



TREDICESIMO CONVEGNO DI TRAUMATOLOGIA CLINICA E FORENSE

20° Corso di Ortopedia, Traumatologia e Medicina Legale

LE LESIVITÀ IN ORTOPEDIA, COMPLESSITA' CLINICA IN
PATOLOGIE ORTOPEDICHE E IN RIABILITAZIONE:
DAL PLANNING PREOPERATORIO ALLA STABILIZZAZIONE.
IL COMPLESSO RAPPORTO
FRA RISARCIMENTO E INDENNIZZO.
LEGGE GELLI-BIANCO: RESPONSABILITÀ VECCHIE E
NUOVE NELL'ACCERTAMENTO DELLA COLPA MEDICA



Presidenti

F.M. Donelli, M. Gabrielli, G. Varacca

24-25 Novembre 2023

Palazzo dei Congressi - Salsomaggiore Terme (PR)



IL TRAUMA : POLSO E MANO

Fabiana Zura Puntaroni, Pierluigi Tos

UOC Chirurgia della Mano e Microchirurgica Ricostruttiva

ASST Pini CTO

Milano



Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico
Gaetano Pini-CTO

Sistema Socio Sanitario

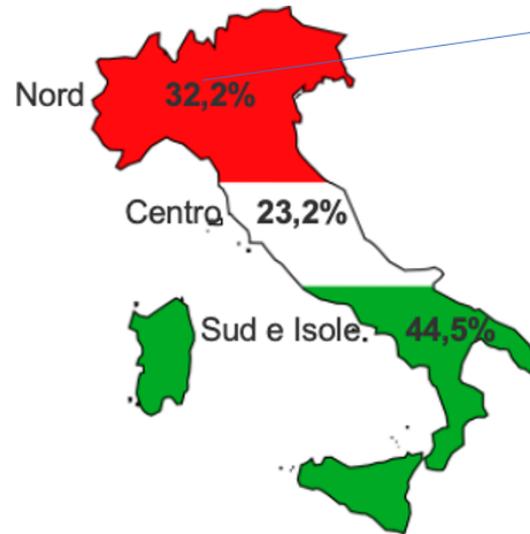


Regione
Lombardia

ASST Gaetano Pini

CONTENZIOSO LEGALE MEDICO-PAZIENTE: I NUMERI IN ITALIA

- **300mila le cause** contro i medici e le strutture sanitarie (private e pubbliche) giacenti nei tribunali italiani
- **95% dei procedimenti penali** per lesioni personali colpose a carico di esercenti le professioni sanitarie si conclude con un **proscioglimento**
- **35mila / anno** le nuove azioni legali



fonte: “Consulcesi”, 2019; “Tribunale del Malato”, 2015; “Commissione parlamentare d’inchiesta sugli errori sanitari”, 2013; “Osservatorio Sanità”; 2013:



Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico
Gaetano Pini-CTO

Sistema Socio Sanitario



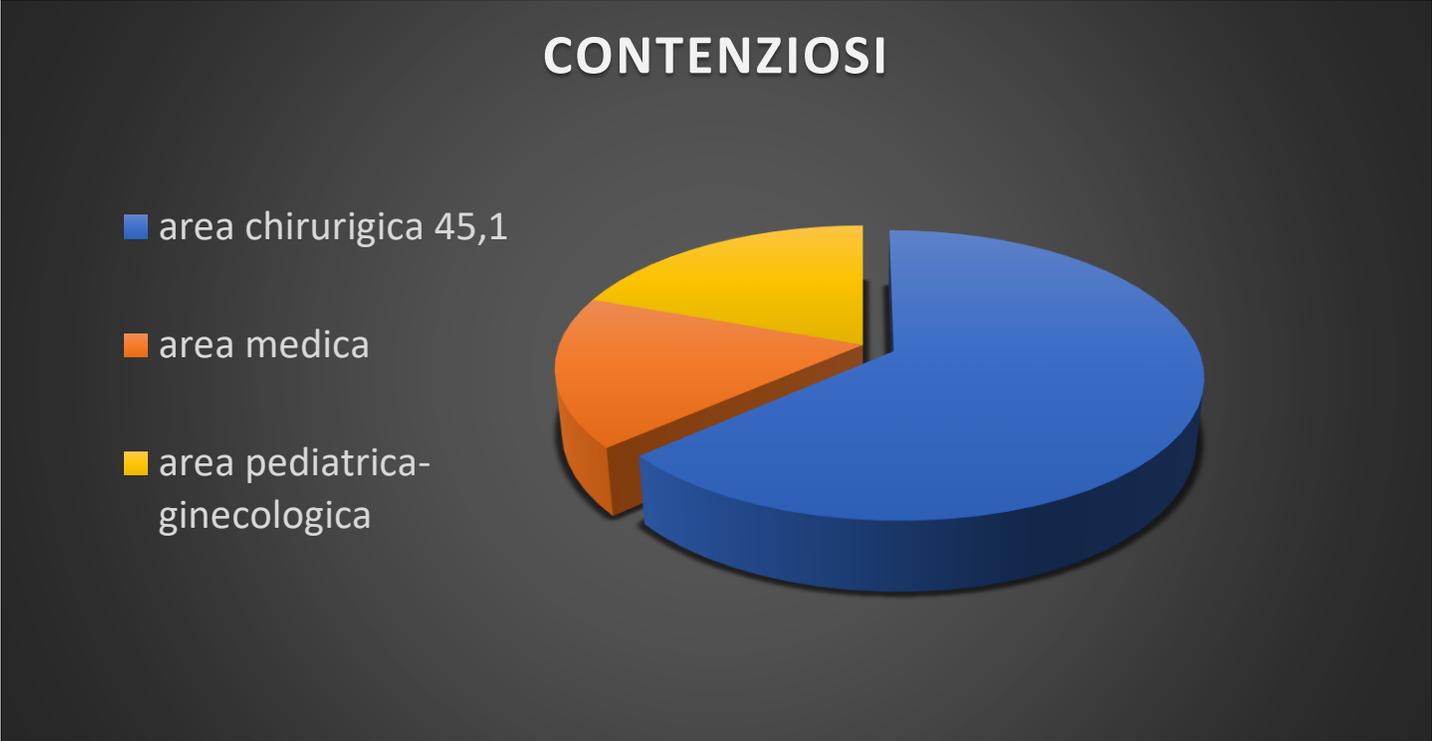
Regione
Lombardia

ASST Gaetano Pini



CONTENZIOSO LEGALE MEDICO-PAZIENTE: I NUMERI IN ITALIA

Le aree maggiormente a rischio contenzioso sono quella **chirurgica (45,1% dei casi)**, la pediatrica (13,8%) e quella medica (12,1%).





In ogni un percorso diagnostico-terapeutico, possono verificarsi **molteplici errori**:

- omessa o tardiva prescrizione di esami ed approfondimenti diagnostici (errore diagnostico)
- errori nella prescrizione di farmaci (dosaggio o mancata o tardiva prescrizione)
- errato inquadramento clinico
- errori legati all'esecuzione dell'anestesia
- errori nell'esecuzione tecnica di un intervento chirurgico (errore di pianificazione)

| | |
|-----------------|---|
| Rischio clinico | Probabilità per un paziente di subire un danno per effetto di un trattamento medico o delle cure prestate. Nel concetto di rischio sono associati due elementi fondamentali: la probabilità che si verifichi un determinato evento sfavorevole e le conseguenze di tale evento. <small>Ministero della salute: "Manuale per la formazione degli operatori sanitari"</small> |
| Evento avverso | Lesione provocata dalle cure sanitarie e non associata alla condizione clinica del paziente <small>National Patient Safety Agency. Doing less harm. 2001</small> |
| Incidente | Evento che ha provocato o che aveva la potenzialità di provocare un evento avverso <small>Kohn To err is human: building a safer health system. Washington: National Academy Press; 2000.</small> |
| Errore | Fallimento nel portare a termine un'azione come pianificato (<i>errore di esecuzione</i>) o utilizzo di un piano scorretto per raggiungere un determinato scopo (<i>errore di pianificazione</i>) (2) |
| Near miss | Situazioni od eventi ad elevato rischio che per ragioni fortuite o per l'intervento tempestivo di un operatore non hanno determinato un incidente |

