



## PROVA PRATICA N. 1

Perviene oggi all'Azienda una richiesta di risarcimento da parte di società infortunistica per conto del sig. MARIO ROSSI, 48 anni ove si parla di non meglio specificati danni all'integrità psicofisica per non meglio specificato "errore sanitario" nel trattamento di ferita ad una mano a causa di infortunio domestico.

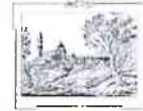
Conclusioni del parere ML di parte: non vengono censurati aspetti tecnici particolari se non la inadeguatezza del processo informativo. Attribuisce alla menomazione "qualificata come complicità dell'intervento chirurgico" un danno biologico pari all'8%

I fatti. 5 anni prima della suddetta richiesta, il sig. Mario volendo impedire la caduta di un grosso coltello da cucina che gli era scivolato dalle mani, nel recuperarlo maldestramente con la mano sinistra si procurava una ferita da taglio al pollice. Si recava nell'immediatezza in PS ed in esito a consulenza di specialista ortopedico [ESAME OBIETTIVO: FLC base pollice sinistro, impotenza funzionale alla flessione del pollice, non deficit neuro-vascolari periferici] veniva posta diagnosi di sospetto di *lesione del flessore lungo del pollice*; il paziente veniva ricoverato e sottoposto il giorno stesso ad intervento di *revisione della ferita e tenorrafia*. Nell'immediato decorso post-operatorio e nel successivo *follow up* della ferita chirurgica non erano riscontrati problemi di alcun tipo [Documentazione relativa all'accesso in PS, al ricovero e alle visite di follow up completa ed esaustiva, ivi compresa la sottoscrizione del modulo di consenso informato corredata da una succinta descrizione dell'intervento].

Visita medico-legale aziendale. All'anamnesi nulla di rilevante ai fini della presente indagine (forte fumatore e allergia stagionale ai pollini). All'epoca dei fatti disoccupato, al momento della visita svolge lavori saltuari (imbianchino, badante, ecc). Riferisce di non aver mai recuperato in modo completo la funzionalità del dito e di avere notevole difficoltà nella manipolazione di oggetti e nell'ottenere una presa efficace. Riporta anche di aver riscontrato difficoltà nella ripresa delle attività manuali prima svolte abitualmente, sia lavorative sia ludico-ricreative (suonare il clarinetto). Si era rivolto privatamente, a distanza di circa un anno dall'intervento, a uno specialista esterno che aveva dato indicazione ad intervento di tenolisi ma per motivi lavorativi non ha accettato di sottoporvisi. Riferisce di aver seguito, dopo la dimissione, un ciclo di terapie riabilitative secondo le indicazioni degli specialisti presso un centro privato di cui non ha conservato alcun riscontro.

### Esame obiettivo.

Altezza cm 180, peso kg 71, in apparenti buone condizioni di salute generale. Si dichiara ambidestro. Psicismo connotato da note ansiose in riferimento alle condizioni menomative esitate al pollice sinistro. All'esame obiettivo distrettuale, in particolare all'esame comparativo delle mani, si rileva:



Mano sinistra: normoconformata e normoatteggiata. Primo dito: alla base di F1, sfumato esito cicatriziale, lineare, a decorso serpiginoso, che si confonde con le linee e le pieghe cutanee interdigitali, a tratti retraente il profilo di queste ultime; alla mobilizzazione attiva, limitazione funzionale pressoché totale della flessione della IF, migliorabile passivamente con evocazione di scroscio articolare ed arresto rigido a circa  $\frac{1}{2}$  del ROM; opposizione e abduzione limitate ai gradi estremi; presa a pugno e pinza bidigitalica consentite con qualche difficoltà, prove contro resistenza valide, riferite disestesie alla superficie palmare di F2.

