

La tecnica artroscopica: aspetti critici di interesse medico-legale

Arthroscopy: critical aspects and medical expert's role

G. Basile
A. Passeri
G. Lorenzini
F. Monteleone
R. Bellerio

Dipartimento di Scienze
Biomediche e Terapie Avanzate
Sezione di Medicina Legale
Università di Ferrara

Indirizzo per la corrispondenza:
Prof. Giuseppe Basile
Scuola di Specializzazione in
Medicina Legale dell'Università
di Ferrara, Dipartimento di
Scienze Biomediche
e Terapie Avanzate
Sezione di Medicina Legale
via Fossato di Mortara 64/B
44100 Ferrara, Italy
E-mail:
giuseppe.basile@unife.it

Ricevuto il 16 novembre 2007
Accettato il 19 marzo 2008

INTRODUZIONE

L'approccio chirurgico per via artroscopica ha rappresentato nell'era contemporanea la naturale conseguenza della consensuale evoluzione di scienza medica e tecnologia.

L'artroscopio ha modificato in maniera importante l'approccio del chirurgo ortopedico sia per quanto riguarda la diagnosi che per il trattamento delle patologie osteo-articolari.

L'alto grado di accuratezza, associato al basso grado di complicanze, ha incoraggiato sempre di più all'utilizzo della metodica artroscopica al fine di ottenere un corretto inquadramento diagnostico, tracciare un orientamento prognostico e, al bisogno, definire il percorso terapeutico più adeguato.

Si è così assistito ad un sensibile incremento del numero di interventi eseguiti mediante tecnica artroscopica, aumentando di pari passo l'estensione delle indicazioni.

Lo scopo del presente lavoro è quello di analizzare gli aspetti più specifici della procedura, identificando possibili elementi oggetto di criticità e di maggiore rilevanza medico-legale.

Riteniamo doveroso, da parte dello specialista ortopedico intenzionato ad avvicinarsi alla chirurgia artroscopica, vagliare con attenzione le effettive necessità e/o indicazioni all'atto operatorio, tenendo conto di tutte quelle "Linee Guida" – o meglio suggerimenti pratici – di seguito tracciate, senza giungere a conclusioni decisionali eccessivamente "semplicistiche" e generalizzate, per nulla aderenti allo specifico quesito clinico.

Analogamente, riteniamo indispensabile che lo specialista medico-legale conosca gli elementi basilari della disciplina artroscopica, nonché i relativi aspetti di potenziale criticità.

ASPETTI CRITICI DI INTERESSE MEDICO-LEGALE

Risultano di indubbia evidenza i vantaggi legati alla metodica artroscopica, sia in termini clinici, sia in termini meramente economici, soprattutto in relazione alla rapidità di ripresa funzionale – e quindi anche lavorativa – del paziente, nonché al minor costo gravante sulla struttura operante.

Tali aspetti hanno incoraggiato l'incremento del numero di interventi eseguiti con la tecnica artroscopica, aumentando di pari passo l'estensione delle indicazioni.

Tuttavia, risulta necessario approfondire gli aspetti più peculiari della tecnica chirurgica, identificando i possibili elementi oggetto di criticità, nell'intento di approfondirne gli aspetti di maggiore rilevanza medico-legale.

In primo luogo, si ritiene importante sottolineare ed approfondire tutti quegli aspetti legati alle indicazioni e alle controindicazioni della tecnica chirurgica artroscopica.

Difatti, l'incremento esponenziale delle prestazioni artroscopiche (diagnostico-chirurgiche) ha portato ad una serie di conseguenze:

- a) selezione "meno accurata" dei candidati al trattamento;
- b) eccessive aspettative da parte del cittadino/utente;
- c) aumento del rischio di utilizzo incongruo da parte di operatori non adeguatamente preparati;
- d) aumento della frequenza assoluta di "complicanze".

Tutto ciò, in definitiva, ha determinato un progressivo aumento del contenzioso giudiziario, sia in sede civile che penale.

