di Milano e Presidente della Società Italiana di Medicina Legale.

di ponderazione: nonostante in più sedi l'Autore puntualizzi la differenza del ruolo professionale medico legale e neurochirurgo nella collegialità che regge ogni percorso valutativo, si comprende molto bene, lasciandosi trasportare dalla lettura, quante interazioni culturali si siano sviluppate nel tempo tra le due discipline, a vantaggio di un approccio metodicamente completo, compiuto, dotato di ripetibilità e di omogeneità valutativa.

Il prof. De Santis ripartisce la sua esposizione nei due grandi capitoli che convogliano i temi del contenzioso in neurochirurgia: la patologia encefalica e la patologia rachidea.

Ma quanto risulta oltremodo stimolante nella sua trattazione è il riferimento frequente a temi medico legali di primaria rilevanza come, ad esempio, il ruolo e la funzione della documentazione clinica e la sua valutazione critica. È interessantissimo addentrarsi nelle considerazioni su questo tema che vengono espresse, in molti dei casi esposti, soprattutto in relazione alla coerenza con i dati oggettivi, alle considerazioni sul dolore e sulla sua ponderazione, alla sistematica percezione della ricostruzione clinica e, quindi, alla vera e propria metodologia consulenziale che deve informare il corretto approccio dell'esperto.

Nella lettura delle diverse esperienze casistiche, il prof. De Santis ci comunica come, in realtà, non vi sia mai una possibilità di semplificazione concettuale, come ogni caso sia un mondo a sé, come ogni situazione critica sottenda complessità, necessità di individualizzazione, perfetta consapevolezza delle evidenze ed immenso rigore etico ancor prima che tecnico.

Tutto ciò con non infrequenti spunti di acuta ironia che, per chi, come chi scrive, lo conosce da molto tempo, sa essere espressione di un'intelligenza e di una consapevolezza nonché di una sensibilità estesa ben oltre i confini della medicina.

In realtà si tratta di un grande affresco di tematiche propriamente e squisitamente medico legali che il prof. De Santis espone e ripercorre con la propria esperienza di specialista neurochirurgo che ha vissuto in modo autentico e sempre profondo in un percorso che è un percorso di vita. E le sue personali considerazioni danno un quadro chiaro di un'interiorizzazione propria e di un'originale meditazione.

Addentrandosi nella lettura del libro del prof. Antonio De Santis ci si offre una prospettiva molto interessante ovvero la possibilità di

riflettere sulle singole circostanze casistiche, ciascuno con i propri strumenti e la propria esperienza, e farne un motivo di autentica *ruminatio* in un itinerario avvincente di rimeditazione personale che sfocia in un arricchimento veramente esclusivo ed avvincente.

Dal sapere scientifico alla verità processuale

di GIUSEPPE MACRÌ*

L'abnorme e ancora non ben "misurato" fenomeno del contenzioso in ambito di responsabilità sanitaria costituisce l'epifenomeno della perdita, nell'alveo sociale, del delicato e problematico equilibrato tra Scienza e Diritto.

In tale rapporto, l'accertamento tecnico di natura medico-legale, nelle diverse forme della consulenza e della perizia, viene ad assumere rilevanza strategica. Negli ultimi 20 anni, avvocati, giuristi, medici, rappresentanze di cittadini, di consumatori, rappresentanti delle società scientifiche, giornalisti e comuni cittadini hanno reclamato interventi urgenti atti a garantire corrette modalità di individuazione della nomina dei consulenti dei periti, al fine, di assicurare — da un lato — ai cittadini ingiustamente lesi nel diritto alla salute ed alla sicurezza delle cure, il giusto e tempestivo risarcimento e, dall'altro, di evitare indebiti, dannosi e costosi processi che, spesso, hanno indotto i medici a rifugiarsi dietro il fragile e pericoloso scudo della cosiddetta medicina difensiva.

Nel contempo la scienza medica è diventata disciplina a riferimento plurisoggettivo e, più propriamente, pluri-disciplinare ed, a volte, interprofessionale.

Anche in ambito propriamente sanitario, non v'è chi, oggi, a fronte di una patologia, pure di modesta rilevanza, ritenga di dover far riferimento esclusivo ad un singolo professionista.

* Direttore dell'Unità Operativa Complessa in medicina legale di Arezzo, direttore area funzionale dipartimentale prevenzione e gestione del rischio dei professionisti Az. Usl Toscana sud est e componente della consulta deontologica nazionale FNOMCEO.

La relazione medico-paziente ha cessato di costituire una sorta di “diade primaria” per configurarsi quale relazione tra paziente (eventualmente affiancato da fiduciari) ed équipe sanitaria.

In tal senso ha recentemente disposto il legislatore laddove, all’art. 1, punto 2, della legge 219 del 2017, afferma: « Contribuiscono alla relazione di cura, in base alle rispettive competenze, gli esercenti una professione sanitaria che compongono l’équipe sanitaria. In tale relazione sono coinvolti, se il paziente lo desidera, anche ai suoi familiari ».