Dalla relazione prodotta dallo specialista ortopedico che si occupò del caso (primo operatore nell'intervento di tenorrafia) si evince che le aderenze cicatriziali peritendinee rappresentano una complicanza piuttosto frequente (fino al 20% dei casi) ben nota e descritta in letteratura peraltro frequentemente legata all'insidiosità della primaria lesione traumatica di specie (sezione completa del tendine flessore da ferita da taglio nella zona 2 della mano, altresì detta "no man's land"), al punto che, in casi consimili, è solitamente eseguita una revisione chirurgica di tenolisi nei primi 3-6 mesi dopo il trattamento primario: indicazione terapeutica che è stata espressa anche nel caso in esame rispetto alla quale il richiedente ha preferito soprassedere.



## PROVA PRATICA N. 2

Perviene oggi all'Azienda una richiesta di risarcimento danni da parte dell'Avv. XXX in cui si legge:

"... In data 25/02/2018 la mia Cliente, sig.ra ROSSI MARIA [casalinga di anni 57] ha eseguito una biopsia escissionale a causa di una neoformazione cutanea presente sulla punta del naso da almeno due anni e a lento accrescimento. Dopo un'attesa di circa tre settimane veniva comunicato alla stessa lo smarrimento del pezzo anatomico. Purtroppo, la sig.ra MARIA dovrà sottoporsi ad un'ulteriore biopsia per poter conoscere esattamente la diagnosi ed intraprendere l'esatta via di cura, con ulteriore aggravio non solo in termini di spesa economica ... ma soprattutto in termini di stress emotivo e patema d'animo: clinicamente la biopsia è una procedura di asportazione di parte di tessuto invasiva che comporta ...esiti cicatriziali che nel caso che ci occupa hanno già interessato la zona frontale del viso della mia Cliente – non certo per colpa sua - si vede costretta a dover affrontare una seconda volta l'esame diagnostico sopra descritto ... Dalla ricostruzione dei fatti come sopra esposta nonché dalla documentazione medica richiamata emergono evidenti profili di responsabilità a carico dei sanitari dell'Ospedale XY e di tutti gli altri ausiliari dei quali il nosocomio si è avvalso per le attività di trasporto, conservazione e trattamento del campione biologico asportato nonché della successiva fase di redazione, conservazione e inoltro della refertazione ..."

Conclusioni del parere ML di parte: "...la descrizione macroscopica del campione in data 25/02 non è esaustiva per la diagnosi finale. Esistono invero possibilità che la patologia possa essere benigna ma senza esame istologico non vi è certezza. In tale caso se la neoformazione asportata fosse maligna si assisterebbe ad un grave e censurabile ritardo diagnostico con tutte le conseguenze del caso (patologia tumorale non precocemente riconosciuta quindi mancanza e ritardo delle cure oncologiche necessarie) ... la signora ROSSI MARIA donna emotivamente fragile e da anni in cura per la depressione e attacchi di panico, ha visto peggiorare la sua situazione clinica stante l'incertezza di una patologia tumorale non ben identificata con conseguente aggravamento della sintomatologia –crisi di pianto, ansia, insonnia ...tanto che lo stesso specialista da cui è in cura ha dovuto aumentare le dosi farmacologiche trattandosi alla fine di un vero e proprio disturbo da stress post-traumatico che al momento le impedisce di accettare la realtà della situazione creatasi rifiutando, come proposto dai sanitari, un ulteriore trattamento chirurgico nella medesima sede della massa avulsa che, oltre ad un peggioramento estetico, potrebbe anche non essere definitivo ... In conclusione al di là del danno morale ...esiste un danno biologico incidente sulla stessa sfera psichica della paziente che, pur tenendo conto delle preesistenze, ha senza dubbio dato luogo ad un aggravamento tale da poter essere valutato in base alla certificazione specialistica almeno pari al 7-8% della misura totale ..."

