



Fabio Donelli<sup>1</sup> (foto)  
Luigi Solimeno<sup>2</sup>  
Mario Gabbriellini<sup>3</sup>  
Matteo Benvenuti<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Università di Brescia; <sup>2</sup> UOSD Ortopedia e Traumatologia, IRCCS Fondazione Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico Milano; <sup>3</sup> Medicina Legale, Università di Siena

## Valutazione della congruità del comportamento di ortopedico e fisiatra su di un caso di frattura misconosciuta di femore

*Assessment of the appropriateness of the orthopedic and rehabilitation physician behavior on a case of unrecognized femoral fracture*

### Riassunto

Frattura di femore - Donna di 87 anni. Nel caso in esame un'anziana signora fu operata di artroprotesi totale di ginocchio destro, in soggetto iperteso e in assenza di una valutazione del quadro clinico generale. Il decorso post-operatorio in Riabilitazione fu caratterizzato da peggioramento del quadro clinico e persistenza dello stato confusionale. Successivamente, un consulto ortopedico documentato da imaging (Rx e TC all'anca) evidenziò una frattura transcervicale composta della testa del femore. Nella discussione sono state identificate censure nella condotta dell'ortopedico e del fisiatra. Infine, è stato valutato il danno subito dalla signora.

**Parole chiave:** frattura occulta di femore, condotta dell'ortopedico, condotta del fisiatra, responsabilità professionale

### Summary

Fracture of femur - 87 years old woman. In the present case, an elderly woman (hypertensive subject, lacking of general conditions assessment) underwent surgery for a right knee total arthroplasty. The post-operative course in the Rehabilitation Unit was complicated by deterioration of the clinical conditions and the persistence of confusion. Subsequently, an orthopedic consultation documented by X-rays and CT of the hip revealed an undisplaced transcervical fracture of the femoral head. The discussion of the case identified censorship in the conduct of the orthopedic surgeon and the physiatrist. Lastly, the damage suffered by the patient has been assessed.

**Key words:** occult fracture of the femur, conduct of orthopedic physician, conduct of physiatrist, professional liability

## Considerazioni

Si tratta del caso di una donna operata per artroprotesi totale di ginocchio destro per gonalgia persistente con limitazione funzionale in soggetto iperteso – Intervento in elezione. Nel caso di specie, per poter valutare se fu congrua l'indicazione di artroprotesi in caso di elezione, manca nell'anamnesi clinica la valutazione dello stato funzionale del soggetto e dello stato cognitivo. Pertanto, il chirurgo ortopedico, per la valutazione del rischio-beneficio, non ha avuto a disposizione un quadro clinico completo oltre alla descrizione del quadro anatomico-clinico distrettuale, in quanto non ha approfondito il quadro clinico e lo stato cognitivo. La sua condotta può, quindi, ritenersi censurabile nella valutazione del rischio-beneficio? (Fig. 1).

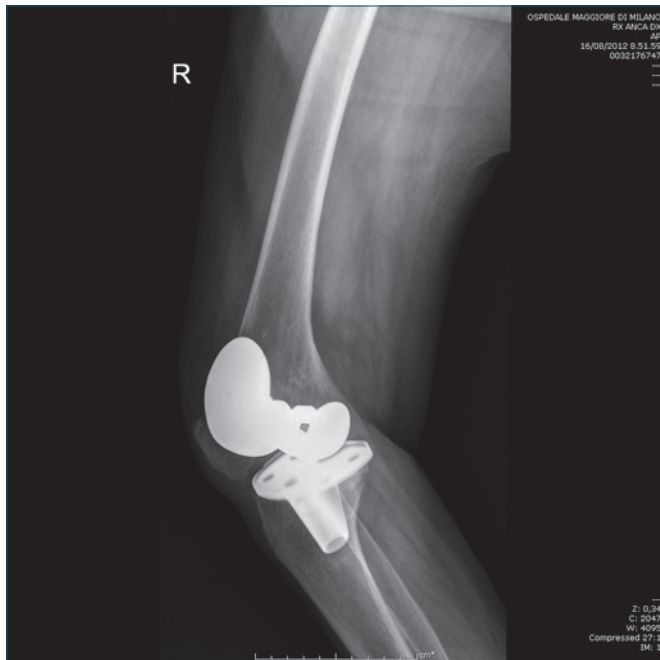
Decorso post-operatorio. In atti è descritto, in data 21/6/2012, decorso post-operatorio regolare con condizioni cliniche buone e si apprende trasferimento in medicina Riabilitativa. Si dà per scontato che ci sia un buon compenso idro-elettrico,

