

Howden Sanità
Alta Formazione

LA REPONSABILITA' SANITARIA E IL RISCHIO ASSICURATIVO

Torino

28 Maggio 2025



HOWDEN

CONVEGNO

LA REPONSABILITA' SANITARIA E IL RISCHIO ASSICURATIVO

La valutazione e valorizzazione del danno da *Medical Malpractice* e l'importanza della relazione sanitaria e della documentazione a difesa

Rossella Bertarelli

Loss Adjuster

Howden

Sommario

1. Il Danno Biologico — come calcolare il danno biologico permanente
2. L'importanza della documentazione sanitaria e del consenso informato e della relazione sanitaria
3. L'importanza della tracciabilità degli eventi e delle decisioni cliniche
4. Strategie difensive basate sulla documentazione

1. Il danno biologico e danno da morte:

- Il **danno biologico** è solitamente suddiviso in due componenti principali:
 - **Invalidità temporanea** che corrisponde al periodo necessario per la guarigione e per il ritorno alla normalità
 - **Invalidità permanente** che corrisponde a una valutazione percentuale della lesione fisica o psichica a cui può essere aggiunta una percentuale ulteriore di personalizzazione
- **Danno da morte**
- **Danno da perdita di chance di sopravvivenza**
- Cenni di danno patrimoniale

Calcolo del danno biologico permanente micro e macro e la TUN

Micropermanenti (1%-9%)

- Per tutti i danni avvenuti in ambito Med Mal e Auto, da 1% a 9%, viene utilizzata una tabella a punti entrata in vigore dal 2001

Macropermanenti (10% - 100%)

- Per tutti i danni avvenuti prima del 5 marzo 2025 il danno biologico da **macropermanenti** veniva liquidato attraverso tabelle diverse. La tabella di riferimento più utilizzata in Italia è quella del Tribunale di Milano. La tabella si basa su sistemi a punti moltiplicati per il valore del punto base e il risultato viene moltiplicato per un demoltiplicatore legato all'età.
- Tabella Unica Nazionale -TUN – è lo strumento utilizzato per la quantificazione dei risarcimenti per danni non patrimoniali di grande entità, si applica esclusivamente agli eventi che avvengono dopo il 5 marzo 2025 e fornisce un criterio uniforme del risarcimento su tutto il territorio nazionale.

TAVOLA 1.A. – COEFFICIENTE MOLTIPLICATORE BIOLOGICO DEL PUNTO

Punto % I.P.	CM Danno biologico	Punto % I.P.	CM Danno biologico	Punto % I.P.	CM Danno biologico	Punto % I.P.	CM Danno biologico
		26	4,92536	51	7,55671	76	9,56798
		27	5,04411	52	7,64863	77	9,63616
		28	5,16157	53	7,73958	78	9,70341
		29	5,27777	54	7,82955	79	9,76972
		30	5,39275	55	7,91857	80	9,8351
		31	5,50654	56	8,00661	81	9,89954
		32	5,61916	57	8,0937	82	9,96305
		33	5,73064	58	8,17983	83	10,02563
		34	5,84099	59	8,265	84	10,08728
10	2,75773	35	5,95024	60	8,34922	85	10,14799
11	2,91941	36	6,0584	61	8,43248	86	10,20778
12	3,07459	37	6,16548	62	8,5148	87	10,26663
13	3,22456	38	6,27149	63	8,59616	88	10,32456
14	3,37024	39	6,37645	64	8,67657	89	10,38155
15	3,5123	40	6,48037	65	8,75604	90	10,43762
16	3,65125	41	6,58326	66	8,83456	91	10,49275
17	3,78749	42	6,68512	67	8,91214	92	10,54696
18	3,92129	43	6,78596	68	8,98877	93	10,60023
19	4,05292	44	6,88578	69	9,06446	94	10,65258
20	4,18254	45	6,98461	70	9,13921	95	10,70401
21	4,31033	46	7,08243	71	9,21302	96	10,7545
22	4,4364	47	7,17926	72	9,28588	97	10,80407
23	4,56086	48	7,2751	73	9,35781	98	10,8527
24	4,68379	49	7,36995	74	9,42881	99	10,90042
25	4,80527	50	7,46382	75	9,49886	100	10,9472

TAVOLA 1.B. - COEFFICIENTE DI RIDUZIONE PER L'ETA'