L'attività medico-chirurgica, infatti, sebbene finalizzata al raggiungimento della salute del paziente, mantiene insita in sé la possibilità che tale obiettivo non sia raggiunto e che si verifichino, peraltro, eventi sfavorevoli.

L'esercizio della professione medico-chirurgica, seppure caratterizzato da un certo grado di discrezionalità circa la scelta dei mezzi da adottare, necessita comunque del rispetto del principio della "lege artis" e dei canoni di diligenza, prudenza e perizia.

Il rispetto di dette regole di corretta condotta professionale, qualora nel corso di un trattamento diagnostico-terapeutico si verificasse un evento sfavorevole, imprevedibile e non concretamente evitabile, escluderebbe la responsabilità nel cagionare l'evento, in base all'interpretazione giurisprudenziale dell'art. 1218 del codice civile, quale diretta conseguenza dell'applicazione in ambito sanitario dei principi propri della responsabilità di tipo contrattuale.

Estremamente significativo, in proposito, il recente enunciato della Suprema Corte, laddove afferma testualmente che "... il medesimo (il medico, n.d.s.) non risponde dell'inadempimento dovuto ad impedimento sopravvenuto non prevedibile né superabile con il normale sforzo diligente adeguato al tipo di prestazione ...", e, ancora, che "... provati dal paziente la sussistenza ed il contenuto

del contratto, se la prestazione dell'attività non consegue il risultato normalmente ottenibile in relazione alle circostanze concrete del caso incombe invero al medico (a fortiori ove trattasi di intervento semplice o routinario) dare la prova di aver verificato di un evento imprevedibile e non superabile con l'adeguata diligenza che lo stesso ha impedito di ottenere ..." (Cassazione Civile Sezione III, n. 8826 del 13/04/2007).

In quest'ottica, quindi, la "prevedibilità" e la "evitabilità" di un evento dannoso costituiscono il fondamento della responsabilità colposa del medico.

Una condotta professionale diligente e prudente esige pertanto l'adozione di mezzi e accorgimenti idonei al caso specifico, frutto non solo dell'esperienza e della pratica, ma anche espressione di una adeguata cultura professionale al passo con l'evoluzione del sapere scientifico-tecnologico.

Occorre, a nostro avviso, considerare – a scopo meramente preventivo – tutti quegli "aspetti di criticità" propri del rapporto medico-paziente, e che assumono rilevanza medico-legale nella valutazione complessiva della condotta assunta dal chirurgo ortopedico nella pratica artroscopica.

Analizzeremo, quindi, i punti di maggiore criticità della procedura artroscopica, nell'intento di fornire agli operatori del settore utili elementi di supporto.

Indicazioni al trattamento

La professione medica si presta particolarmente a comportamenti che rientrano in una variegata area di censurabilità deontologica e anche giuridica. A differenza delle attività prettamente commerciali, industriali e finanziarie, ove le verifiche sono più agevolmente attuabili mediante documenti ed attraverso la stessa qualità dei manufatti e dei prodotti professionali, nella professione medica molti eccessi di "indicazione" ai trattamenti, ovvero scelte terapeutiche opinabili o francamente infondate, sono sovente attuati in carenza di regole assolute e certe di condotta e di fronte a diverse possibilità terapeutiche, inevitabilmente insite nella professione medica, in quanto operante su strutture biologiche dotate di una variabilità individuale spesso imponderabile.

Non sembra un caso, in proposito, la recente pubblicazione di svariati libri di divulgazione, di prevalente provenienza anglosassone, nonché la recente ed incontrollata diffusione di riferimenti telematici che invitano i pazienti a chiedere una "seconda opinione" prima di sottoporsi a determinati interventi.

Particolare cautela si rende necessaria nell'ambito dell'artroscopia, in quanto pratica, sia nella finalità diagnostica che terapeutica, invasiva (anche se mini-invasiva), ove la quota di rischio è comunque rilevante rispetto a qualsiasi altra procedura conservativa o comunque incruenta.