| | |
|--|---|
| Uso di farmaci, sangue ed emoderivati | <ul style="list-style-type: none"> • Errori di prescrizione • Errori di preparazione • Errori di somministrazione • Reazioni trasfusionali |
| Procedure chirurgiche e di anestesia | <ul style="list-style-type: none"> • Corpi estranei nel sito chirurgico • Intervento su parte o lato sbagliato • Chirurgia impropria o non necessaria • Complicanze di procedure invasive e anestesiolgiche |
| Uso di apparecchiature elettromedicali | <ul style="list-style-type: none"> • Malfunzionamento e guasti per problemi tecnici • Errori d'uso da parte del personale |
| Esami e procedure diagnostiche | <ul style="list-style-type: none"> • Non eseguiti o eseguiti in modo inadeguato • Non appropriati o non efficaci • Interpretati in modo sbagliato |
| Tempistica | <ul style="list-style-type: none"> • Ritardi nella diagnosi e nel trattamento |
| Procedure di assistenza | <ul style="list-style-type: none"> • Infezioni ospedaliere • Ulcere da decubito • Cadute accidentali |





Il rapporto medico-paziente, in Italia, è sempre più in crisi.

L'uso di procedure e tecniche sempre più sofisticate e avanzate permettono di raggiungere traguardi sempre più ambiziosi e **i pazienti non accettano risultati inferiori a quelle che erano le loro aspettative preoperatorie**

Il **contenzioso medico-legale** rappresenta un costo enorme per i bilanci pubblici di ospedali e ASL. Non si tratta necessariamente di malasanità.

L'aumento del contenzioso è un **fenomeno socio-economico** più generale e in forte ascesa



Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico
Gaetano Pini-CTO

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia
ASST Gaetano Pini



Tra gli effetti più evidenti di questa tendenza, vi è l'aumento della "medicina difensiva" ovvero la richiesta indiscriminata da parte medica di esami e consulenze specialistiche, non per un reale bisogno diagnostico-terapeutico, ma per mostrare documentazione in caso di richiesta risarcitoria.





FEDERAZIONE DELLE SOCIETÀ MEDICO SCIENTIFICHE ITALIANE

- Presenza di uno statuto.
- Presenza di una storia consolidata.
- Attività didattiche svolte.
- Idoneità a essere provider per i corsi di educazione continua in medicina (ECM).
- Presenza di contatti tra la società scientifica e omologhi internazionali.
- Presenza di un sito internet aggiornato

Società Italiana Chirurgia della Mano (SICM)



Commissione Medico Legale (CML)

- problema del consenso informato
 - problema della copertura assicurativa per la responsabilità professionale
 - ha fornito un elenco di consulenti tecnici (CTU) per i Tribunali
- **raccomandazioni di comportamento**, elaborate in modo sistematico e finalizzate a indirizzare il clinico a prendere decisioni appropriate in specifiche circostanze cliniche



Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico
Gaetano Pini-CTO

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia
ASST Gaetano Pini



- può essere definita come una **“attività di diagnosi e cura** che richiede un particolare impegno di **qualificazione, mezzi, attrezzature e personale specificatamente formato”** (art. 5 della legge 23 ottobre 1985, n. 595).

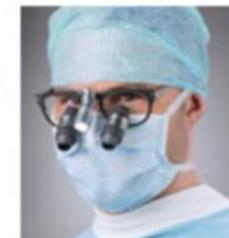
- viene individuata **nell’ambito del DEA di secondo livello** di cui all’atto d’intesa Stato-Regioni sul sistema di emergenza sanitaria, in applicazione del **decreto del Presidente della Repubblica 27 Marzo 1992.**

- **occorre prevedere sul territorio regionale una rete di presidi specialistica**

CHIRURGIA DELLA MANO E MICROCHIRURGIA

ALTA SPECIALIZZAZIONE ESTREMAMENTE COMPLESSA

CHIRURGIA ORTOPEDICA + CHIRURGIA PLASTICA
(microchirurgia)

