

il giornale della **Terapia Infiltrativa**
Notizie, interviste, approfondimenti



**Appropriatezza
e valutazione
del rischio nella
terapia infiltrativa**

il giornale della **Terapia Infiltrativa**

Notizie, interviste, approfondimenti

Editore

MedicalStar
Via San Gregorio, 12 - 20124 Milano
info@medicalstar.it
www.medicalstar.it

Testata registrata al Tribunale di Milano

Nessuna parte di questa pubblicazione
può essere fotocopiata o riprodotta anche
parzialmente senza l'autorizzazione dell'Editore.

Progetto grafico

www.franbe.it

Stampa

Formagrafica S.r.l.

Avvertenze per i lettori

L'Editore declina ogni responsabilità derivante da errori od omissioni in merito a dosaggio o impiego di medicinali o dispositivi medici eventualmente citati negli articoli e invita il lettore a controllare personalmente l'esattezza delle informazioni, facendo riferimento alla bibliografia relativa e alle schede tecniche/istruzioni d'uso del prodotto.

AUTORE

Professor Fabio M. Donelli

*Medico specialista in Ortopedia e Traumatologia,
Medicina dello Sport, Medicina Legale
e delle Assicurazioni
Docente presso l'Università degli Studi di Milano*

INDICE

| | |
|--|-----------|
| Appropriatezza e valutazione del rischio nella terapia infiltrativa | 5 |
| Esempio di un caso clinico | 12 |

APPROPRIATEZZA E VALUTAZIONE DEL RISCHIO NELLA TERAPIA INFILTRATIVA

La terapia infiltrativa nasce come trattamento nelle patologie reumatiche e articolari, come importante mezzo coadiuvante nel restituire il benessere e la mobilità dell'articolazione.

Fra le condizioni patologiche maggiormente trattate vi è, senza dubbio, l'osteoartrosi.

L'osteoartrosi è la causa principale di dolore muscolo-scheletrico e di disabilità, in particolare nella popolazione anziana. Può interessare tutte le articolazioni sinoviali. Sotto il profilo bio-meccanico, il danno artrosico predilige le sedi in sovraccarico e la perdita del tessuto cartilagineo è il bilancio conclusivo a lunga distanza dell'alterazione dell'equilibrio fra sintesi e degradazione della cartilagine, con progressivo deterioramento strutturale.

Fra le varie opzioni terapeutiche a disposizione per il trattamento intra-articolare di questo tipo di patologie, vi è l'impiego di corticosteroidi, acidi ialuronici e, ultimamente si sono aggiunti i fattori di crescita. Le principali linee guida internazionali suggeriscono che l'uso della terapia intra-articolare con acido ialuronico è indicata nei pazienti che non hanno risposto a un programma di terapia non farmacologica e/o di semplici analgesici e che la terapia intra-articolare può risultare particolarmente vantaggiosa nei pazienti in cui i Fans siano controindicati o siano risultati inefficaci.

Attualmente vi è in commercio un elevato numero di visco supplementi che differiscono principalmente per peso molecolare, concentrazione e numero di somministrazione.

Come ogni procedura medica, l'esecuzione della terapia infiltrativa impone diligenza e prudenza da parte dell'operatore. Lo specialista, prima di eseguire la procedura, deve valutare con attenzione: le indicazioni, le controindicazioni, gli effetti collaterali e, non ultimo, le aspettative del paziente.

Il risultato di un trattamento presenta difficoltà di interpretazione in rapporto a diversi fattori che andiamo a esaminare uno per uno.



Il risultato di un trattamento presenta difficoltà di interpretazione in rapporto a diversi fattori:

- 1)** Le condizioni cliniche del soggetto
- 2)** Le indicazioni e le contro-indicazioni della terapia infiltrativa
- 3)** La valutazione dei fattori di rischio
- 4)** L'informazione
- 5)** L'evoluzione tecnologica delle metodologie terapeutiche
- 6)** La tecnica e la verifica del risultato
- 7)** La collaborazione con il paziente.