Negli accertamenti strumentali invasivi, particolarmente, il consenso informato del paziente o del suo rappresentante legale deve essere ottenuto solo previa adeguata, completa e specifica informazione, comprensiva degli aspetti inerenti l'indicazione e l'assenza di controindicazioni.

Indicazione e controindicazione sono, infatti, elementi essenziali, patrimonio della prudente, diligente e competente valutazione del professionista sia nella fase diagnostica che terapeutica, ma che devono essere condivisi anche con il Paziente.

Prima di procedere ad un approccio chirurgico artroscopico, è preliminarmente necessario un accurato inquadramento della lesione/patologia, stabilendo una corretta diagnosi che identifichi l'estensione del quadro morboso, anche al fine di prevederne la possibile risposta alla eventuale terapia invasiva proposta.

Tali accorgimenti sono essenziali anche per poter valutare tangibilmente l'indicazione ad un trattamento artroscopico piuttosto che ad un tradizionale approccio "a cielo aperto".

L'età del paziente, inoltre, rappresenta un rilevante aspetto nell'indicazione al trattamento artroscopico, sia per la possibile coesistenza di condizioni morbose tipiche dell'età medio-avanzata (come, ad esempio, un intervento di meniscectomia selettiva artroscopica in un soggetto in età pre-senile affetto da artropatia degenerativa femoro-tibiale), sia ai fini della maggiore attendibilità della "risposta biologica" del paziente stesso.

Infine, non può essere trascurato il profilo psicologico del paziente, con particolare riferimento alla sua aspettativa in merito all'esito dell'intervento e in relazione ad esigenze di carattere sociale, relazionale, sportivo, piuttosto che lavorativo.

La rapida divulgazione di vantaggi e benefici connessi all'artroscopia, peraltro innegabili, spesso porta ad aspettative esagerate e talvolta irrealizzabili nel cittadino/paziente/utente che si informa, spesso in maniera inadeguata ed incauta, in merito alle prospettive prognostiche dell'intervento, senza ricordare che qualsiasi intervento chirurgico non è mai, per definizione, in grado di attuare una completa "*restitutio ad integrum*".

Tali situazioni sono particolarmente a rischio allorquando ci si trovi in "casi limite".

Quindi, il dovere del medico è soprattutto informare adeguatamente il paziente circa tutti gli aspetti dell'intervento, cercando, ove possibile, di non trascurare le sue specifiche esigenze ma senza assecondare prospettive, speranze o addirittura pretese, da poco probabili sino a completamente ingiustificate.

Come precedentemente citato, è da ritenere doveroso, seppure talvolta difficile, individuare a priori specifiche indicazioni e controindicazioni all'intervento chirurgico artroscopico rispetto all'accesso tradizionale "a cielo aperto". In particolare, è indispensabile chiarire al Paziente la ragione della scelta terapeutica prevista, così come anche la eventualità di modifiche in corso di cure ed intervento.

Si pensi ad un intervento di riparazione di lesione della cuffia dei rotatori di spalla, laddove una inadeguata valutazione pre-operatoria (mancante di alcuni accertamenti dotati di idonea sensibilità diagnostica ovvero derivante dall'incongruo utilizzo delle risorse strumentali), può condurre a interventi mini-invasivi nel corso dei quali la lesione si rileva di ben superiore entità anatomo-patologica e quindi meritevole di estemporaneo ampliamento dell'approccio chirurgico.

Analogamente, è opportuno sottolineare come il quadro morboso probabilmente più soggetto a chirurgia artroscopica, rappresentato dalla meniscopatia degenerativa-traumatica, non sempre sia effettivamente suscettibile di adeguata correzione mediante approccio mini-invasivo. Questo poiché la lesione può essere più estesa di quanto valutato pre-operatoriamente, ovvero perché essa si associa ad altre lesioni trattabili soltanto con adeguata esposizione del distretto osteo-articolare (ad esempio una lesione complessa pluriligamentosa).