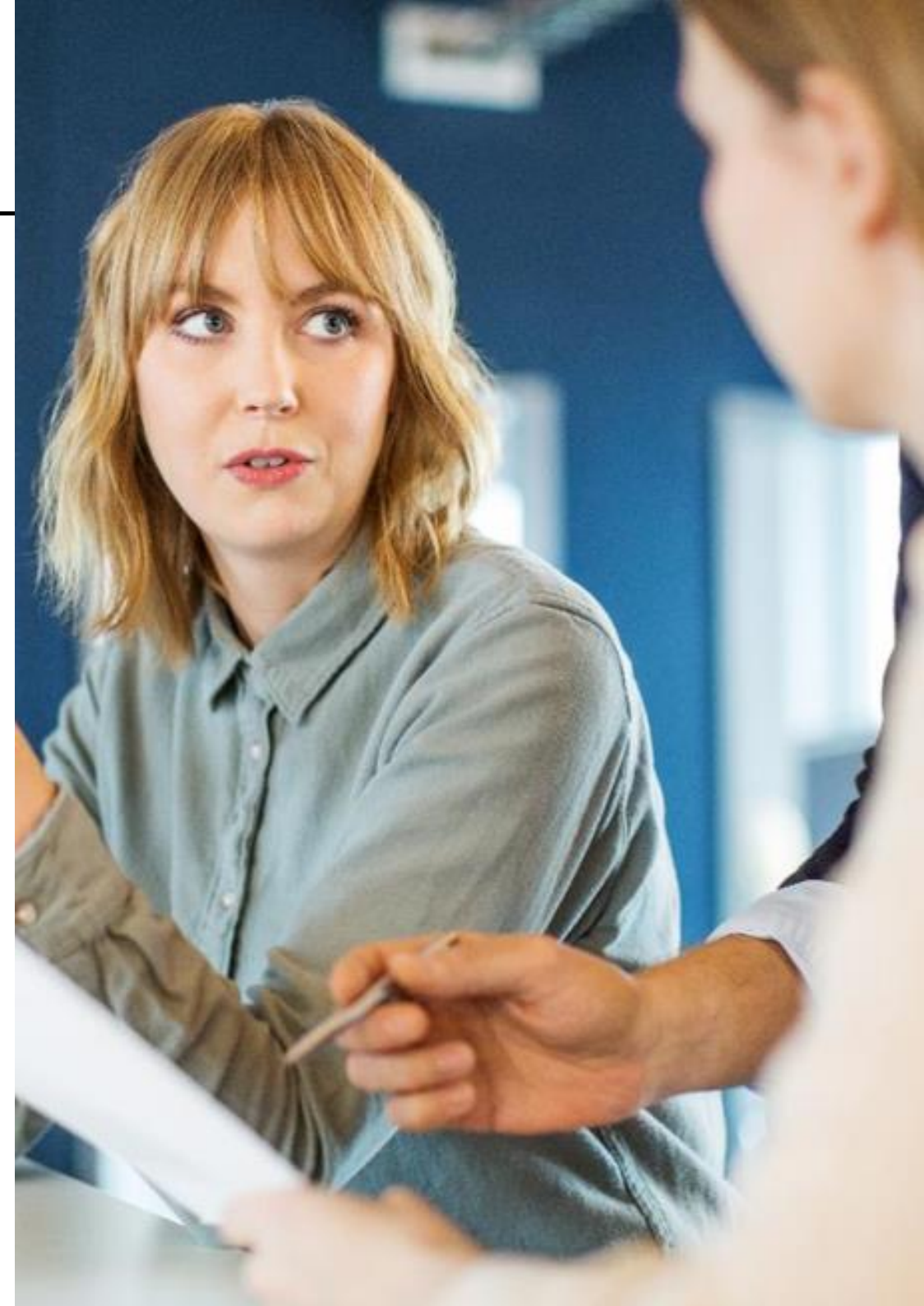
Età	Coefficiente di riduzione	Età	Coefficiente di riduzione	Età	Coefficiente di riduzione	Età	Coefficiente di riduzione
0	-	26	0,876	52	0,747	78	0,621
1	1	27	0,871	53	0,742	79	0,617
2	0,995	28	0,866	54	0,738	80	0,612
3	0,99	29	0,861	55	0,733	81	0,607
4	0,985	30	0,856	56	0,728	82	0,602
5	0,98	31	0,851	57	0,723	83	0,598
6	0,975	32	0,846	58	0,718	84	0,593
7	0,97	33	0,841	59	0,713	85	0,588
8	0,965	34	0,836	60	0,708	86	0,584
9	0,96	35	0,831	61	0,703	87	0,579
10	0,955	36	0,826	62	0,698	88	0,574
11	0,95	37	0,821	63	0,694	89	0,57
12	0,945	38	0,816	64	0,689	90	0,565
13	0,94	39	0,811	65	0,684	91	0,56
14	0,935	40	0,806	66	0,679	92	0,556
15	0,93	41	0,801	67	0,674	93	0,551
16	0,925	42	0,797	68	0,669	94	0,547
17	0,92	43	0,792	69	0,664	95	0,542
18	0,915	44	0,787	70	0,66	96	0,537
19	0,91	45	0,782	71	0,655	97	0,533
20	0,905	46	0,777	72	0,65	98	0,529
21	0,901	47	0,772	73	0,645	99	0,525
22	0,896	48	0,767	74	0,64	100	0,522
23	0,891	49	0,762	75	0,636		
24	0,886	50	0,757	76	0,631		
25	0,881	51	0,752	77	0,626		