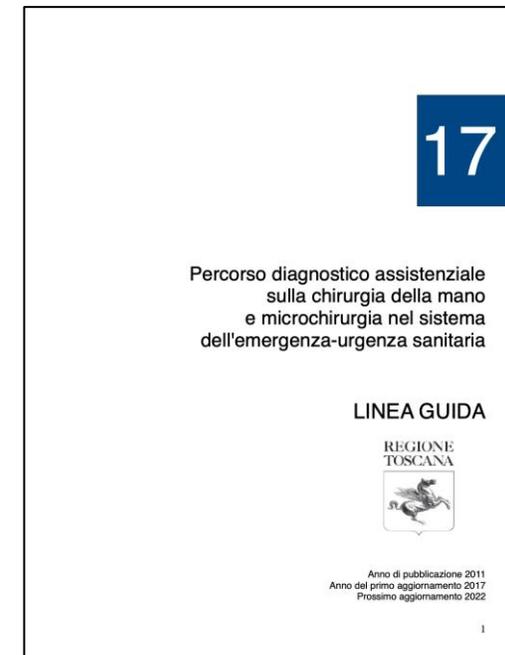


CENTRI SPECIALIZZATI E COLLEGHI SPECIALIZZATI

COMPLESSA ANATOMIA
SPAZI RISTRETTI
GUARIGIONI SPESSO LUNGHE

APPORTO FISIOTERAPICO MOLTO IMPORTANTE





Linea guida sui reimpianti a livello dell'arto superiore

1998, 2011, 2017, 2022; prima Conferenza di consenso europea sui reimpianti e i trapianti di segmenti d'arto a livello dell'arto superiore.

1ª edizione italiana a cura della SICM, 2011, 2017, 2022

2011, 2017, 2022; prossima edizione



“Percorso diagnostico-assistenziale sulla chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria”



,] caopekja `dtha]i lqp]vekje pn]qi]pe_da `dtha `ep]
a `dth]n]pk oql anekna3/4

«parlare la stessa lingua»

CLASSIFICAZIONE DI TAMAI per descrivere il livello di amputazione

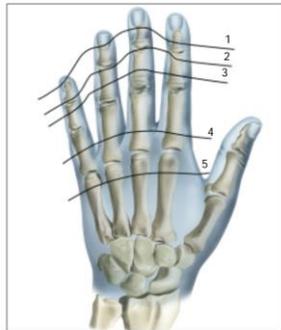


Fig. 38-1. Livelli di amputazione digitale secondo la classificazione di Tamai.



“Percorso diagnostico-assistenziale sulla chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell’emergenza-urgenza sanitaria”

,] caapekja `dtha]i [qp]vekje pn]qi]pe_da `dtha `ep]
 a `dth]npk oql anekna
 i ei [knp]jpa **standardizzare**^{3/4}

il trasporto del moncone di amputazione

il primo soccorso in caso di subamputazione o nelle ferite profonde con danno vascolare

LINEE GUIDA PER IL PRIMO SOCCORSO ED IL TRASPORTO

AMPUTAZIONE
 Primo Soccorso
 Conservazione
 e trasporto

- Arrestare il sanguinamento con strumenti atraumatici
- Evitare disinfettanti
- Utilizzare bendaggi elastici compressivi ed elevare l'arto
- Refrigerare (+4°C) il segmento amputato

- Avvolgere il segmento amputato in garze sterili imbevute di soluzione fisiologica
- Mettere il tutto in un contenitore di plastica idrorepellente e posizionare il sacchetto in un contenitore con ghiaccio (+4°C)
- Evitare il contatto diretto tra il segmento amputato e il ghiaccio (temperatura ideale: +4°C)

SUB-AMPUTAZIONI
 Primo Soccorso
 e trasporto

- Arrestare il sanguinamento con strumenti atraumatici
- Utilizzare lacci solo in caso di sanguinamenti inarrestabili: segnare l'ora di applicazione e limitarla a 60 minuti
- Evitare disinfettanti
- Immobilizzare l'avanbraccio in una ortesi rigida
- Applicare un bendaggio elastico compressivo
- Elevare l'arto in scarico
- Refrigerare solo i segmenti ischemici

- Evitare bende emostatiche
- Evitare traumatismi diretti ai fasci vascolari con legature o clamps
- Arrestare il sanguinamento con bendaggi elastici locali ed elevazione dell'arto
- Se occorre applicare il laccio per un massimo di 60 minuti

Informazioni di base da comunicare all'equipe microchirurgica:

- Età, sesso, professione
- Stato di salute generale
- Lesioni associate
- Sede, livello, dominanza
- Meccanismo del trauma
- Tempo di Ischemia
- Condizioni locali del segmento amputato
- Presenza di agenti contaminanti
- Tempo di trasporto previsto
- Esami ematochimici, ECG etc

Tempi limite per i reimpianti
 (con corretta conservazione-refrigerazione)

- 10 ore per macrosegmenti (contenenti masse muscolari)
- 24 ore per micro segmenti (dita)

In caso di Ischemia calda i tempi suddetti sono da considerare dimezzati

Coordinamento Urgenze Mano Italia
<http://www.sicm.it/it/chirurgi-professionisti/centri/centri-h24-118-cumi.html>



“Percorso diagnostico-assistenziale sulla chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell’emergenza-urgenza sanitaria”



LINEE GUIDA PER IL PRIMO SOCCORSO ED IL TRASPORTO

AMPUTAZIONE
 Primo Soccorso
 Conservazione

- Arrestare il sanguinamento con emostasi pneumatica
- Evitare disinfettanti
- Utilizzare bendaggi elastici compressivi ed elevare l'arto
- Refrigerare (+4°C) il segmento amputato

• Avvolgere il segmento amputato in garze sterili imbevute di soluzione fisiologica

• Mettere il tutto in un contenitore di plastica idrorepellente e posizionare il sacchetto in un contenitore con ghiaccio (+4°C)

• Evitare il contatto diretto tra il segmento amputato e il ghiaccio (temperatura ideale: +4°C)

SUB-AMPUTAZIONI
 Primo Soccorso
 + Trattamento

- Arrestare il sanguinamento con emostasi pneumatica
- Utilizzare fasci solo in caso di sanguinamenti inestricabili: segnare l'ora di applicazione e limitare a 60 minuti
- Evitare disinfettanti
- Immobilizzare l'avambraccio in una ortesi rigida
- Applicare un bendaggio elastico compressivo
- Elevare l'arto in scacco
- Refrigerare solo i segmenti ischermici

• Evitare bande elastiche

• Evitare traumi diretti ai fasci vascolari con legature e clamp

• Arrestare il sanguinamento con bendaggi elastici locali ed elevazione dell'arto

• Se occorre applicare il laccio per un massimo di 60 minuti

Informazioni di base da comunicare all'equipe microchirurgica:

- Età, sesso, professione
- Stato di salute generale
- Lesioni associate
- Sede, livello, estensione
- Meccanismo del trauma
- Tempo di ischemia
- Condizioni locali del segmento amputato
- Presenza di agenti contaminanti
- Tempo di trasporto previsto
- Esami ematologici, ECG etc.

Tempo limite per i trapianti
 (con corretta conservazione-refrigerazione)

- 10 ore per microsegmenti (contenuti in masse muscolari)
- 24 ore per microsegmenti (dita)

In caso di ischemia calda i tempi suddetti sono da considerare dimezzati

Coordinamento Urgenza Mano Italia

<http://www.don.it/microchirurgia-professionisti/centri-182-118-cum.html>



“Percorso diagnostico-assistenziale sulla chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell’emergenza-urgenza sanitaria”

sapere quando e cosa reimpiantare



| Indicazioni assolute | Controindicazioni assolute | Reimpianto dito singolo indicazioni | Amputazione distale indicazioni |
|--|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - bambini - pollice - amputazione dita multiple - trans-metacarpale | <ul style="list-style-type: none"> - alto rischio chirurgico - alto rischio anestesiológico - impossibilità tecnica per condizioni locali | <ul style="list-style-type: none"> - infanzia - richiesta individuale - amputazione netta distalmente all’inserzione del flessore superficiale - sguantamento senza danno osteotendineo | <ul style="list-style-type: none"> - infanzia - richiesta individuale - amputazione netta distalmente al flessore superficiale |
| Indicazioni relative | Controindicazioni relative | Controindicazioni | Controindicazioni |
| <ul style="list-style-type: none"> - richieste individuali (cosmetiche o sociali) - sguantamento senza lesioni ossee | <ul style="list-style-type: none"> - età >70 anni - politraumatismo grave - patologie sistemiche importanti - patologie psichiatriche - automutilazioni - tabagismo - alcolismo - abuso di droghe - lesioni a più livelli - schiacciamento, avulsione - danno da agenti fisici | <ul style="list-style-type: none"> - indice in lavoratore manuale - grave schiacciamento con componente scheletrica - amputazione prossimale all’inserzione del flessore superficiale | <ul style="list-style-type: none"> - grave schiacciamento, avulsione, danno cutaneo - assenza di vasi suturabili - possibile anemia con alto rischio di trasfusioni |



Tabella 1. Indicazioni e controindicazioni al reimpianto di segmenti d’arto.