1 Le condizioni cliniche del soggetto

L'accertamento clinico dopo un'esauriente anamnesi e un rigoroso esame obiettivo, associato agli esami ematochimici, alle indagini strumentali e iconografiche, deve giungere a una corretta diagnosi propedeutica al trattamento medico/chirurgico appropriato. Per quanto attiene alle problematiche dello stato anteriore, specialmente nell'anziano, lo specialista dovrà riconoscere l'eventuale presenza di condizioni clinico-patologiche che potrebbero rappresentare contro-indicazioni assolute o relative all'intervento prospettato.

2 Le indicazioni e le contro-indicazioni della terapia infiltrativa

L'indicazione all'intervento infiltrativo sarà in base al quadro anatomico-clinico. Questo, insieme alla valutazione dello stato anteriore, rappresentano le prime problematiche medico-legali meritevoli di approfondimento.

Controindicazioni: È importante che lo specialista conosca le controindicazioni della procedura.

Contro indicazioni assolute: Soggetto non collaborante, assenza di consenso informato, allergia al farmaco, presenza di infezioni nei tessuti adiacenti, esecuzione di iniezioni di corticosteroidi nel tendine d'Achille e nel tendine rotuleo.

Controindicazioni relative: naturalmente sono variabili al tipo di pazienti e di patologia: ad esempio, eseguire un'infiltrazione in vicinanza di arterie, vene, nervi. Inoltre, particolare attenzione dovrà essere posta nei soggetti immunodepressi, diabetici con insufficienza renale e in soggetti con una storia di necrosi avascolare.

3 La valutazione dei fattori di rischio

Per **rischio** s'intende l'evento lesivo che si verifica nel caso di intervento, dipendente dall'esecuzione tecnica, non prevedibile e, a volte, non avvertibile, perché legato a fattori imprevedibili. Per **complicanze** s'intendono gli eventi lesivi che si manifestano causalmente cronologicamente, che di solito vanno descritte nella **informazione** data al curando. Queste sono prevedibili perché descritte in letteratura ma non sempre immediatamente avvertibili. Nel caso di specie di terapia infiltrativa, il rischio più invalidante è dato dalle infezioni. Si annovera anche, come fattore di rischio, l'erosione della cartilagine, ad esempio con i corticosteroidi. Particolare attenzione dovrà essere data alle infiltrazioni plurime pluridistrettuali.

Il rischio è la condizione su cui incombe una determinata incidenza statistica di alcuni eventi patologici che possono modificare l'esito atteso di un processo. Il rischio clinico, invece, è la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, di una complicanza, ovvero subisca un qualsiasi danno di natura iatrogena. Possono, pertanto, essere fissati parametri probabilistici che definiscono, con un valore numerico percentuale, il rischio di verificarsi di un determinato evento avverso, ovvero evenienza indesiderata e imprevedibile, che può essere effetto di complicanza e/o errore. Lo scopo della gestione del rischio clinico è rilevare la frequenza, la tipologia, la prevedibilità e le cause degli errori e fornire le indicazioni per la prevenzione degli stessi. Gli errori sono la conseguenza di criticità riconducibili a fattori soggettivi (abilità tecniche) e oggettivi (capacità tecnica). Le principali tipologie di errore nel caso di infiltrazioni sono: a) errore di diagnosi, b) errore di trattamento, c) errore di comunicazione (informazione). Dobbiamo

però sempre tenere presente che la colpa medica è configurata solo dalla presenza di un danno causato da errore. La complicanza non necessariamente esime dalla **colpa**; se il tasso di frequenza è superiore a quello presente nella letteratura internazionale, è probabile che quel **quid pluris** di complicanza sia sostenuto da un errore colposo del sistema di organizzazione o dall'equipe chirurgica.

Le complicanze da infiltrazioni: Le complicanze da infiltrazioni possono essere divisi in due categorie: sistemiche e locali.

Le complicanze sistemiche comprendono reazioni vaso-vagali, allergia alla lidocaina, tossicità da lidocaina, aritmie cardiache, convulsioni, iperglicemia nei diabetici, compromissione della risposta immunitaria, soppressione surrenalica, irregolarità mestruali, sanguinamento vaginale e osteoporosi.

Le complicanze locali comprendono sanguinamento, osteonecrosi dell'osso juxta-articolare, rottura dei legamenti, atrofia del sottocutaneo, ipopigmentazione cutanea e le infezioni.