Ovviamente ciò può ripercuotersi negativamente sulla qualità del trattamento, vuoi per l'eventuale "impreparazione" tecnico-strumentale, vuoi per il prolungamento del tempo chirurgico, vuoi per la variazione *in itinere* della procedura anestesiológica.

Ulteriormente, non va dimenticato come simili eventualità si ripercuotano sulle aspettative del paziente *operando* – qualora non debitamente informato – già preparato ad un intervento minimamente invasivo e di fatto sottoposto ad una cruentazione suscettibile di cagionare esiti cicatriziali, quando non disfunzionali.

Informazione e consenso

Il consenso del paziente è presupposto fondamentale della liceità del trattamento medico, derivato dai principi contenuti negli artt. 2 (“*La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell’uomo ...*”), 13 (“*La libertà personale è inviolabile ...*”) e 32 della Costituzione (“*... Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana*”), di fatto coerente con l’art. 54 del Codice Penale, e concretizzatosi nell’art. 33 della Legge n. 83/1978 ed infine nell’art. 32 del Codice Deontologico.

Si riportano, sinteticamente, i requisiti fondamentali del consenso, che ai fini della effettiva validità deve essere *personale, consapevole, informato, attuale, manifesto e libero*.

Pertanto, snodo centrale riguardante la validità del consenso è l’adeguata informazione del paziente, attraverso la quale Egli può comprendere le implicazioni della scelta operativa da lui avallata e pertanto fornire una consapevole adesione al trattamento terapeutico.

In linea di principio l’informazione deve essere relativa a “*natura dell’intervento, medico e chirurgico, alla sua portata ed estensione ai rischi, ai risultati conseguibili, alle possibili conseguenze negative, alle possibilità di conseguire il medesimo risultato attraverso altri interventi e ai rischi di questi ultimi*” (Cassazione n. 364/1997; Cassazione n. 10014/1994). Il rilevamento di un consenso non valido comporta la violazione di specifiche regole cautelari, cui il medico è tenuto nello svolgimento del suo compito.

Ancora, una recente sentenza espressa dai Giudici del Tribunale di Roma (10 maggio 2005) ha ribadito “*... l’obbligo di informare il paziente in modo chiaro ed esaustivo dell’esistenza di situazioni patologiche e della loro portata ed estensione, dei rischi esistenti di conseguenze negative e di tutte le eventuali possibilità terapeutiche di cura, affinché sia rispettato il diritto all’autodeterminazione in ordine alle scelte che attengono alla propria salute in tutti gli ambiti in cui si svolge la personalità dell’uomo, anche al fine di poter perseguire o sperimentare qualsiasi anche meramente astratto o innovativo percorso terapeutico*”.

In sintesi, nella tecnica artroscopica, gli aspetti di fondamentale rilevanza al fine di una adeguata informativa da fornire al paziente onde riceverne un motivato consenso, riguardano:

- le effettive indicazioni e le motivazioni di tale scelta diagnostico-terapeutica, considerate le alternative;
- le prevedibili complicanze proprie della procedura, preferibilmente corredate da dati statistici derivati dalla casistica;
- l’obiettivo prevedibile ed attesa beneficialità del trattamento;
- il raggiungimento di un’adeguata “*compliance*” del paziente, sia in fase pre- che post-operatoria.

Programmazione e preparazione all’intervento

La pianificazione selettiva del paziente candidato all’intervento chirurgico artroscopico consiste in una sua ottimale preparazione psico-attitudinale all’atto operatorio onde ottenere una congrua collaborazione, tappa di fondamentale importanza ai fini del raggiungimento del migliore risultato clinico-funzionale.

La malattia di base assume una precipua rilevanza; infatti quanto più essa è grave tanto più oculata e approfondita dovrà essere la “*messa a punto*” dei vari organi e sistemi che sicuramente riceveranno ripercussioni dall’insulto operatorio.

Tale concetto trova naturale e costante applicazione nella chirurgia di elezione. La malattia di base, infatti, seppur suscettibile di terapia chirurgica, molto spesso compromette subdolamente la funzione di strutture non direttamente interessate dall’affezione bisognevole dell’atto chirurgico.