Tale ampliamento soggettivo e professionale della relazione di cura non poteva non investire l’ambito peritale.

A recepire l’istanza d’ampliamento ed a proporre una soluzione, poi rivelatasi corretta ed efficace, è stata la Deontologia Medica, disciplina ingiustamente considerata “ancilla parva”, anziché “domina”, della professione medica.

Già il codice del 2006, all’art. 62, ammoniva che « in ambito di responsabilità professionale è doveroso che il medico legale richieda l’associazione con un collega di comprovata esperienza e competenza nella disciplina coinvolta ».

Tale disposto è stato poi integralmente riportato nel codice del 2014 ove si prevede, inoltre, la reciprocità dell’obbligo di associazione tra disciplina medico legale ed altre discipline: « in analoghe circostanze, il medico clinico si avvale di un medico legale ».

Con la l. n. 24 del 2017, il disposto della norma deontologica assume natura e veste giuridica. All’art. 15, il legislatore dispone — con chiara formulazione letterale — che l’autorità giudiziaria « nei procedimenti civili, nei procedimenti penali aventi ad oggetto la responsabilità sanitaria » affidi l’incarico della consulenza tecnica o della perizia « a un medico specializzato in medicina legale e a uno o più specialisti nella disciplina che abbiano specifica e pratica conoscenza di quanto oggetto del procedimento ».

Mentre per esercitare l’ufficio del perito o del consulente dell’autorità giudiziaria, al medico legale è sufficiente il requisito della specializzazione, per il perito (o consulente) clinico, la specializzazione costituisce un prerequisito necessario ma non sufficiente. Questi, infatti, dovrà essere dotato di « specifica e pratica conoscenza di quanto oggetto del procedimento ».

Si pone a questo punto la necessità di individuare criteri e metodologie di interazione tra gli specialisti che compongono il collegio peritale o consulenziale.

I periti o consulenti specialisti nelle discipline oggetto dell'esame dovranno essere guidati dalla finalità di portare, in seno al collegio prima e alla cognizione del giudice poi, tutte le nozioni ed i dati pertinenti alla propria disciplina ed al proprio specifico ambito esperienziale.

Il medico legale avrà invece il compito precipuo di costituire un collegamento tra sapere giuridico e sapere tecnico-scientifico, collegamento indispensabile affinché il giudicante possa procedere alla valutazione della bontà dell'elaborato peritale onde rilevarne la presenza o l'assenza di vizi e difetti che, laddove traslati in sentenza, potrebbero inficiarne il pregio.

Sia il ruolo del medico legale che quello degli specialisti ed esperti nelle varie discipline cliniche impegna non solo la valenza professionale di costoro ma anche e segnatamente le loro doti relazionali e la loro caratura etico-deontologica.

Salendo l'impervio colle della redazione di una buona consulenza, i professionisti che ne assumeranno l'ufficio dovranno evitare gli ostacoli rappresentati principalmente dalla apoditticità e dalla autoreferenzialità. Invero, nel medesimo contesto normativo che prevede la collegialità dell'accertamento tecnico d'ufficio, si dispone, all'art. 5, che anche nel procedere medico-legale (come per qualsiasi altro atto sanitario), ci si debba attenere « alle raccomandazioni previste dalle linee guida » o, in mancanza di queste, « alle buone pratiche clinico-assistenziali ».

Nel maggio 2018 è stato sottoscritto, in ordine all'argomento di trattazione, un protocollo tra Consiglio Superiore della Magistratura, Consiglio Nazionale Forense e Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici.

Tra i pregi del protocollo emerge il tentativo di dare pratica interpretazione *al dictum* della norma, laddove fa riferimento alla "speciale competenza".

Il protocollo propone cinque elementi per l'individuazione del requisito di "speciale competenza".

Il primo concerne l'esercizio della professione per un periodo minimo di cinque anni dal conseguimento del diploma di specializzazione.

Il secondo prevede un'adeguata formazione post universitaria con la documentazione di corsi universitari, corsi di aggiornamento ed eventuali docenze.

Il terzo elemento fa riferimento al curriculum professionale, con particolare riguardo alle posizioni professionali ricoperte, alle attività effettivamente svolte nella propria carriera ed alle strutture presso cui il professionista ha esercitato.

Al quarto è posto il curriculum scientifico con attività di ricerca, pubblicazioni su riviste accreditate ed iscrizioni a società scientifiche. Infine, al quinto, si fa riferimento a riconoscimenti accademici e titoli professionali ulteriormente acquisiti e non altrimenti specificati.

Il protocollo dà poi un'indicazione di priorità a favore del primo elemento, riconoscendo maggiore rilevanza al sapere esperienziale derivante dagli anni di effettiva pratica della disciplina al vaglio processuale.