L'infezione è senz'altro la complicanza più temibile, in quanto trattandosi di manovre invasive si possono contaminare i tessuti molli e anche le cavità articolari; i processi infettivi possono portare (anche perché di difficile trattamento) a danni permanenti e financo, in caso di soggetti defedati, alla morte.

Nel caso di specie, la complicanza più temibile è l'artrite settica che è caratterizzata da dolore articolare, tumefazione, aumentato dalla temperatura locale e dalla riduzione della funzionalità articolare. A volte il quadro clinico è accompagnato da febbre. L'artrite settica è in genere mono-articolare.



Errori da evitare:

- 1)** Esecuzione di atti sanitari diagnostico terapeutici senza alcun consenso almeno verbale;
- 2)** Richiesta di consenso per un generico atto sanitario, senza alcun tipo d'informazione specifica;
- 3)** Colloquio fra medico e paziente senza evidenza documentale della consegna delle informazioni e senza successiva formalizzazione del consenso;
- 4)** Richiesta di consenso dopo semplice consegna dei fogli informativi, senza adeguato colloquio;
- 5)** Richiesta di consenso su moduli pre-stampati senza possibilità di colloquio o delegata a personale non medico;
- 6)** Informazioni troppo dettagliate e/o tecniche, non comprensibili dal paziente e, quindi, non idonee per consentire al paziente una scelta consapevole e comunque irrilevanti ai fini legali;
- 7)** Informazioni sulla tecnica proposta senza illustrazione delle possibili alternative;
- 8)** Richiesta di consenso anticipato per procedure non specificate, specie se accompagnata da formule stereotipe e sbrigative del tipo "io edotto... firmo", o "...sollevo da ogni responsabilità...".

La diagnosi della eziologia batterica è sospettabile in alcuni casi dalla leucocitosi con neutrofilia e incremento degli esami ematochimici e da indagini che evidenziano il versamento articolare.

La diagnosi è confermata sulla base dell'aspirato intra-articolare.

I fattori predisponenti sono età, diabete mellito, artrite reumatoide, presenza di protesi articolare, recente intervento chirurgico intra-articolare, infezione della cute e/o del sotto-cute, tossicodipendenza e alcolismo; e precedente trattamento iniettivo intra-articolare con cortisonici; ad es. infiltrazioni all'anca o al ginocchio. Il trattamento è basato sulla terapia antibiotica e su tempestivi provvedimenti chirurgici. La scelta dell'approccio chirurgico dipende dal tipo di articolazione e dall'entità del processo flogistico. Dalla semplice aspirazione intra-articolare può essere indicato un drenaggio mediante artroscopia o artrotomia, fino a interventi di toilette intra-articolare ed extra-articolare se risultano interessati i tessuti circostanti l'articolazione.

L'attività dei provvedimenti medici e chirurgici è essenziale per limitare i danni a carico delle componenti articolari, cartilaginee, ossee, ligamentose e capsulari, nonché alle strutture circostanti se interessate dalla diffusione dell'infezione. È sempre possibile, però, un interessamento osseo a tipo di osteomielite e fenomeni di necrosi osseo-cartilaginea; ad. es. carico del collo e della testa del femore.

4 L'informazione

L'acquisizione di un valido consenso informato è una importantissima problematica medico-legale. Per raggiungere validità, il consenso dovrà pervenire da un soggetto capace di intendere e di volere e che abbia età idonea per poter disporre del quel diritto. L'informazione dovrà essere fatta con l'utilizzo di un linguaggio accessibile al grado di cultura dell'assi-



Nel caso di paziente straniero

(ma i principi sono applicabili a tutti i pazienti), l'informativa dovrebbe essere redatta nella sua lingua, le informazioni date dovrebbero essere specifiche per l'intervento da eseguire (Cassazione Civile Sez. III, 8 ottobre 2008), l'informativa dovrebbe contenere le alternative terapeutiche all'intervento e l'indicazione di eventuali rischi gravi per la vita (Cassazione Civile, Sez. III, 24 settembre 1997, n. 9374).