Per tali ragioni, è necessario valutare attentamente lo stato funzionale complessivo dell’organismo, riservando il fondamentale rilievo costituito dall’anamnesi e dall’esame obiettivo, anche per razionalizzare la grande massa di accertamenti diagnostici di cui oggi disponiamo, evitando così sperpero di tempo, di denaro e di sofferenza al paziente.

Quanto detto deve essere logicamente completato da una razionale pianificazione dell’intervento, poiché qualsiasi proposta terapeutica dovrà essere caratterizzata da coerente e razionale sequenzialità tecnico-scientifica.

Si ricorda, a riguardo, una recente sentenza (17 giugno 2004) espressa dal Tribunale di Reggio Calabria ove si afferma che: “*Non costituisce causa di esonero da responsabilità medica l’insistenza del paziente nel farsi sottoporre a cure che il medico reputa inutili e che poi si rivelino dannose*”.

Nella fattispecie degli interventi in artroscopia, come in generale per le procedure invasive in ambito ortopedico, si rende necessario attuare una programmazione terapeutica

tica che non si limiti all'atto chirurgico (comunque da eseguirsi nei tempi migliori, al fine di una corretta ripresa funzionale) ma da completarsi con adeguato percorso riabilitativo.

In particolare, un programma riabilitativo di "rinforzo" muscolare può essere utile sia in fase pre-operatoria, allo scopo di facilitare l'approccio chirurgico attraverso la preparazione propriocettiva dell'articolazione, sia in fase riabilitativa, passaggio di notevole valore nella ricerca del maggior potenziale recupero funzionale.

Ci si riferisce, in particolare, alla preparazione delle strutture teno-mio-ligamentose, nonché, capsulo-articolari, attraverso un percorso kinesiterapico atto a facilitare la riprogrammazione schematica propriocettiva attuale, al fine di ottenerne un più sensibile ripristino della coscienza e facilitazione neuro-muscolare.

Per tali motivi, la corretta programmazione di una terapia riabilitativa è da considerarsi parte integrante del processo terapeutico e quindi suscettibile di attenta valutazione, alla pari dell'intervento chirurgico.

Esecuzione tecnica

Le complicanze nel corso o in seguito all'esecuzione di un'artroscopia sono relativamente infrequenti e di solito si tratta di eventi minori. La maggior parte di queste sono prevenibili, se l'operatore programma con attenzione l'intervento sia nella fase pre-operatoria che in quella intra-operatoria.

Significativo, in proposito, il contributo di un autorevole studio statunitense condotto da Small ¹, che ha riportato un tasso di complicanze pari allo 1,68% in 10.262 interventi chirurgici, sottolineando che le procedure tecniche più innovative sono gravate da un rischio relativo più alto. Le complicanze più comuni, in ordine di frequenza sono:

- l'emartro;
- le lesioni delle strutture intrarticolari;
- l'infezione;
- la malattia tromboembolica ²;
- le complicanze generalmente connesse alla procedura anestesiológica;
- l'errore tecnico strumentale;
- la distrofia simpatica riflessa;
- le lesioni dei legamenti;
- la frattura iatrogena;
- la lesione nervosa.

L'involontaria lesione delle strutture articolari è, probabilmente, la complicanza più comune. La lesione cartilaginea prodotta dalla punta dell'artroscopio, piuttosto che

dagli altri strumenti operatori, è un evento più frequente quando l'operatore non possieda abbastanza esperienza, quando l'articolazione sia particolarmente "stretta" o quando l'intervento richieda una maggiore difficoltà, divenendo più lungo.

Forzando l'artroscopio e gli altri strumenti tra le superfici articolari (come, ad esempio, tra condilo femorale e tibiale per quanto concerne l'artroscopia di ginocchio) si corre il rischio di provocare dannose abrasioni del panno condrale, con serie conseguenze a lungo termine, quali modificazioni condromalaciche e lo sviluppo di artropatie degenerative.