TAVOLA 2 - COEFFICIENTE MOLTIPLICATORE PER DANNO MORALE

Punto % I.P.	CM Danno morale			Punto % I.P.	CM Danno morale			Punto % I.P.	CM Danno morale			Punto % I.P.	CM Danno morale		
	min	med	max		min	med	max		min	med	max		min	med	max
				26	<i>0,332</i>	<i>0,382</i>	<i>0,432</i>	51	<i>0,406</i>	<i>0,456</i>	<i>0,506</i>	76	<i>0,458</i>	<i>0,508</i>	<i>0,558</i>
				27	<i>0,336</i>	<i>0,386</i>	<i>0,436</i>	52	<i>0,408</i>	<i>0,458</i>	<i>0,508</i>	77	<i>0,460</i>	<i>0,510</i>	<i>0,560</i>
				28	<i>0,340</i>	<i>0,390</i>	<i>0,440</i>	53	<i>0,410</i>	<i>0,460</i>	<i>0,510</i>	78	<i>0,462</i>	<i>0,512</i>	<i>0,562</i>
				29	<i>0,343</i>	<i>0,393</i>	<i>0,443</i>	54	<i>0,413</i>	<i>0,463</i>	<i>0,513</i>	79	<i>0,464</i>	<i>0,514</i>	<i>0,564</i>
				30	<i>0,347</i>	<i>0,397</i>	<i>0,447</i>	55	<i>0,415</i>	<i>0,465</i>	<i>0,515</i>	80	<i>0,466</i>	<i>0,516</i>	<i>0,566</i>
				31	<i>0,350</i>	<i>0,400</i>	<i>0,450</i>	56	<i>0,417</i>	<i>0,467</i>	<i>0,517</i>	81	<i>0,468</i>	<i>0,518</i>	<i>0,568</i>
				32	<i>0,353</i>	<i>0,403</i>	<i>0,453</i>	57	<i>0,420</i>	<i>0,470</i>	<i>0,520</i>	82	<i>0,469</i>	<i>0,519</i>	<i>0,569</i>
				33	<i>0,357</i>	<i>0,407</i>	<i>0,457</i>	58	<i>0,422</i>	<i>0,472</i>	<i>0,522</i>	83	<i>0,471</i>	<i>0,521</i>	<i>0,571</i>
				34	<i>0,360</i>	<i>0,410</i>	<i>0,460</i>	59	<i>0,424</i>	<i>0,474</i>	<i>0,524</i>	84	<i>0,473</i>	<i>0,523</i>	<i>0,573</i>
10	<i>0,210</i>	<i>0,260</i>	<i>0,310</i>	35	<i>0,363</i>	<i>0,413</i>	<i>0,463</i>	60	<i>0,426</i>	<i>0,476</i>	<i>0,526</i>	85	<i>0,475</i>	<i>0,525</i>	<i>0,575</i>
11	<i>0,241</i>	<i>0,291</i>	<i>0,341</i>	36	<i>0,366</i>	<i>0,416</i>	<i>0,466</i>	61	<i>0,428</i>	<i>0,478</i>	<i>0,528</i>	86	<i>0,476</i>	<i>0,526</i>	<i>0,576</i>
12	<i>0,253</i>	<i>0,303</i>	<i>0,353</i>	37	<i>0,369</i>	<i>0,419</i>	<i>0,469</i>	62	<i>0,430</i>	<i>0,480</i>	<i>0,530</i>	87	<i>0,478</i>	<i>0,528</i>	<i>0,578</i>
13	<i>0,263</i>	<i>0,313</i>	<i>0,363</i>	38	<i>0,372</i>	<i>0,422</i>	<i>0,472</i>	63	<i>0,433</i>	<i>0,483</i>	<i>0,533</i>	88	<i>0,480</i>	<i>0,530</i>	<i>0,580</i>