stato. Va ricordato, inoltre, che il malato può manifestare il suo dissenso dopo aver conosciuto le modalità, i rischi e i pericoli delle cure e degli interventi. **Il consenso può essere quindi revocato e il paziente può rivolgersi presso altra struttura.** Il consenso così perfezionato rende possibile il trattamento infiltrativo e le condizioni oggettive per poter sottoporre un soggetto capace di intendere e di volere sono: a) l'indicazione di una corretta diagnosi della proposta terapeutica e delle eventuali alternative, b) il consenso all'intervento, c) la descrizione della tecnica e i rischi specifici che essa comporta (l'obbligo d'informazione va esteso, pertanto, ai rischi specifici rispetto a determinate scelte alternative, in modo che il paziente, con l'aiuto dell'operatore, possa convincersi per sull'utilità della metodica proposta). Dovrebbero essere indicate al paziente le conseguenze derivanti dalla mancata esecuzione dell'intervento, in termini della qualità della vita, qualora vi fossero terapia farmacologiche alternative (**Cassazione 4400/2004**). Nei con-



Terapie innovative

Per quanto riguarda le terapie innovative e sperimentali (dopo essere state approvate dal Comitato Etico), esse comportano particolari obblighi per il medico che le propone, relativamente ai contenuti dell'informazione che viene fornita all'assistito al fine dell'acquisizione del Consenso.

fronti del paziente straniero, che non sia in grado di comunicare in lingua italiana, sussiste sempre l'obbligo del medico di accertare che il paziente abbia compreso la natura della patologia e del relativo trattamento e che vi consenta in modo consapevole. L'obbligo di informazione si estende anche ai rischi specifici rispetto a determinate scelte alternative. Si ritiene doveroso, da parte del medico, di informare il paziente delle diverse tecniche a disposizione, dei risultati "tecnici" delle stesse, ma anche della personale espe-



Un valido consenso non esime da responsabilità. In caso di contenzioso, l'aspetto rilevante sarà rappresentato dalla valutazione degli elementi specifici di responsabilità professionale.

rienza indicando eventualmente i propri successi e insuccessi, in modo che il paziente, con l'ausilio tecnico-scientifico del medico, possa indirizzarsi verso l'una o l'altra delle scelte possibili, attraverso una cosciente valutazione dei rischi relativi e dei corrispondenti vantaggi.

Sperimentazione clinica: Qualunque sperimentazione clinica, prima di essere attivata, dovrà essere preventivamente approvata dal Comitato Etico secondo la normativa vigente alla quale si fa riferimento. Qualora si dia luogo ad attività biomediche nell'uomo, prima che esse abbiano conseguito una cosiddetta legittimazione clinica, il medico sperimentatore deve acquisire per iscritto il parere favorevole del Comitato Etico, che include anche il modulo di consenso informato e ogni altra informazione scritta, da fornire ai soggetti coinvolti nello studio.

5 L'evoluzione tecnologica delle metodologie terapeutiche

La pratica medica è altamente condizionata dal progresso tecnologico che comporta costi crescenti e necessità di risorse sempre maggiori, che richiedono un continuo aggiornamento tecnologico, diagnostico e operativo.

Fattori di crescita

È una metodica in continua espansione, tale da riscuotere un interesse in ambito ortopedico, traumatologico, chirurgo-plastico e maxillo-facciale.

Numerose evidenze suggeriscono l'indicazione dei fattori di crescita in ambito traumatologico nelle tendinopatie, a livello dell'epicondilo, del tendine d'Achille, nella fascite plantare e nella patologia capsulo-ligamentosa del ginocchio e della caviglia. Nella spalla, i fattori di crescita sono usati dopo tecnica artroscopica nella cuffia dei rotatori. Nel caso di specie, non è stata ancora definita una

preparazione standardizzata. Rimangono ancora da indagare e studiare i dosaggi da utilizzare e la frequenza d'impiego, le tecniche di somministrazione e l'area da trattare (sul tessuto danneggiato, al suo interno, intra-articolare), le condizioni ottimali di infiltrazione, l'uso concomitante di proteine Scaffold, cellule staminali. L'impiego di terapie innovative in ambito ortopedico costituisce un settore affascinante e interessante che apre nuove prospettive per i pazienti.