In ragione di tali rischi, particolare riflessione deve essere dedicata alla scelta dello strumentario, al corretto posizionamento dell'arto del paziente e della porta d'accesso articolare.

È necessario, in buona sostanza, porre in atto la dovuta accuratezza ed il controllo sistematico di tutte le fasi proprie dell'intervento, al fine di ridurre al minimo l'incidenza degli eventi indesiderati.

Le lesioni vascolari costituiscono, sicuramente, la più seria e temibile complicanza artroscopica ^{3,4}. Si verificano più spesso lacerando la struttura direttamente nel corso dell'incauta introduzione dello strumento, pur se possibilmente secondarie a fenomeni compressivi.

Di particolare gravità, nel corso di intervento artroscopico del ginocchio, le lesioni iatrogene delle strutture vascolari retrostanti la capsula posteriore.

Per quanto riguarda il complesso articolare della caviglia, nella scelta di un accesso anteriore, occorre prestare particolare attenzione all'arteria tibiale anteriore, così come, nell'accesso postero-mediale, all'arteria tibiale posteriore.

Analogamente, nel corso di artroscopia del gomito, a maggior rischio le lesioni dell'arteria brachiale, sia negli accessi antero-mediali che antero-laterali. Così come, nell'artroscopia di spalla, a maggior rischio le lesioni dell'arteria ascellare.

Le vene superficiali maggiori, di norma, vengono lacerate prevalentemente qualora si scelga una sede di accesso impropria.

Analogamente, sono possibili, anche se gravate da minor incidenza, le lesioni nervose, sia sensitive che motorie.

In particolare, nel corso di interventi al ginocchio, è di facile riscontro il rilievo di lesioni delle branche cutanee del nervo safeno o del nervo sartorio, ragionevolmente inevitabili quando si proceda con accessi multipli alla cavità articolare.

La tromboflebite è, potenzialmente, una ulteriore temibile complicanza, seppur di non facile riscontro nei comuni interventi artroscopici.

L'infezione, tutt'altro che infrequente agli albori di questa tecnica, è, allo stato attuale, caratterizzata da bassa incidenza. Ciò per numerosi fattori:

- incisioni limitate;
- selezione di pazienti giovani ed in salute;
- rapidità dei tempi di intervento;
- effetto dell'irrigazione.

Tuttora la profilassi antibiotica rimane controversa, anche se consigliata dalla maggior parte degli Autori, per le possibili conseguenze infettive.

Tutt'altro che infrequente la rottura di uno o più strumenti all'interno dell'articolazione⁵⁻⁸.

Qualora, malauguratamente, ci si dovesse trovare di fronte ad un evento non atteso, correlato causalmente ad un intervento chirurgico e suscettibile di verifica in merito alla scelta professionale adottata, occorrerà chiarire se si tratti di una complicanza (fatto indesiderato, inseritosi in una serie di eventi e tecnicismi imprevisi, imprevedibili e non concretamente), oppure, se sia correlabile ad una inadeguata condotta tecnica (pre-, intra- o post-operatoria), teoricamente prevedibile ed evitabile.

Compilazione della cartella clinica e suoi allegati

La compilazione della cartella clinica e dei suoi allegati (comprendenti in particolar modo la descrizione dell'atto operatorio) rappresenta un problema clinico non ancora adeguatamente risolto, ed una causa di possibile danno per il malato e per il chirurgo.

L'esame degli atti del ricovero mostra spesso carenze nella compilazione della descrizione dell'intervento chirurgico, che, oltre a sottrarre una fondamentale fonte nella valutazione a posteriori del caso, possono rappresentare omissione del dovere informativo, fino a configurare profili di negligenza nell'adempimento di un atto d'ufficio.

L'efficacia probatoria della cartella clinica, in quanto atto pubblico di fede privilegiata, discende peraltro dall'art. 2700 c.c. che stabilisce: *“l'atto pubblico fa piena prova, fino a querela di falso, della provenienza del documento dal pubblico ufficiale che lo ha formato, nonché dalle dichiarazioni delle parti o degli altri fatti che il pubblico ufficiale attesta avvenute in sua presenza o da lui compiuti”*.