14	<i>0,271</i>	<i>0,321</i>	<i>0,371</i>	39	<i>0,375</i>	<i>0,425</i>	<i>0,475</i>	64	<i>0,435</i>	<i>0,485</i>	<i>0,535</i>	89	<i>0,482</i>	<i>0,532</i>	<i>0,582</i>
15	<i>0,278</i>	<i>0,328</i>	<i>0,378</i>	40	<i>0,377</i>	<i>0,427</i>	<i>0,477</i>	65	<i>0,437</i>	<i>0,487</i>	<i>0,537</i>	90	<i>0,483</i>	<i>0,533</i>	<i>0,583</i>
16	<i>0,285</i>	<i>0,335</i>	<i>0,385</i>	41	<i>0,380</i>	<i>0,430</i>	<i>0,480</i>	66	<i>0,439</i>	<i>0,489</i>	<i>0,539</i>	91	<i>0,485</i>	<i>0,535</i>	<i>0,585</i>
17	<i>0,291</i>	<i>0,341</i>	<i>0,391</i>	42	<i>0,383</i>	<i>0,433</i>	<i>0,483</i>	67	<i>0,441</i>	<i>0,491</i>	<i>0,541</i>	92	<i>0,487</i>	<i>0,537</i>	<i>0,587</i>
18	<i>0,296</i>	<i>0,346</i>	<i>0,396</i>	43	<i>0,386</i>	<i>0,436</i>	<i>0,486</i>	68	<i>0,443</i>	<i>0,493</i>	<i>0,543</i>	93	<i>0,488</i>	<i>0,538</i>	<i>0,588</i>
19	<i>0,302</i>	<i>0,352</i>	<i>0,402</i>	44	<i>0,388</i>	<i>0,438</i>	<i>0,488</i>	69	<i>0,445</i>	<i>0,495</i>	<i>0,545</i>	94	<i>0,490</i>	<i>0,540</i>	<i>0,590</i>
20	<i>0,307</i>	<i>0,357</i>	<i>0,407</i>	45	<i>0,391</i>	<i>0,441</i>	<i>0,491</i>	70	<i>0,447</i>	<i>0,497</i>	<i>0,547</i>	95	<i>0,492</i>	<i>0,542</i>	<i>0,592</i>
21	<i>0,311</i>	<i>0,361</i>	<i>0,411</i>	46	<i>0,393</i>	<i>0,443</i>	<i>0,493</i>	71	<i>0,449</i>	<i>0,499</i>	<i>0,549</i>	96	<i>0,493</i>	<i>0,543</i>	<i>0,593</i>
22	<i>0,316</i>	<i>0,366</i>	<i>0,416</i>	47	<i>0,396</i>	<i>0,446</i>	<i>0,496</i>	72	<i>0,451</i>	<i>0,501</i>	<i>0,551</i>	97	<i>0,495</i>	<i>0,545</i>	<i>0,595</i>
23	<i>0,320</i>	<i>0,370</i>	<i>0,420</i>	48	<i>0,398</i>	<i>0,448</i>	<i>0,498</i>	73	<i>0,453</i>	<i>0,503</i>	<i>0,553</i>	98	<i>0,497</i>	<i>0,547</i>	<i>0,597</i>
24	<i>0,324</i>	<i>0,374</i>	<i>0,424</i>	49	<i>0,401</i>	<i>0,451</i>	<i>0,501</i>	74	<i>0,455</i>	<i>0,505</i>	<i>0,555</i>	99	<i>0,498</i>	<i>0,548</i>	<i>0,598</i>
25	<i>0,328</i>	<i>0,378</i>	<i>0,428</i>	50	<i>0,403</i>	<i>0,453</i>	<i>0,503</i>	75	<i>0,456</i>	<i>0,506</i>	<i>0,556</i>	100	<i>0,500</i>	<i>0,550</i>	<i>0,600</i>