La responsabilità nella terapia infiltrativa

La terapia infiltrativa è un'attività che può determinare danni al paziente, e di conseguenza può esporre il medico a contestazioni di responsabilità sia in ambito penalistico che civilistico. Anche in assenza di comportamenti errati si possono realizzare delle complicanze, e tali eventualità devono essere ben illustrate al paziente, al fine di acquisire un consenso valido; di queste informazioni va data una adeguata dimostrazione mediante compilazione di una appropriata documentazione.

6 La tecnica e la verifica del risultato

La scelta della terapia compete al medico, che dovrà fare un'accurata valutazione anche dello stato anteriore del soggetto, ma **in ogni caso dovrà essere il paziente ad acconsentire**. Nel caso di specie, è necessario usare il protocollo della diligenza e della sterilità. Particolare attenzione dovrà essere usata nella localizzazione anatomico-topografica della sede di infiltrazione, seguendo le linee guida e la propria esperienza. Prudenza si dovrà attuare nella composizione di cocktail. **Di particolare interesse medico-legale è l'appropriatezza**, pertanto ci dovrà essere un'indicazione reale sul numero delle infiltrazioni da eseguirsi. Un'accurata verifica è parte fondamentale di ogni trattamento terapeutico perché

è in grado di identificare possibili difetti e, di conseguenza, permettere all'operatore di correggerli.

7 La collaborazione con il paziente

La necessità di un'attiva collaborazione del paziente sarà importante nel risultato favorevole che si verifica quando si ottiene una compensazione rispetto al quadro anatomico-clinico precedente. Il paziente dovrà essere informato esaurientemente delle modalità terapeutiche. Nel caso di insuccesso, ovvero per il mancato conseguimento del risultato positivo per la prestazione prevista, è fondamentale distinguere se esso derivi da una complicanza prevedibile e prevenibile e, **quindi da errore**, o da una complicanza prevedibile, ma imprevedibile e quindi evitabile. La metodologia medico-legale per stabilire se l'insuccesso di una prestazione medica derivi da una complicanza o da un errore, e pertanto da un'eventuale responsabilità professionale, si basa sull'analisi di: a) documentazione sanitaria (che dev'essere chiara, datata, firmata, leggibile e completa), b) consenso informato (indicare eventuali complicanze, spiegazione di valide alternative terapeutiche, rischio/beneficio nei singoli pazienti), c) attinenza alle linee guida, d) letteratura scientifica. N.B. Nel caso di pazienti anziani, bisognerà valutare attentamente se l'indicazione all'intervento è stato corretto.

Di fronte, quindi, a un danno che ne sia derivato, occorre valutare la **condotta del medico** per la possibilità di complicanze oggettive. L'opera del medico è quindi soggetta ai principi generali del Diritto Civile, che ne indicano i doveri. Le possibili condizioni di responsabilità in rapporto al verificarsi di un evento dannoso e al Diritto Penale per quanto attiene il comportamento colposo. In caso di contenzioso, l'aspetto rilevante sarà rappre-

sentato dalla valutazione degli elementi specifici di **Responsabilità Professionale**. Occorre, infine, precisare che, per sussistere **Responsabilità Professionale**, è necessario:

- a) un atto colposo;
- b) un danno;
- c) il riconoscimento di nesso causale fra colpa e il danno di cui si chiede il risarcimento.

Occorre che, fra la condotta colposa del medico e il danno subito dal paziente vi sia **Nesso di Causalità**, ovvero che la condotta abbia causato il danno.



CONCLUSIONI

In conclusione, per poter effettuare una diligente esecuzione della terapia infiltrativa intra articolare occorre che il sanitario, nel caso di specie, valuti attentamente:

- le condizioni cliniche del soggetto
- le contro indicazioni della terapia infiltrativa
- i fattori di rischio, compatibilmente con il beneficio presupposto
- l'informazione erogata al paziente (vedasi consenso informato)
- la verifica del risultato, se opportuno con indagini strumentali e iconografiche (Rx, Eco, Tac, Rmn ecc).

Sarà determinante la collaborazione del paziente per evitare che possa disattendere le prescrizioni avute nel caso di specie.

