



Consulta Nazionale  
Giovani Medici Legali Universitari



# EVIDENCE BASED MEDICINE NELL'ATTIVITÀ MEDICO LEGALE

- ❖ **Le domande appropriate**
- ❖ **La ricerca delle “evidenze”**
- ❖ **La consapevolezza dei limiti degli studi**
- ❖ **L'applicabilità dei risultati nella pratica medico legale**

# CASO 1



**LE DOMANDE APPROPRIATE**

**LA RICERCA DELLA "EVIDENZE"**

- **2010** donna di 45 anni (tre gravidanze – ultimo parto a 30 anni) che presenta nell'ultimo anno insorgenza di disturbi durante il ciclo (dismenorrea con crampi addominali vomito e diarrea ) con iter diagnostico che si conclude con diagnosi di endometriosi
- **2011** eseguito intervento di viscerolisi, annessiectomia sx, appendicetomia con regressione della sintomatologia per breve tempo **seguita da recidiva con disturbi di maggior** gravità alla fine dell'anno.
- **fine 2011** avvio di terapia estro-progestinica con cerotto senza alcuna modificazione del quadro sintomatologico.

- **Aprile 2013** intervento per via LPS conferma quadro di endometriosi profonda con conglobato aderenziale **coinvolgente il retto-sigma sub-stenosato e la parete uterina posteriore** che si continua con estesa colata nodulare **infiltrante margine retro-cervicale uterino, la vagina, il legamento utero-sacrale destro, la parete anteriore del retto-sigma** (tenacemente adesa al suddetto nodulo), **il setto retto-vaginale ed il fornice vaginale posteriore, tutto il parametrio posteriore sinistro** (legamenti utero-sacrale, retto- vaginale e laterale del retto, **il nervo ipogastrico con aderenze tra la parete posteriore uterina, le ultime anse ileali ed il cieco.**
- Eseguita isterectomia totale ed annessiectomia destra, eradicazione noduli endometriosici pelvici e parametrio sinistro (eseguito dal ginecologo); resezione retto-sigmoidea seguita da anastomosi T-T meccanica (**eseguita dal chirurgo generale tempo un'ora**).
- **Durata totale intervento 330 min**

Dopo 2 giorni per **peritonite diffusa sierosa** con tenaci aderenze ileali pelviche nuovo intervento con rilievo di **moncone rettale pre-anastomotico ischemico** per un tratto di circa 5 cm a monte dell'anastomosi .

Eseguito intervento di Hartmann (**affondamento del moncone rettale e colostomia terminale** in fossa iliaca sinistra mediante resezione segmentaria colica).



LA CONSULENZA TECNICA D'UFFICIO

MANCATA INDICAZIONE ALL'INTERVENTO

DI ERADICAZIONE DELL'APRILE 2013



*Alla ripresa della sintomatologia (2011) è programmato un intervento radicale, ultra-demolitivo, senza prendere in considerazione isteroannessiectomia dx, che come segnalato nelle linee guida dell' A.S.R.M. dà un successo del 90% per il sintomo dolore.*

**Dalle LG citate: Indicazioni assolute all'intervento chirurgico sono fallimento della terapia medica, ostruzione intestinale e idroureteronefrosi**

## LA CONSULENZA TECNICA D'UFFICIO

### INADEGUATA TECNICA CHIRURGICA CAUSA DELLA DEISCENZA

#### ANASTOMOTICA

*Ritenuta colposa «sic e simpliciter» per il manifestarsi a breve distanza di tempo dall'intervento (entro 48) e verosimilmente legata all'esecuzione dell'intervento per via LPS, al tipo di sutura (meccanica) e tempo operatorio (un'ora!!).*

**NESSUN DATO SCIENTIFICO A SOSTEGNO DI TALI AFFERMAZIONI SOLO**

**UNA GENERICA E APPROSSIMATIVA AUTOREFERENZIALITÀ**







## LA LETTERATURA

- **Risk factors Extraperitoneal anastomotic leak** Major risk factors for an extraperitoneal anastomotic leak include :
- *Anastomotic ischemia* – Two prospective studies using laser Doppler flowmetry assessed blood flow to the colon and rectum before and after mobilizing, dividing, and anastomosing the colon . A decrease in colonic tissue perfusion proximal to the anastomotic site, at the anastomotic site, and at the rectal stump was reported. The magnitude of decrease in blood flow correlated with the subsequent development of an anastomotic leak.
- *Laparoscopic procedure* – Randomized trials comparing laparoscopic with open colorectal resection have failed to show any difference in the rate of anastomotic leaks

[Cochrane Database Syst Rev.](#) 2012 Feb 15;(2)

## **Stapled versus handsewn methods for colorectal anastomosis surgery**

[Neutzling CB](#), [Lustosa SA](#), [ecc](#)

**AUTHORS' CONCLUSIONS:** The evidence found was insufficient to demonstrate any superiority of stapled over handsewn techniques in colorectal anastomosis surgery, regardless of the level of anastomosis. There were no randomised clinical trials comparing these two types of anastomosis in elective conditions in the last decade.