2. L'importanza della relazione sanitaria, del consenso informato e della documentazione sanitaria

La documentazione, la relazione sanitaria e il consenso informato sono gli unici strumenti probatori che in caso di contestazione offrono prove concrete per dimostrare la correttezza del trattamento sanitario



- **La cartella clinica** deve contenere una documentazione sanitaria chiara e completa. **Eventuali correzioni devono essere motivate e sottoscritte.**
- **Il consenso informato** deve contenere le informazioni essenziali da fornire al paziente, i rischi e i benefici, gli effetti collaterali, insomma tutte le informazioni necessarie a inquadrare le complicità utilizzando un linguaggio semplice e accessibile in modo che il paziente possa prendere una decisione consapevole. Ma soprattutto **deve essere personalizzato se necessario, e firmato sia dal medico che dal paziente.**
- **La relazione sanitaria** che viene redatta a seguito di un evento deve, oltre che essere precisa e chiara, riportare dati oggettivi, deve basarsi su prove documentali e utilizzare un linguaggio tecnico. **Deve riportare eventuali linee guida e definire - qualora esse non fossero state seguite - il motivo di tale decisione.**



Esempio: Implicazioni della inadeguata compilazione della cartella clinica

Soggetto di 53 anni inserito in residenza psichiatrica a settembre 2020 per disturbo schizzoaffettivo. A distanza di un mese viene portato in PS in codice rosso in stato di shock e due ore dopo decede.

Verbale PS

ANAMNESI E ESAME OBIETTIVO		Registrato da
Data - Ora		OTTORINO ROSATI
23/10/2020 16:13	paz. trasportato in codice rosso accompagnato dai volontari che riferiscono che il paz. sarebbe caduto questa mattina e dopo la riferita caduta avrebbe manifestato sintomi neurologici non meglio precisati; il paz. è accompagnato dalla cartella infermieristica e non è possibile rilevare dati per anamnesi.	
ALLERGIE	Nessuna Allergia / Intolleranza segnalata	
VALUTAZIONI CLINICHE		
Data - Ora	Valutazione Clinica	Registrato da
23-10-2020 16:22	all'arrivo pa 88/30 So2 77% in a.a. paz. Fc 110/min; paz. non responsivo agli stimoli verbali, non collaborante, miosi fissa. Consulenza rianimatoria per accesso venoso centrale non potendo reperire un accesso periferico	OTTORINO ROSATI
23-10-2020 16:38	al controllo fc 113/min so2 88% con O2 umido	OTTORINO ROSATI
23-10-2020 17:03	paz. in gasping; con il Rianimatore si decide per IOT (ore 16,46). Infusione rapida di Infuplas 500 cc; catetere vescicale; alle ore 16,50 paz. in arresto cardiaco; inizia MCE. Nel frattempo telefona lo Psichiatra curante Dott. Roberto che riferisce che questa mattina il paz. era responsivo ed era stata sospesa terapia con Litio per verosimile sovradosaggio. Adrenalina 3 fl nel tubo endo tracheale. Continua MCE, chiamato cardiologo di guardia per valutazione eco attività cardiaca.	OTTORINO ROSATI
23-10-2020 17:14	Alle ore 17,10 visto il tracciato monitor completamente piatto e la mancata risposta ai tentativi rianimatori, si decide di sospendere le manovre. Constatazione di decesso.	OTTORINO ROSATI
23-10-2020 17:24	Considerato quanto riferito dal Dott. Roberto in relazione alla terapia con il Litio si decide di effettuare un prelievo per il dosaggio del Litio.	OTTORINO ROSATI
23-10-2020 17:30	Contattata la Cl. San Giuseppe per comunicare il decesso ed avvertire i familiari.	OTTORINO ROSATI
23-10-2020 18:57	presa visione dopo il decesso degli esami di laboratorio da cui si rileva insuff. renale verosimilmente acuta con ipersodiemia.	OTTORINO ROSATI

Segnalazione di caduta e stralcio di cartella infermieristica

Cadute

Sezione a cura del personale infermieristico presente in servizio

Scala di valutazione: Nessuna

Ultima compilazione 23/10/2020 00.00.00

Fattori di rischio concomitanti

Autosufficienza: Non autosufficiente

Mobilità:

Ausili: Carrozzina;

Contenzione: Nessuna;

Terapia in corso: Antidepressivi;

Modalità di accadimento: Dal letto

Dinamica dell'evento: Cade dal letto

Specifiche della dinamica:

Testimoni: Altri pazienti

Il paziente è in grado di fornire informazioni sulla dinamica: No

Patologie: grave disturbo umore psicosi

Nessuno

Fattori ambientali legati alla caduta:

Pavimento bagnato: No

Sezione a cura del personale medico presente in servizio

Conseguenze: Nessuna

Grado di lesione: Nessuna

Accertamenti diagnostici richiesti: Visita specialistica

Trattamenti eff. a breve termine: Altro (specificare), posizione spondine

Sono stati intrapresi accorgimenti:

Prognosi:

Follow Up: Sì, controllo paziente valutazione terapia

Altre considerazioni:

Data	Turno	Intervento
20/10/2020 21:09:20	2	Decorso assistenziale invariato, assistenza di routine. Apiretico.
21/10/2020 06:30:00	3	Assistenza di routine, ha riposato
21/10/2020 14:07:15	1	Decorso assistenziale invariato. Somministrata terapia come da prescrizione medica. Apiretico. Si alimenta poco a colazione e pranzo trattenendo il cibo in bocca. Viene idratato. In attesa degli appuntamenti per ecocardiogramma e risonanza magnetica. Terapia ev.
21/10/2020 21:31:09	2	Decorso assistenziale invariato. Rilevata TC, apiretico. Somministrata terapia prescritta. Presenta episodi continui di alvo diarroico misto a tracce ematiche rosso vivo. Presenta accentuato rossore della cute perianale, medicato con rigenoma e garza. Rilevati PV 80/60, Fc 82 bpm, SpO2 97% aa, apiretico, glicemia 152 mg/dl. Si somministra PPM Lopemid 2 cp + Fis. 500 cc in estemporanea: Pz in osservazione. Applicate manopoline di contenzione. Domani esegue prelievo ematico.
22/10/2020 06:27:47	3	Eseguito prelievo ematico. Ha riposato.
22/10/2020 13:19:40	1	Decorso assistenziale regolare, controllata TC utente apiretico. Somministrato terapia come da prescrizione medica. Si alimenta poco. Il gg 30 ottobre eseguirà RMM alle ore 18 presso O.C.
22/10/2020 21:23:20	2	Decorso assistenziale invariato. Somministrata terapia come da prescrizione medica. L'utente si alimenta poco a cena con mezza tazza di latte e biscotti. Viene idratato più volte. PV nella norma. Apiretico.
23/10/2020 07:03:25	3	Decorso assistenziale invariato, ha riposato. Somministrata terapia Ev. Il 30/10 eseguirà RMM alle ore 18 presso O.C.
23/10/2020 11:20:04	1	Decorso assistenziale, rifiuta terapia e di alimentarsi, presenta alvo con feci liquide con presenza di sangue, non ha urinato. Presenta rossore zona periaale, applicato rigenoma pomata. In prima mattina è caduto a terra senza riportare lesioni apparenti, avvisato medico, aggiornata scheda conley. Pmm si posizionano sponde a letto e manopoline per poter eseguire ppm fisiologica 500cc. Ppm si esegue ekg (visionato), si cerca di posizionare caterere ma con esito negativo. Rilevati parametri, PA non rilevabile FC 94 spo2 97 Tc 36,5. Avvisato medico. Da richiedere esami ematici per domani
23/10/2020 16:20:06	2	Alle ore 14,30 circa utente presenta sudorazione algida profusa, pressione arteriosa non rilevabile, assenza dei polsi periferici spO2 99% si contatta Medico di guardia che dopo averlo visitato prescrive flebocortid 500 mg 1f ev in estemporanea e infusione di SF 250 con flebocortid 1gr e pantorc 40 mg 1 f. e contatta telefonicamente 118 per trasferimento in PS.
23/10/2020 20:58:24	2	Alle ore 18 circa vengo informata dal nostro medico di guardia del decesso dell'utente avvenuto in O.C. I parenti sono stati informati dal medico di reparto.