ESEMPIO DI UN CASO CLINICO

Maschio di 52 anni, rappresentante di commercio, sportivo non agonistico, pratica calcetto e bicicletta e, nei mesi invernali, frequenta una palestra.

A febbraio 2015 mentre si esercitava in palestra accusò dolore all'inguine sinistro, sospendendo l'attività. Persistendo la sintomatologia algico-disfunzionale gli fu prescritta, dal medico curante, una radiografia all'anca sinistra, con riscontro di modesta coxartrosi sinistra.

Successivamente, si rivolse a uno specialista fisiatra che gli consigliò anti-infiammatori orali e programma riabilitativo dedicato.

Dopo circa un mese per persistenza dei sintomi nonostante terapia antinfiammatoria e fisioterapia, si rivolse a Specialista Ortopedico che diagnosticava distrazione muscolare del sovramembrano della coscia sinistra con marcata rigidità dell'anca sinistra, procedeva a infiltrazione di anestetico e cortisone, prescriveva anti-infiammatori e richiedeva risonanza magnetica del bacino ed ecografia all'anca sinistra.

La Rnm al bacino evidenziò “[...] Edema osteo-midollare sia sul versante acetabolare, che nella testa e nel collo del femore [...]”.

L'ecografia all'anca sinistra evidenziò “[...] Sospetta rottura parziale con distacco del tendine del grande adduttore [...]”.

L'Ortopedico alla luce dei referti pone diagnosi di sospetta lesione parziale dell'adduttore grande prescrivendo riposo, anti-infiammatori e cortisone per via

orale ed eparina a basso peso molecolare. La sintomatologia persisteva senza miglioramento soggettivo e peggioramento funzionale tanto da impedire il carico e la deambulazione.

Seguirono n. 2 infiltrazioni intra-articolari con anestetico e cortisone, effettuate per via anteriore.

A circa 40 giorni dall'esordio il paziente decide di fare riferimento al Pronto Soccorso dell'Ospedale del capoluogo di provincia dove gli accertamenti portano a ricovero urgente per ascesso dell'anca sinistra.

Venne implementata tempestiva terapia antibiotica empirica con penicillina protetta e poi, su consiglio di consulente Infettivologo, con vancomicina e levofloxacina. Venivano eseguite emocolture e indagini imaging:

- Rnm all'anca sinistra, con riscontro di “[...] Osteomielite del collo del femore e dell'acetabolo peri-articolare ed edema a livello intra-addominale [...]”
- Tc all'addome, che evidenziò deformazione della testa del femore con scomparsa della testa articolare.

Fu posta diagnosi di artrite acuta all'articolazione coxo-femorale sinistra con diffusione dell'infezione a coinvolgere i tessuti molli circostanti, il muscolo ileo-ipoas e otturatore omo-laterale.

Fu quindi sottoposto ad intervento chirurgico urgente di drenaggio di raccolta

IDENTIKIT

- Maschio di 52 anni.
- Rappresentante di commercio.
- Sportivo non agonistico, pratica calcetto e bicicletta e, nei mesi invernali, frequenta una palestra.



purulenta endoarticolare, toilette dell'articolazione e dei tessuti circostanti.

Dall'agoaspirato eco guidato pervenne l'isolamento di *Staphylococcus aureus* meticillino-sensibile e fu suggerita terapia antibiotica con levofloxacina e rifampicina. Il quadro infettivo è progressivamente migliorato con normalizzazione degli indici di flogosi e della obiettività locale. La terapia è stata continuata a domicilio per 8 settimane complessive con controlli periodici ambulatoriali specialistici di Malattie Infettive.

Gli accertamenti successivi clinici e iconografici hanno documentato la stabile guarigione del processo infettivo ma anche gli importanti reliquati articolari e la conseguente menomazione funzionale dell'articolazione coxo-femorale sinistra.