La qualifica di “atto pubblico” della cartella clinica è definita da una sentenza della Suprema Corte con la

specifiche che *“in tema di falsità in atti, deve essere riconosciuta natura di atti pubblici (e non di certificati) alla scheda mortuaria ed alla cartella clinica redatte dal medico addetto alla direzione di un ospedale (ente di diritto pubblico)”*.

Il destinatario dell'informazione può, peraltro, non essere esclusivamente il malato nella sua qualità di avente diritto; tutto ciò che riguarda il trattamento sanitario deve essere reso disponibile per altri medici che, a diverso titolo, siano chiamati a proseguire il percorso terapeutico, ovvero valutarne i risultati.

In analogia, qualsiasi valutazione richiesta da esigenze risarcitorie o giudiziarie deve avere come fondamento un'esauriente visione anatomo-patologica delle lesioni riscontrate intra-operatoriamente, delle tecniche impiegate e delle caratteristiche di esecuzione che ogni intervento chirurgico presenta inevitabilmente con soggettività qualitativa, quantitativa, cronologica e modale.

Il puntuale resoconto dell'intervento è quindi un diritto del malato, onde attestare la congruità tra trattamento proposto ed eseguito, nonché per l'eventuale condizionamento sulle future necessità terapeutiche, ed infine per l'efficacia probatoria ad esso riconosciuta.

La cartella clinica ed i suoi allegati devono soddisfare una serie di caratteristiche essenziali: rappresentatività, coevità, certezza, definitività e coerenza.

In merito, pare utile ricordare che la Sentenza della Corte di Cassazione Civile n. 12273 del 5 luglio del 2004 che, in tema di responsabilità professionale del medico chirurgo, affermava che *“la lacunosa formazione della cartella clinica redatta dai medici del Pronto Soccorso ospedaliero non vale ad escludere per mancanza di prova l'omissione colposa della diagnosi da parte degli stessi, poiché il medico ha l'obbligo di controllare la completezza e l'esattezza del contenuto della cartella, la cui violazione configura difetto di diligenza ai sensi del comma 2 dell'art. 1176 c.c. ed inesatto adempimento della corrispondente prestazione medica”*.

Pare opportuno anche ricordare alcuni passi di un'altra importante sentenza della Cassazione Civile (Sezione III del 13-09-2000 n. 12103): *“La valutazione dell'esattezza della prestazione medica concerne, infatti, anche la regolare tenuta della cartella clinica: ove dalla sua imperfetta compilazione derivi l'impossibilità di trarre utili elementi di valutazione in ordine all'accertamento della causa della morte, le conseguenze non possono in via di principio ridondare in danno di chi vanta un diritto in relazione alla morte del creditore della prestazione*

sanitaria. Lo stesso va detto per l'omessa esecuzione dei necessari riscontri diagnostici, anche in relazione a quelli che avrebbero potuto essere effettuati tramite autopsia, da parte o su iniziativa del debitore. Più specificamente: la possibilità, pur rigorosamente prospettata sotto il profilo scientifico, che la morte della persona ricoverata presso una struttura sanitaria possa essere intervenuta per altre, ipotetiche cause patologiche, diverse da quelle diagnosticate ed inadeguatamente trattate, che non sia stato tuttavia possibile accertare neppure dopo il decesso in ragione della difettosa tenuta della cartella clinica o della mancanza di adeguati riscontri diagnostici (anche autoptici), non vale ad escludere la sussistenza di nesso eziologico tra la colposa condotta dei medici in relazione alla patologia accertata e la morte, ove risulti provata la idoneità di tale condotta a provocarla".

Nel campo degli interventi in artroscopia, come in tutti gli interventi videoassistiti, è possibile la documentazione delle procedure effettuate registrando direttamente quanto eseguito su supporto magnetico o digitale. In questo modo è ottenibile la riproduzione in sede successiva, anche a scopo probatorio.