- Dall'analisi della cartella infermieristica non è chiaro il processo logico sotteso alle scelte terapeutiche a fronte del progressivo scadimento delle condizioni generali del paziente (scelte in ordine alla nutrizione e deambulazione del paziente).
- Non si trova evidenza in cartella della presa in carico complessiva del paziente, non tanto con riferimento al piano bio-psico-sociale quanto dal punto di vista strettamente clinico.
- La compilazione risulta carente nella parte relativa al momento in cui è avvenuta la caduta (il diario clinico annota la caduta solo alle ore 11,30 mentre le testimonianze di altri ospiti della struttura inducono a collocare l'evento presumibilmente alle ore 9,00).
- La documentazione risulta carente anche sotto il profilo della completezza ed esaustività; attesa la scarsità di informazioni sull'evento caduta, di cui non sono chiare le dinamiche, manca documentazione PS, certificato di morte e non emergono gli iter logici del percorso di cura rispetto al setting assistenziale.
- A seguito della caduta e dei successivi sintomi, in cartella clinica viene ipotizzato un quadro di sofferenza neurologica a seguito del quale viene trasferito al PS. Il Medico legale intervenuto sul caso segnala un quadro clinico che appare "poco neurologico»: la grave ipotensione e la sudorazione non sembrano effetti di un trauma cerebrale maggiore ma di un quadro infettivo, infatti dalla cartella clinica si evince che nei giorni precedenti il decesso era stato rilevato un alvo diarroico con tracce ematiche e rialzo dei globuli bianchi che fanno pensare a un quadro infettivo apparentemente mai indagato.
- Il personale in servizio 5 anni fa, non è più dipendente della struttura pertanto non è possibile acquisire relazioni sull'accaduto che colmino i vuoti della cartella clinica e infermieristica.

L'unica possibile strada percorribile per il caso è risarcire gli eredi per un danno da morte pieno.

Esempio: Implicazioni della mancata o inadeguata acquisizione del consenso

EL -Paziente di 68 anni viene sottoposta ad intervento di routine con esiti eccellenti se non una guarigione più lenta a seguito di comorbidità personali.

Richiede copia della cartella clinica e successivamente formula una richiesta risarcitoria generica lamentando un danno fisico e di non essere stata edotta delle conseguenze dell'intervento.

- Dall'analisi del verbale dell'intervento in cartella clinica e dalle relazioni dei sanitari coinvolti risulta che l'intervento fosse stato eseguito correttamente e che le lamentele della danneggiata fossero infondate
- in cartella clinica viene riportato un consenso informato esaustivo ma non firmato dalla danneggiata**

La mancanza della sottoscrizione del consenso ha fatto sì che la struttura ha dovuto risarcire la danneggiata per non averla resa edotta delle possibili complicanze anche se, nel caso di specie, nessuna complicanza si è verificata.

Esempio: Implicazioni della relazione sanitaria inadeguata

Paziente di 76 anni sottoposta a intervento di sostituzione anca destra, durante la preparazione all'accesso capsulare viene rilevato del sanguinamento, viene quindi suturata e trasferita all'ospedale di M. in regime d'urgenza.

parte dei circoli collaterali. Si decideva di sottoporre la sigl a immediato intervento chirurgico in urgenza. Si trattava di intervento chirurgico urgente di ricostruzione dell'asse arterioso iliaco esterno – femorale comune destro con innesto in PTFE / mm + sutura in sopraggitto di brecce a livello della vena iliaca esterna destra + AGF finale (normopervietà dell'asse femoro popliteo + distalmente dominanza della ATA valutabile fino al malleolo). A livello inguinale sinistro veniva applicata medicazione compressiva dopo emostasi manuale (per accesso endovascolare sinistro per endoclamp dell'asse iliaco comune destro in cross-over con pallone).

Relazione del medico operatore

Il giorno 21-10 -2023 viene eseguito intervento chirurgico di artroprotesi anca dx per via anteriore.

La tecnica prevede un' incisione di circa 10 cm che si irradia dalla spina iliaca anteriore superiore lungo un' ipotetica linea che raggiunge il bordo esterno della rotula; aperta la fascia superficiale e scostato il muscolo tensore della fascia lata ed il retto femorale, si giunge alla fascia innominata. Si coagulano o si legano i fasci della circonflessa laterale e si posizionano dei divaricatori per incidere la capsula articolare.

Nel preparare la via di accesso anteriore all'anca per raggiungere la capsula articolare, posizionando un divaricatore per migliorare la visione e prepararsi lo spazio per intervento, si notava un improvviso atipico sanguinamento; l'operatore attribuiva lo stesso a probabile variante anatomica di vena femorale o di importante varice (data la tipologia di flusso), provvedendo immediatamente a creare un' emostasi provvisoria con legature con filo del vaso interrotto per invio immediato presso reparto di chirurgia vascolare di [preallertato dall' operatore per l'arrivo con ambulanza).