# CASO 2



## LA RICERCA DELLA "EVIDENZE"

## CASO 2

- Autovettura che a velocità di 70 Km /h lungo rettilineo urta il guardrail e spalletta di ponte in cemento oltre il margine dx della carreggiata con distruzione della parte anteriore vettura.
- Conducente illeso
- Il 34enne passaggero anteriore riporta complesso fratturativo e lacero contusivo in sede facciale (*ferita lacera della palpebra superiore con perdita di sostanza e della regione frontale a sn, numerose analoghe ferite zigomo sn e narice sn frattura pavimento orbitario sn con ritenzione schegge di vetro*)

### IL QUESITO

- *dica se le lesioni avrebbero potuto essere totalmente evitate laddove il danneggiato avesse allacciato le cinture di sicurezza;*
- *nel caso in cui le lesioni avrebbero potuto essere evitate solo in parte dica quale parte del danno è eziologicamente riconducibile alla condotta omissiva tenuta dal danneggiato e quale invece alle ulteriori violazioni del codice della strada imputabili in via esclusiva al danneggiante*





## Risposta del C.T.U. ai quesiti

- Il corretto utilizzo delle cinture di sicurezza *riduce del 50%* il rischio del passeggero anteriore di procurarsi *lesioni traumatiche gravi/moderate*.
- Il passeggero anteriore con cinture di sicurezza correttamente allacciate è esposto al *rischio di traumi anche fratturativi agli arti superiori, e, in minor misura, a quelli inferiori*, non contenuti, da impatto contro le strutture rigide dell'abitacolo.

**NON INDICATE LE FONTI DI TALI AFFERMAZIONI**

## CASO 2

### DALLA NOSTRA RICERCA

**Meta-analysis shows that seat belts reduce front seat fatalities by 60%**

*Accid Anal Prev. 2016 Mar;88:175-86. How would increasing seat belt use affect the number of killed or seriously injured light vehicle occupants? Høye A.*

**A seat belt alone (OR, 0.46) or a seat belt and an air bag (OR, 0.59) were effective to decrease facial fractures in MVCs.**

*Hwang K, Kim JH. Effect of Restraining Devices on Facial Fractures in Motor Vehicle Collisions. J Craniofac Surg. 2015 Sep;26(6):e525-7*

# CASO 3



## LA RICERCA DELLA "EVIDENZE"

## CASO 3

- 30enne sottoposto nell'ottobre 2009 ad intervento chirurgico, in artroscopia, di ricostruzione del neo-legamento crociato anteriore unitamente a trapianto meniscale mediale, per mezzo di menisco di banca.
- Somministrata profilassi antibiotica (2 gr di cefazolina e.v.) eseguita in sala operatoria, circa 15 minuti prima dell'induzione anestesiológica all'intervento chirurgico secondo indicazioni Ministeriali relative all'Antibiotico-profilassi nell'adulto.
- Dopo un mese dalla dimissione in corso di KT compare gonalgia con lieve rialzo febbrile con tumefazione locale: ricoverato eseguiti esami colturali sulle secrezioni di ginocchio sinistro positivi per *Staphylococcus aureus beta-lattamasi produttore*
- Il trattamento antibiotico si concludeva dopo 60 giorni con completa negativizzazione laboratoristica e colturale.



## CASO 3

### LA CTU

A nostro giudizio risultano soddisfatti i criteri riguardanti il nesso di causalità materiale fra trattamenti chirurgici eseguiti e successiva infezione della ferita chirurgica. Nesso cronologico per infezione della ferita chirurgica, a breve distanza di tempo dalla procedura chirurgica. Nesso topografico per corrispondenza tra la sede dell'accesso chirurgico al ginocchio sinistro e la medesima sede di insorgenza della infezione.