Ciò comprova la validità dello sforzo editoriale del professor Antonio De Santis che mette a disposizione dei colleghi una casistica di grande importanza, espressa con correttezza metodologica e grande capacità espositiva. I frequenti richiami che egli opera alla necessità di un'attenta analisi anamnestica, del colloquio diretto, ove possibile, con il paziente e con i familiari, della completezza dell'esame obiettivo, sono richiami che non possono e non devono essere trascurati da chi, non solo in ambito neurochirurgico, ma in tutte le discipline cliniche, assume o intende assumere il delicato e complesso ruolo di ausiliario dell'autorità giudiziaria.

Introduzione

Poco più di venti fa è accaduto un fatto che ha avuto, per me, conseguenze impensabili al momento in cui si è verificato.

Il fatto

Un noto otorino della capitale morale aveva deciso di operare un paziente per una otite cronica purulenta dell'orecchio destro. Non ho mai capito perché si fosse convinto che il paziente avesse anche un ascesso temporale dovuto, secondo lui, alla diffusione dell'infezione all'interno del cranio e, ovviamente, nel lobo temporale.

Fatto sta che, nel corso dell'intervento, terminato il trattamento dell'orecchio, decise di inserire un catetere nell'adiacente lobo temporale nella convinzione di svuotare il presunto ascesso. L'ascesso non c'era. Ritirato il catetere, e concluso l'intervento, il paziente venne svegliato ma si capì presto che le cose si stavano mettendo male. Dopo poco più di un'ora comparve una crisi epilettica. Non c'è pericolo alcuno che quando in una cartella o in un qualunque documento si parla di crisi epilettica ci sia qualcuno che si prenda la briga di descriverla. Anche in questo caso il pericolo è stato schivato.

Alla prima crisi ne fece seguito una seconda e poi una terza e, a farla beve, apparve chiaro che il paziente era in stato di male. La struttura in cui era stato eseguito l'intervento non bazzicava molto le neuroscienze per cui non era adatta per trattare pazienti di questo tipo. Si decise di inviare l'operato al pronto soccorso (a seguire sarà indicato sempre come Ps) di un ospedale importante della città. Non ultima ragione: il capo della neurochirurgia di quell'ospedale, persona tra l'altro assai qualificata e stimata da tutti, me compreso, era un amico dell'otorino che apparteneva ad un giro "benissimo". Lo stesso dicasi per il neuroranimatore, non meno stimato del neurochirurgo, al quale in realtà era destinato il paziente.

Il paziente, giunto al nuovo ospedale passò dal Ps. Il medico di guardia, constatata la persistenza delle crisi, anche perché se ne verificò una in sua presenza, trasferì immediatamente il malcapitato nel reparto di terapia intensiva. Purtroppo il pomeriggio del giorno successivo il paziente morì, senza che si fosse riusciti a dominare lo stato di male, a seguito di una ipotensione arteriosa gravissima e intrattabile. Era apparso fin da subito che non c'era alcuna responsabilità del reparto di terapia intensiva. Dove era stato messo in atto tutto lo scibile anche se, senza risultato. Il pasticcio per l'otorino chiaramente era grosso. L'otorino era piuttosto noto di suo, come già detto, ma era anche fratello di un altro noto personaggio della città ma *nel ramo culturale*. Egli era, a sua volta, amico del neurochirurgo dell'ospedale dove il paziente era deceduto. Come era facilmente prevedibile, esplose il caso giudiziario. Con l'inevitabile conseguenza che piombò sul capo del neurochirurgo, senza possibilità alcuna di scampo, l'ingrato e non esattamente facilissimo compito di difendere l'otorino. Il neurochirurgo, investito dell'ingrato compito, era uno dei non molti colleghi che godevano e godono della stima incondizionata di chi scrive. Già di base non particolarmente ardimentoso, era, comprensibilmente, alquanto restio ad assumersi l'onere del difensore. Il procedimento, per convinzione generale, era tale che nessuno poteva pensare che non si concludesse con una pesante condanna. Fatto sta che, nella speranza di trovare un cireneo, chiese soccorso a quello che, all'epoca, era il direttore della clinica in cui, io stesso, svolgevo la mia attività coinvolgendolo nella vicenda.

A differenza del primo, il direttore era tutt'altro che restio ad essere coinvolto in avvenimenti che riguardavano notabili della città.

Anzi.

Piccolo dettaglio: nessuno dei due aveva idea di come sbrogliare la vicenda o per lo meno attenuarne la botta. Fu questa la ragione per cui sono stato coinvolto in questo caso. Alla ricerca di sostegni, evidentemente avrei funto da terza gamba del tavolo. Una qualche ragione più che altro di superficie, almeno in quella fase, a dire il vero, c'era. Fino a quell'epoca infatti non avevo mai accettato di occuparmi di contenziosi medico legali ed ero già intorno ai cinquanta anni. Questa volta, data la fonte della richiesta, non potevo dire di no. Anche perché la ragione ufficiale del mio coinvolgimento aveva a che fare con uno dei principali capitoli della mia attività di ricerca e cioè le