### Indirizzo per la corrispondenza:

Fabio Donelli

via Carlo Ravizza, 22  
20149 Milano

E-mail: fmdonelli@gmail.com



**Figura 1.** Artroprotesi totale di ginocchio.

respiratorio, cardiologico e comportamentale e si propone il trasferimento in Medicina Riabilitativa. Di fatto, il quadro clinico descritto è diverso: "...riscontro di anemia microcitica con sideropenia, rialzo degli indici infiammatori, disidratazione, agitazione psicomotoria notturna con allucinazione". Si segnala che la paziente rimane in Riabilitazione per cir-



**Figura 2.** Sottile linea immagine di radiotrasparenza del passaggio testa - collo - femore.

ca 1 mese e, per "ricovero" nel caso di specie s'intende l'intensità riabilitativa e non di cura: "...in data 13/7/2012, la paziente deambula per tragitti medi con deambulatore, buono il recupero articolare, passaggi posturali eseguiti con minima assistenza. Si consiglia la prosecuzione del P.R.I. In regime di ricovero".

In data 6/8/2012, si apprende "persistenza del quadro confusionale. Ricovero in Medicina Interna". Si evince che il Soggetto non è migliorato, ma si apprende un peggioramento delle condizioni generali e dello stato confusionale. Dal 13/7/2012 al 6/8/2012, verosimilmente è successo qualcosa. Potrebbe essere una caduta o un movimento improprio, compatibile con lo stato cognitivo. Finalmente viene richiesta una consulenza da un ortopedico che è stata eseguita in data 14/8/2012.

In data 14/8/2012, consulenza ortopedica: "Dolore alla mobilitazione passiva ginocchio destro e anca destra. Si richiede Rx anca destra e ginocchio destro". Imaging eseguito: Rx in data 16/8/2012 con referto di "...sottile linea immagine di radio-trasparenza del passaggio testa-collo" (Fig. 2).

Conclusioni: ...non sicure immagini di significato traumatico recente, meritevole comunque, a scopo prudenziale, di eventuale ulteriore controllo in ambiente specialistico... Richiesto esame TC in data 17/8/2012, con evidenziazione di frattura trans-cervicale composta della testa del femore (Fig. 3).