Dalle relazioni interne prodotte e a seguito di dettagliata istruttoria risulterebbe che il pezzo anatomico possa essere stato smarrito in fase di trasporto dall'ambulatorio dermatologico dove è stata eseguita la biopsia alla sede della UO di Anatomia patologica. Alla luce della impossibilità di effettuare un esame istologico microscopico e in esito alla descrizione macroscopica della lesione,



dermatologi e anatomo patologi hanno valutato collegialmente il caso giungendo alle seguenti conclusioni: è stato consigliato alla Signora un controllo osservazionale nel tempo, in quanto effettuare una biopsia al momento attuale non sarebbe dirimente, sia per le caratteristiche macroscopiche e cliniche della lesione, sia per i processi cicatriziali in essere dopo l'escissione della precedente lesione

Diagnosi Macroscopica della lesione: *“Lesione cutanea con caratteri macroscopici di lesione benigna a tipo di angiofibroma cd papula fibrosa del naso. La diagnosi differenziale si pone con epiteloma basocellulare, cheratosi seborroica o verruca (meno probabili) e non è definibile con assoluta certezza stante l'impossibilità di eseguire l'esame microscopico istologico. Non aspetti macroscopici riferibili a lesione melanocitaria. Valutazione del rischio: le lesioni di cui sopra hanno comportamento biologico non maligno, sebbene con potenziale di recidiva locale se incompletamente escisse (rischio molto basso-basso per angiofibroma, cheratosi seborroica e verruca; rischio basso-intermedio per epiteloma basocellulare). La riferita presenza della lesione da almeno 2 anni e a lento accrescimento fino alla data odierna (2-3 mm) è maggiormente indicativa di un comportamento biologico benigno.”*

#### Visita medico-legale aziendale

Conferma di massima lo svolgimento dei fatti e l'iter clinico seguito così come documentato in atti. Riferisce di essere seguita da diversi anni da un medico psichiatra di fiducia e di essere stata ricoverata nel 2013 in regime volontario presso una clinica psichiatria per la recrudescenza di uno stato depressivo con attacchi di panico. Il trattamento farmacologico impostato a seguito di questo ricovero aveva ristabilito in modo soddisfacente, a suo dire, la situazione con discreto benessere fino all'evento di cui si tratta. Riferisce altresì di non aver fatto alcun tipo di altro accertamento relativo al problema dermatologico né di averne in corso. Al momento dichiara di non essere emotivamente disposta a seguire il follow up clinico che le è stato proposto. Dall'epoca dell'accaduto lamenta il persistere di uno stato di ansia e angoscia con polarizzazione ideativa sull'ipotesi dello sviluppo di una patologia maligna che lo smarrimento del preparato non ha consentito di escludere con certezza. Descrive tale stato come continuo e pervasivo, decorrente con crisi di pianto e attacchi di panico non adeguatamente controllati dalla terapia ancorché già modificata dallo specialista psichiatra di fiducia. Assume Sereupin, Duloxetina, En, Lantanon, Seloken e anti-ipertensivo.

Esame obiettivo. Altezza 160, Peso 85 Kg, in discrete condizioni generali di salute. Lucida, orientata e collaborante; stato cognitivo nella norma; al colloquio la paziente appare emotivamente provata dalla vicenda clinica che la coinvolge con evidente polarizzazione sul fatto oggetto di contestazione che afferma testualmente “... mi ha rovinato la vita...” Viso: in corrispondenza dell'ala nasale destra si apprezza piccolo esito cicatriziale (0.5 cm asse maggiore), tondeggiante, piano, eutrofico e normocromico, esito della biopsia escissionale della neoformazione cutanea.



### PROVA PRATICA N. 3

Perviene oggi all'Azienda una richiesta di risarcimento danni da parte dell'Avv. XXX per conto della sig.na ROSSI SARA (anni 21, studentessa universitaria) in cui si legge:

"...Alla luce di quanto sopra, data l'evidente e lapalissiana responsabilità nella quale è incorsa la vs Azienda, tramite il suo personale dipendente, e condotta di assoluta negligenza posta in essere all'interno del Vs P.S. che ha escluso la presenza di frammenti di vetro, nonostante, il racconto dei fatti da parte della danneggiata, e che soprattutto senza aver svolto un esame ecografico o radiografico, ha semplicemente lavato e suturato la profonda ferita al gluteo, la mia assistita intende essere risarcita di tutti i danni subiti e subendi, sia per il decorso della malattia sia per il nuovo intervento che ha dovuto subire per rimediare al Vs errore, nessuno escluso ...". ...."