Traumatologia

Chirurgia della Mano - Vol. 54 (3) 2017

LINEE GUIDA PER LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DELLE FRATTURE DELLO SCAFOIDE: REVISIONE DELLA LETTERATURA INTERNAZIONALE E VALUTAZIONE DELL'APPROPRIATEZZA TRA UN GRUPPO DI ESPERTI

Marco Rosati*, Andrea Atzei**, Giancarlo Caruso¹, Pietro Battistini*, Luciana Marzella², Franco Cannavò³, Antonio Merello⁴, Pier Paolo Borelli⁵

* Prima Clinica Ortopedica, Università di Pisa

** MediLAB Hand Surgery & Rehabilitation Team, Treviso; Casa di Cura "Giovanni XXIII" - Monaster di Treviso; Policlinico "San Giorgio", Pordenone

¹ SOSP Chirurgia Mano USL Toscana Centro Firenze

² UO Chirurgia della Mano, Istituti Clinici Humanitas, Milano

³ UO Chirurgia della Mano, Ospedali Riuniti Papardo Piemonte, Messina

⁴ Centro di Chirurgia della Mano, Ospedale Galliera, Genova

⁵ Day Hospital, Chirurgia della Mano, Chirurgia del Polso, Prima Divisione di Ortopedia e Traumatologia, Spedali Civili, Brescia

Referente:

Andrea Atzei – MediLAB Hand Surgery & Rehabilitation Team – Sottoportico Teatro Dolfin 4, 31100 Treviso
 Tel.: +39 345 59 63 911 – E-mail: andreatzei@gmail.com

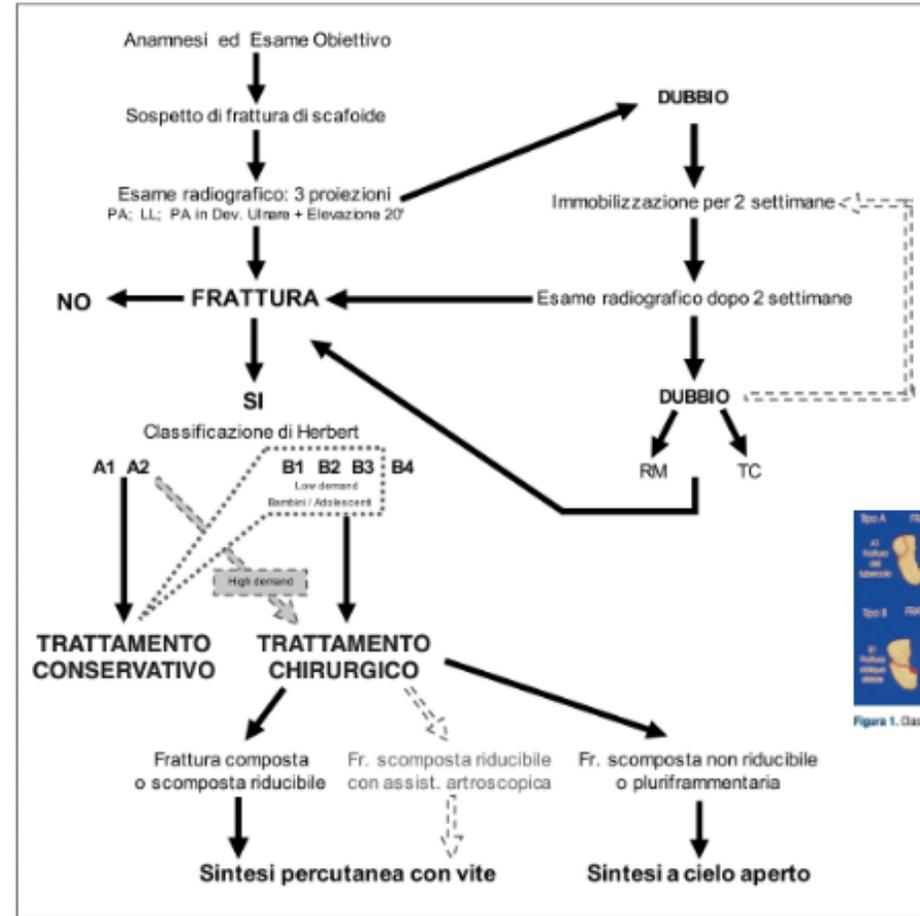


Figura 1. Classificazione di Herbert.