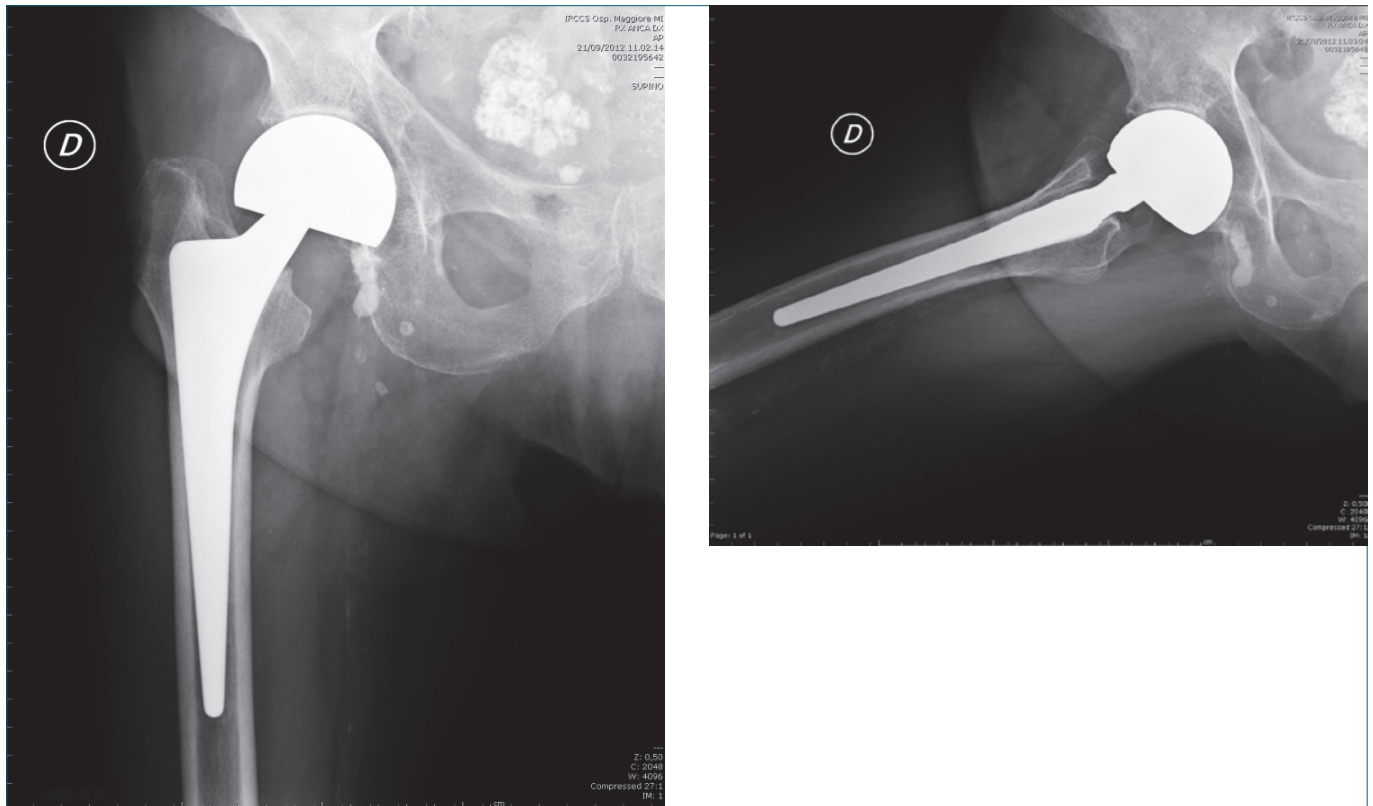
## Discussione

Valutazione dell'indicazione dell'intervento di artroprotesi al ginocchio in elezione, in Soggetto di 87 anni con probabili problematiche sullo stato clinico e sullo stato cognitivo, non descritte. Domanda: è censurabile la condotta dell'ortopedico? Nel caso di specie, nel passaggio dal 21/6/2012 al 6/8/2012, non sono state approfondite le condizioni cliniche generali valutate nella sua globalità, ma sono state prese in considerazione solo le valutazioni post-operatorie. Domanda: è censurabile la condotta del fisiatra che non ha ritenuto opportuno richiedere una consulenza ortopedica e una consulenza clinica e neurologica per il quadro confusionale descritto? Se sì, in che misura?

Nel caso di frattura trans-cervicale composta del femore, si ritiene indicato l'intervento di endo-protesi cementata all'anca destra? È da considerarsi congruo o aggressivo?

## Discussione medico-legale sulla valutazione della condotta dei sanitari nel caso di specie

Per la valutazione dell'indicazione dell'intervento di artroprotesi al ginocchio in elezione in Soggetto di 87 anni, va



**Figura 3.** Endoprotesi cementata.

naturalmente considerata l'età biologica del Soggetto e le problematiche cliniche. Dalla documentazione si evince censurabilità della condotta: a) per una non completa valutazione dello stato anteriore del Soggetto; b) per una non precisa definizione del rapporto rischio/beneficio. Pertanto, la condotta terapeutica censurabile per imprudenza.

La questione della mancata valutazione dello stato clinico in generale e della capacità cognitiva della donna è fondamentale. Si da per scontato che una tale valutazione sia stata effettuata per il quadro ortopedico: non si può proporre una artroprotesi se non ve ne è una stretta indicazione clinica, tanto più che vertendosi in una situazione di cronicità si trattava di un intervento di elezione e quindi vi era tutto il tempo per considerare tutti gli aspetti e prendere in esame tutte le alternative (ad esempio riabilitazione). Partiamo quindi dal presupposto che l'intervento era necessario (in caso contrario siamo in presenza di ipotesi di condotte dolose che non hanno nulla di sanitario).

Proprio la possibilità di studiare il caso in modo approfondito non giustifica la mancata indagine sullo stato clinico in generale, indagine che per i parametri fondamentali preoperatori spetta anche all'anestesista, ma che per le condizioni generali spetta all'ortopedico. Tale valutazione vale non solo

per il paziente stesso, che verrebbe sottoposto in caso di controindicazioni ad un'inutile sofferenza, ma anche per la appropriatezza delle cure, nel quadro dell'allocazione delle risorse in ambito sanitario: un intervento inutile effettuato in ambito pubblico e potrebbe addirittura presentare gli estremi del danno erariale. La valutazione dello stato cognitivo rientra in quella dello stato generale, ma ha due peculiari caratteristiche: la prima è che in assenza uno stato cognitivo sufficientemente integro per comprendere e partecipare alla riabilitazione è inutile fare un intervento che preveda la collaborazione successiva del paziente, e la seconda è che uno stato cognitivo integro è fondamentale per la acquisizione del consenso alla cura. La basilare importanza del consenso alle cure è oramai ben nota: si tratta non solo di rendere lecito (o, meglio, non punibile), attraverso l'articolo 50 del codice penale, il comportamento dei sanitari, in assoluto lesivo dei diritti, e spesso anche della integrità fisica, dei pazienti, ma bensì di riconoscere agli stessi pazienti il fondamentale diritto alla autodeterminazione. Ricordiamo anzitutto che il soggetto maggiorenne e capace di intendere e volere ha il pieno diritto, sulla base degli articoli 13 (la libertà personale è inviolabile) e 32 (nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per