La registrazione fedele degli interventi si rende necessaria anche nell'ottica di una corretta gestione del cosiddetto "rischio clinico" ("probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè che subisca un qualsiasi danno o disagio imputabile alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte" (cfr. DM 5 marzo 2003, Risk Management in Sanità – Il problema degli errori).

CONCLUSIONI

I moderni presidi tecnologici hanno fornito al chirurgo la possibilità di eseguire interventi chirurgici relativamente complessi utilizzando un accesso operatorio limitato ("mini-invasivo"), maggiormente tollerato dal paziente dal punto di vista funzionale ed estetico.

Appaiono chiaramente evidenti i maggiori vantaggi legati alla metodica artroscopica, sia in termini clinici, sia in termini meramente economici, principalmente in relazione alla rapidità di ripresa funzionale e quindi lavorativa del paziente, nonché al minor costo gravante sulla struttura operante.

Tuttavia, la progressione delle conoscenze tecnologiche avviene ormai in maniera esponenziale rispetto all'evolu-

zione del sapere medico, con il conseguente rischio di un utilizzo incongruo, se non di un vero e proprio "abuso", delle risorse tecniche e strumentali.

L'artroscopia ha rappresentato e rappresenta una risorsa fondamentale in alternativa alla tradizionale chirurgia "a cielo aperto", anche in risposta alle esigenze della moderna organizzazione sanitaria, sempre più vincolata nell'ambito del sistema *Diagnosis Related Group* (DRG) e sempre più finalizzata ai principi di *efficacia* e *appropriatezza* della prestazione sanitaria.

Ciò ha comportato il progressivo incremento del numero degli interventi eseguiti per via artroscopica, unitamente ad una costante estensione delle indicazioni al trattamento "mini-invasivo", in una sorta di circolo vizioso autoalimentatesi.

Le conseguenze di tale "trend" sono state:

- "minore" attenzione nella selezione dei candidati al trattamento artroscopico;
- aumento delle aspettative da parte dell'utenza (quest'ultimo cagionato in parte anche dalla "grancassa" mediatica che ormai fa da ingombrante cornice alla disciplina medica);
- rischio di utilizzo incongruo da parte di operatori non adeguatamente formati;
- aumento, in termini assoluti (secondo la legge dei grandi numeri), dell'insorgenza di complicanze o risultati insufficienti.

Ciò presuppone da un lato l'adeguata conoscenza del chirurgo della procedura "in fieri" e della sua effettiva aderenza al caso da trattare e, dall'altro, l'equa considerazione da parte del medico legale delle potenziali criticità, al fine di dimostrare o escludere eventuali profili di responsabilità professionale da parte dell'operatore.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Small NC. *Complications in arthroscopy surgery performed by experienced arthroscopists*. Arthroscopy 1988;4:215-20.
- ² Polzhofer GK. *Thromboembolic Complication after arthroscopic shoulder surgery*. J Arthr Rel Surg 2003;19:16-9.
- ³ Bordignon D, Montisci M, Salvi M. *Artroscopia del ginocchio. Presentazione di una singolare complicanza: aspetti clinici e medico-legali*. Riv It Med Leg 1991;XIII.
- ⁴ Bartolucci M, Romanelli M. *Lesione iatrogena in seguito ad artroscopia del ginocchio*. Med Leg Quad Cam 1996;3.
- ⁵ In Y, Bahk W, Park J. *Detachment of the tip of a motorized shaver within the knee joint: a complication of arthroscopic surgery*. Arthroscopy 2003;19:25-7.

- ⁶ Oldenburg M, Mueller RT. *Intra-articular foreign body after arthroscopy*. J Arthr Rel Surg 2003;19:1012-4.
- ⁷ Milankov M, Savic D, Miljkovic N. *Broken blade in the knee: a complication of arthroscopic meniscectomy*. Arthroscopy 2002;18:E4.
- ⁸ Tarro AW. *Instrument breakage associated with arthroscopy of the temporomandibular joint: report of a case*. J Oral Maxillofac Surg 1989;47:1226-8.