Presso l'ospedale di [] la paziente veniva sottoposta ad intervento di ricostruzione di asse iliaco esterno femorale comune in urgenza.

Il giorno 24-10-2023 la paziente veniva trasferita nuovamente presso casa di cura [] dove restava ricoverata fino al 31-10-2023 e nel frattempo veniva sottoposta a terapie mediche (anticoagulanti e antibioticoterapia) ed ecocolor doppler che dimostrava la pervietà dei vasi in assenza di trombosi venosa profonda.

Parere del medico legale dopo aver visionato le cartelle cliniche

Risulta un'emorragia improvvisa nella fase di preparazione del campo operatorio. il chirurgo nella sua relazione segnala una possibile lesione di ramo venoso anomalo o di varice, legatura del "vaso interrotto" e invio in ospedale.

Il dato chirurgico è decisamente contrastante, poiché è stata rilevata una "ampia lacerazione" della vena femorale (legata) oltre che una triplice legatura dell'arteria femorale con dissezione intimale nell'arteria compresa tra le legature.

La discrepanza è consistente e pone oggettive difficoltà nell'accogliere l'ipotesi della variante anatomica, per il fatto che né l'angio-TAC né il report chirurgico menzionano anomalie anatomiche del vaso lesionato e, inoltre, risulta una triplice legatura dell'arteria femorale che contrasta con la descrizione chirurgica iniziale di legatura del solo vaso venoso lesionato. Peraltro, l'anestesista segnala una lesione dell'arteria femorale.

-

-Si evince una discrepanza tra il dato chirurgico e l'angio-Tac eseguita presso l'ospedale di M., inizialmente sembra un problema di identificazione dei vasi sanguigni pre intervento di sostituzione anca.

- **A seguito della presa visione del verbale operatorio dell'ospedale di M. dove vengono suture sia la vena che l'arteria femorale, si richiede al medico ortopedico di rivalutare la sua relazione dell'evento alla luce dell'angio-Tac e del verbale operatorio.**

Il cvs tutt'ora non è in possesso di una ricostruzione della vicenda chirurgica che abbia potuto sanare i dubbi esponendo così la struttura ad un rischio importante di soccombenza.



La tracciabilità degli eventi e delle decisioni cliniche assunte è essenziale ai fini della difesa della struttura e conseguentemente della corretta definizione dell'evento dannoso

Strategie difensive basate sulla documentazione:

- Dimostrazione della correttezza nell'agire dell'operatore sanitario
- Esclusione del nesso di causalità
- Concorso di cause e preesistenza di patologie

Esempio di una buona gestione documentale

Paziente di 66 anni nel 2020 a seguito di colonscopia si riscontrano plurimi polipi nel colon che vengono asportati, uno di esso risulta positivo per focolaio di adenocarcinoma, viene sottoposta a resezione anteriore del retto.

A seguito di una concatenazione di eventi, subisce 7 interventi di cui 6 per riparare ai danni subiti dagli interventi precedenti.

A seguito di approfondimenti e della puntuale relazione dei sanitari che seguirono il caso, costoro riuscirono a mettere in luce la correttezza delle loro azioni in relazione alle comorbidità della danneggiata e a spiegare perché, pur non seguendo le linee guida, avessero adottato la soluzione migliore per quella specifica situazione.

La descrizione dell'intervento chirurgico del 11.9.2020 appare in alcune parti inesatta tanto da ingenerare critiche che sono formalmente corrette ma nella realtà non sembrano trovare giustificazioni; si

In questa vicenda lunga e dolorosa, sono state commesse delle imprudenze dovute prevalentemente alla sottovalutazione della fragilità della danneggiata soprattutto nella fase iniziale, ma, grazie alla puntuale ricostruzione degli eventi e delle scelte fatte dai sanitari, si è riusciti a dimostrare che gran parte di quelli che venivano considerati «errori» erano in realtà le uniche azioni possibili in quella determinata situazione. Questo ha permesso alla struttura di dimezzare l'impatto economico.

Grazie per l'attenzione

Rossella Bertarelli

Loss Adjuster
Specialty Health & Care

+39 335 586 6405
rossella.bertarelli@howdengroup.com



[howdengroup.com](https://www.howdengroup.com)

This document or any portion of the information it contains may not be copied or reproduced in any form without the permission of Howden. Howden S.p.A. is registered in Italy under VAT number 09743130156.. Registered address: Via Arconati 1, 20135 Milano. Copyright © 2025