Nesso di idoneità dato dal fatto che le infezioni delle ferite chirurgiche da stafilococchi rappresentano la evenienza più frequente e temibile della operazione chirurgica ortopedica. Nesso di continuità fenomenica, che risulta documentato dall'iter clinico segnalato dalla cartella clinica.

Pertanto si può confermare che le conseguenze lesive, riportate dal sig. ██████ sono relative al riconoscimento di un nesso di causalità materiale dovuto, in sintesi, alla possibile omissione del corretto controllo dell'asepsi .





## CASO 3

### *POSSIBILE OMISSIONE del CORRETTO CONTROLLO dell' ASEPSI*

La Struttura in esame opera una sorveglianza annuale già da prima dell'epoca dei fatti su più livelli assistenziali come previsto dalle disposizioni del Ministero della Sanità (circolare n. 8/1988) come segue:

- ✓ Presenza del **Comitato Infezioni Ospedaliere** (CIO) la cui attività è sempre stata giudicata nelle visite di Accredimento Istituzionale con il massimo punteggio (100/100)
- ✓ Presenza di Attività di **Sorveglianza di laboratorio; su tutto l'ospedale con 2 studi di prevalenza /anno; su interventi a rischio con studi di incidenza**
- ✓ Gli ultimi dati disponibili, sebbene di epoca successiva a quella degli eventi, rivelano un tasso di incidenza biennale (2014-2015) di infezioni del sito chirurgico, peraltro a seguito di intervento di protesi di ginocchio, più invasivo rispetto a quello di specie, **pari all'1,6%**, ovvero pienamente all'interno del range di 0,5-2% rilevato a livello internazionale.

## CASO 4



# L'APPLICABILITÀ DELLE EVIDENZE SEGNALATE IN LETTERATURA NELLA PRATICA MEDICO LEGALE

# CASO 4

- Assicurato di 50 anni che si presenta in P.S. per cefalea ingravescente nelle ultime 6 ore dopo avere battuto il capo 24 ore prima, nella notte, contro l'antina aperta di un pensile in cucina, urto seguito da una rapida sensazione di annebbiamento altrettanto rapidamente scomparsa.
- Il soggetto assume da circa otto mesi aspirina a basso dosaggio, consigliata da un amico medico come «prevenzione» (?????)
- All'arrivo in P.S. presenta lieve escoriazione in sede di urto (emifronte destra). Poco dopo il triage infermieristico si assiste ad una rapida compromissione neurologica con comparsa di nausea, confusione e impaccio motorio per cui esegue TAC urgente con riscontro di ematoma subdurale.
- Ricoverato per il peggioramento neurologico è eseguita craniotomia decompressiva.

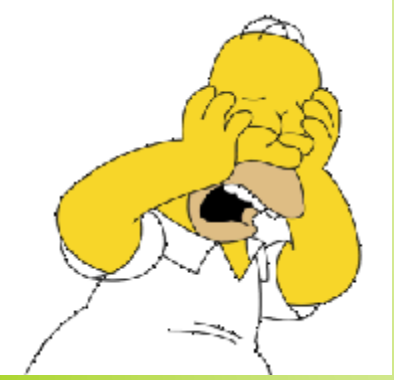
## CASO 4

Sottoposto ad accertamento medico legale (valutazione in ambito di polizza infortuni) sono riconosciuti solo i postumi di un trauma cranico minore poiché argomenta il collega

*«è noto e ben descritto in letteratura che i farmaci anticoagulanti aumentano il rischio di sanguinamento encefalico (concausa di lesione)»*







## L'ARBITRATO

Il terzo arbitro riconosce la indennizzabilità delle ematoma subdurale sulla base della seguente «evidenza scientifica» anche in ragione dell'età del paziente e assenza di altri fattori rischio

*The majority of the patients included in this meta-analysis were receiving clopidogrel; therefore, it is reasonable to consider that preinjury use of clopidogrel confers an increased risk of traumatic intracranial hemorrhage similar to that of warfarin. There were not enough data to quantify the risk associated with aspirin monotherapy or other antiplatelet drugs*

(Melville LD, Shah K. Is Antiplatelet Therapy an Independent Risk Factor for Traumatic Intracranial Hemorrhage in Patients With Mild Traumatic Brain Injury? *Ann Emerg Med.* 2017 Dec;70(6):910-911)





Consulta Nazionale  
Giovani Medici Legali Universitari

**...siete pronti alla EBM applicata alla pratica quotidiana in tutti i campi della medicina legale ?**



**GRAZIE**