disposizione di legge) della nostra Costituzione, di rifiutare le cure, anche quelle così dette salvavita, come avvenne per esempio qualche anno fa quando una signora rifiutò la amputazione di una gamba in gangrena e da questo conseguì il decesso. Più complessa è la questione dei minorenni, dei maggiorenni interdetti o inabilitati e dei soggetti che non rientrano nelle precedenti categorie ma che sono incapaci di esprimere un valido consenso temporaneamente o permanentemente, come ad esempio gli affetti da gravi lesioni acute del sistema nervoso centrale. Questa è la problematica fondamentale in ambito geriatrico, in quanto il paziente anziano può avere disturbi cognitivi cronici o acuto (tipico è il caso dell'anziano che si "scompensa" in seguito a una frattura di femore con conseguente ricovero ospedaliero) che rendono impossibile ottenere un valido consenso. Ecco quindi che se fu rispettata la procedura per la acquisizione del consenso, il soggetto non doveva avere deficit cognitivi importanti (può peraltro accadere che nei soggetti anziani anche lo stato cognitivo possa scompensarsi dopo un traumatismo, ad esempio chirurgico, importante).

Nel caso di specie, nel passaggio dal 21/6/2012 al 6/8/2012, non sono state approfondite le condizioni clinico-generalì nella loro globalità, ma sono state prese in considerazione solamente le valutazioni post-chirurgiche. Pertanto, la condotta del fisiatra è censurabile per non aver richiesto una consulenza clinica e una consulenza neurologica per il quadro confusionale descritto, e l'ortopedico è stato chiamato solamente in data 14/8/2012. La condotta del fisiatra è censurabile per negligenza.

In particolare non risulta sia stata valutato bene il rischio di una caduta, in quanto è notorio tale rischio. Già dal 2005 la caduta del paziente è stata inserita dal Ministero della Salute tra gli eventi indicatori di errori di assistenza (eventi sentinella: un evento avverso particolarmente grave potenzialmente evitabile che può comportare morte o grave danno al paziente e che determini una perdita di fiducia nel servizio sanitario nazionale). Le informazioni relative a tali errori devono essere trasmessi al sistema informativo sanitario: dai dati del Ministero della salute del febbraio 2013 è risultato che l'evento "morte o grave danno per caduta di paziente" è stato quello con il maggior numero di segnalazioni (321, pari al 22,26%). Per la prevenzione di tale

evento si impone la valutazione del paziente al momento del ricovero presso ogni struttura, attraverso la applicazione di varie scale, tra le quali ad esempio, la scala di Conley o la scala Re Tos. A seguito dei risultati di tali valutazioni si procede a porre in atto delle misure personalizzate di prevenzione. Nel caso di specie la valutazione non fu fatta e tali misure non vennero poste in atto.

Per quanto concerne la valutazione del danno subito dalla censurabile condotta dei sanitari (della prima struttura per imprudenza e, della seconda, per negligenza), avremo un maggior danno, che potremo considerare dovuto dall'insorgenza di nuovi aspetti patologici, diversi da quelli provocati dalla lesione morbosa, riconducibili nell'aver determinato fenomeni lesivi da rischio o da complicazione. La valutazione sul danno dovrà essere iatrogena, ovvero la valutazione dello stato attuale sottratta quella qualora fosse stata operata subito o bene. La valutazione del danno è stata considerata nella misura del 15% con danno differenziale dal 15 al 25%.

La valutazione del danno è in questo caso complessa. Infatti siamo in presenza di un soggetto affetto da preesistenze marcate, e il danno sarebbe stato emendato solo in parte dalla artroprotesi di ginocchio: la artroprotesi avrebbe comportato un danno biologico permanente valutabile attorno a un 15%; la successiva frattura della testa femorale con impianto di una protesi di anca porta il danno alla misura complessiva del 25%: ne deriva un maggior danno per la negligenza degli operatori valutabile nella misura di 10 punti, da applicare all'intervallo dal 15 al 25% - cd danno differenziale.

Dovrà inoltre essere risarcito l'ulteriore periodo di invalidità temporanea conseguente alla frattura di femore con successiva necessità di una prolungata riabilitazione. Da considerare infine anche le spese per la assistenza.

### Bibliografia di riferimento

- DM 11 dicembre 2009, istituzione del SIMES.  
 Ministero della Salute. *Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella*. 4° rapporto febbraio 2013.  
 Regione Toscana. *La prevenzione delle cadute in Ospedale*. Pisa: ETS 2011.