**I fatti.** In data 08/05/2017 la Sig.na ROSSI SARA era trasportata, a mezzo di ambulanza, al Pronto Soccorso a causa di un incidente occorso nella sua abitazione: si procurava una profonda ferita al gluteo sinistro scivolando e impattando violentemente sul pavimento bagnato proprio in corrispondenza dei frammenti di vetro di un grande vaso porta fiori appena caduto a terra. Il medico di PS dopo una prima valutazione richiedeva una consulenza chirurgica con il seguente esito: "... ferita LC del gluteo SX, abbondante lavaggio con soluzione fisiologica (non presenza di frammenti di vetro), previa disinfezione ed anestesia locale si procede a sutura per piani ...". Veniva quindi dimessa intorno con l'indicazione di non bagnare la ferita, evitare sforzi muscolari facendo ricorso ad antidolorifici al bisogno. In occasione della programmata successiva visita di controllo Sara rappresentava chiaramente agli operatori presenti la persistenza di dolore e di forti disagi. Il referto della visita di controllo parla tuttavia laconicamente di "... ferita cicatrizzata. Si rimuovono i punti di sutura...", concludendo per la non necessità di ulteriore rivalutazione. La sig.na Sara continuava tuttavia ad avvertire dolore in corrispondenza dell'esito cicatriziale, difficoltà al mantenimento della posizione seduta, parestesie a tipo "scosse elettriche" lungo l'arto inferiore omolaterale e progressivo ispessimento della cicatrice. A distanza di quasi un anno dall'evento, valutata la persistenza di scosse e dolore e l'aumento di consistenza della parte interessata, anche su consiglio del medico curante decideva di sottoporsi a una indagine ecografica che mostrava: "...in corrispondenza del piano adiposo sottocutaneo, nel terzo superiore del gluteo, ispessito ... immagine lamellare tipo C.E. di ca 4 cm, con reazione dei tessuti molli circostanti, da verificare con rx e/o TC e da rivalutare con visita specialistica...". Nel luglio 2018 si sottoponeva dunque a revisione chirurgica della ferita presso struttura privata in occasione della quale si asportavano due frammenti di vetro (il più grande, triangolare di 4,5 cm di lunghezza e 2 di larghezza massima ed il secondo, di pari forma di 2 cm per 1 cm), il tutto documentato con sequenze fotografiche dell'intervento.

La relazione interna prodotta dai professionisti coinvolti (medico di PS e consulente chirurgo che esegue sia la prestazione di PS che la successiva visita di controllo) evidenzia come la ritenzione di corpi estranei vitrei nell'ambito di ferite profonde in zone in cui è poi particolarmente



rappresentato il tessuto adiposo sottocutaneo è complicanza non infrequente, prevedibile, ma non sempre evitabile nella fase acuta di trattamento del trauma. D'altro canto né una radiografia né un'ecografia avrebbero agevolmente rilevato - a ferita aperta ed in fase acuta - la presenza di corpi estranei eventualmente ritenuti ...

### Visita medico legale aziendale

Nega precedenti traumatici e/o patologici a carico dei distretti anatomico-funzionali oggetto della presente valutazione. Non assume farmaci. Conferma di massima l'iter clinico e i fatti così come desumibili dalla documentazione esaminata. Allega anche i due frammenti di vetro estratti e la documentazione fotografica dell'intervento di revisione e delle successive medicazioni (guarigione per seconda intenzione, con zaffo e medicazioni ogni uno-due giorni). Lamenta il persistere di un esito cicatriziale esuberante, associato a ipoestesia e disestesia estese all'area cutanea circostante del gluteo.

Esame obiettivo. Soggetto in buone condizioni generali di salute, collaborante, psichismo integro. Altezza 170 cm Peso 58 Kg. In regione glutea sinistra, in zona infero-laterale si apprezza esito cicatriziale antiestetico di 8 cm di lunghezza e poco meno di 1 cm di larghezza, violaceo, rilevato, distrofico, non dolente alla digitopressione ma disestesico. La zona immediatamente circostante l'esito, di normale consistenza, risulta palpatariamente granulosa e ipoestesica.