Considerazioni medico-legali e valutazione del danno

La storia clinica è ben riconoscibile nell'ambito delle conoscenze scientifiche consolidate sull'argomento. Le fasi diagnostiche e terapeutiche, nelle scelte effettuate, sono identificate in due step durante i quali:

1) si apprende l'effettuazione di infiltrazioni intra-articolari con cortisone. La

disamina della condotta dell'ortopedico che ha effettuato le infiltrazioni evidenzia criticità e censura per: a) mancanza di consenso. va precisato che l'informazione deve risultare il più possibile completa ed esauriente. Inoltre, un valido consenso prevede la descrizione dei rischi oggettivi e delle possibili complicanze; b) la non corretta applicazione di procedura di asepsi nell'effettuazione delle infiltrazioni intra-articolari è stata produttiva di artrite settica, che nel caso di specie è stata caratterizzata dalla comparsa di dolore articolare, tumefazione e riduzione della funzionalità articolare; c) la mancanza di verifica con approfondimento diagnostico e strumentale ha procurato un ritardo diagnostico del processo settico.

2) si constata che i tempi rapidi di esecuzione della terapia antibiotica negli isolati culturali, eseguita in ambito ospedaliero, ha parzialmente emendato il danno iniziale. Nel caso in esame la contaminazione batterica intra-articolare è prova della non corretta applicazione della procedura di asepsi in preparazione delle infiltrazioni effettuate.

PROBLEMA

- Mentre si esercitava in palestra, accusò dolore all'inguine sinistro.
- Riscontro di modesta coxartrosi sinistra.
- Uno specialista fisiatra consigliò anti-infiammatori orali e programma riabilitativo dedicato.
- Si rivolse a Specialista Ortopedico che procedeva a infiltrazione di anestetico e cortisone, prescriveva anti-infiammatori e richiedeva risonanza magnetica del bacino ed ecografia all'anca sinistra.
- Seguirono n. 2 infiltrazioni intra-articolari con anestetico e cortisone, effettuate per via anteriore.
- Guarigione del processo infettivo con importanti reliquati articolari e conseguente menomazione funzionale dell'articolazione coxo-femorale sinistra.



Pertanto, la condotta terapeutica dello specialista ortopedico evidenzia **profili di responsabilità professionale**.

Discussione

Si ritiene di dover puntualizzare l'aspetto medico-legale della vicenda in esame.

Affinché possa delinearsi un profilo di responsabilità professionale, occorre considerare i criteri per l'individuazione di una responsabilità, ovvero:

- a) una condotta erronea produttiva di danno;
- b) il verificarsi di un danno;
- c) un legame fra condotta erronea e danno (nesso causale).

Nel caso di specie, queste condizioni sono soddisfatte. In particolare la condotta errata è stata posta in essere nell'aver provocato una lesione (artrite acuta dell'anca), che ha causato a sua volta una necrosi avascolare della testa del femore. Il quadro anatomico-clinico è evoluto in artrite settica. Trattasi di lesività compatibile con le modalità della terapia attuata. Si ritengono, pertanto, soddisfatti i criteri medico-legali di giudizio tendenti a dimostrare l'esistenza di un nesso di causalità fra terapia effettuata e danno subito. Le conseguenze iatrogene hanno provo-

cato una menomazione anatomico-funzionale idonea a modificare le pre-esistenti condizioni psico-fisiche del soggetto.

In conclusione, dimostrata la responsabilità dell'ortopedico nella genesi del processo settico, si dovrà eseguire una valutazione del danno che tenga conto del lucro cessante di agente di commercio, del danno emergente, del danno biologico temporaneo dovuto alla malattia - riconducibile all'operato del sanitario - e del danno biologico - permanente conseguenza diretta dell'infezione.

Il periziando ha subito una grave compromissione dell'attività fisica (il soggetto zoppica e i reliquati gli procurano una limitazione funzionale nell'espletamento dell'attività professionale di agente di commercio) e psichica, capace di alterare in modo permanente le attività di relazione e le abitudini di vita a livello familiare, sociale e ludico: il periziando non può più giocare a calcetto e non può più andare in bicicletta.

Il tipo di menomazione, indipendentemente dal danno biologico, è meritevole di adeguata considerazione in tema di danno personalizzato.

CONSIDERAZIONI MEDICO-LEGALI

- Deficit di consenso.
- Non corretta applicazione della procedura di asepsi nell'effettuazione delle infiltrazioni intra-articolari.
- Mancanza di verifica con approfondimento diagnostico e strumentale.
- **La condotta terapeutica dello specialista ortopedico è censurabile per profili di responsabilità professionale.**