Figura 1. Diagramma di trattamento proposto per le fratture di scafoide carpale dalla Commissione Linee Guida ed Outcome della Società Italiana di Chirurgia della Mano.



Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico
 Gaetano Pini-CTO

Sistema Socio Sanitario



Regione
 Lombardia
 ASST Gaetano Pini



Nonostante le attenzioni e le procedure , si può inciampare !!!



Il risultato auspicato di un intervento chirurgico, può venir meno anche se non si ravvisa nessun tipo di colpa, o errore tecnico (sanitario o organizzativo).

L'evento avverso (la lesione) può verificarsi per circostanze imprevedibili .
In questo caso parliamo di "**non negligence**" in quanto l'evento avverso e le sue conseguenze sono legati al **rischio intrinseco della procedura (chirurgica)**

Purtroppo anche in molti di questi casi, il chirurgo rimane sempre il principale obbiettivo delle richieste risarcitorie



Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico
Gaetano Pini-CTO

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia
ASST Gaetano Pini



HAI SEQUITO LE LINEE GUIDA?



META-ANALISI

HAND/PERIPHERAL NERVE

Litigation in Hand Surgery: A 30-Year Review

Sarah E. Sasor, M.D.
 Kevin C. Chung, M.D., M.S.
 Milwaukee, Wis.; and Ann Arbor, Mich.

Background: Although hand surgery is generally safe and effective, some patients experience complications or poor outcomes prompting them to seek compensation. This study reviews malpractice claims in hand surgery using a national data set to assess reasons for litigation and identify predictors of outcome.

Methods: The Westlaw database was queried for cases related to hand surgery and medical malpractice between 1989 and 2018. Jury verdicts and settlements were reviewed for relevance, and variables including plaintiff and defendant demographics, diagnosis, alleged reason for malpractice, verdicts, and payouts were recorded.

Results: Four hundred thirty relevant claims were identified. Distal radius fractures (21 percent), carpal tunnel syndrome (14 percent), and tendon lacerations (6 percent) were the most common diagnoses. Alleged reasons for malpractice included failure to diagnose/treat (34 percent), surgical negligence (29 percent), and improper procedure/treatment (19 percent). Thirty-six cases (8 percent) resulted in settlement for a mean payout of \$551,957. A plaintiff verdict was reached in 98 cases (25 percent of trials), with a mean payout of \$832,258. The remaining 296 cases (75 percent of trials) resulted in defendant verdicts (no payout). Plaintiff age, plaintiff sex, defendant sex, and defendant degree had no impact on trial outcome. Cases involving surgeons without subspecialty certification in hand surgery were significantly more likely to result in plaintiff verdicts (27 percent versus 7 percent with hand subspecialization; $p = 0.003$).

Conclusions: This study reviews malpractice claims in hand surgery over the past 30 years. Providing timely diagnoses, managing expectations, and reducing procedural error may decrease the risk of litigation. (*Plast. Reconstr. Surg.* 146: 430e, 2020.)

studio pubblicato su **Plastic & Reconstructive Surgery** nell'ottobre 2020 ha dettagliato i risultati di casi di **negligenza medica e chirurgia della mano dal database Westlaw di Thomson Reuters.**

(Westlaw contiene documenti giudiziari provenienti da oltre 40.000 database legali statunitensi, ma la segnalazione è facoltativa e a discrezione dei singoli giudici e dei sistemi giudiziari.)

Analisi di 430 casi dal 1989 al 2019.

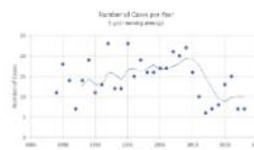
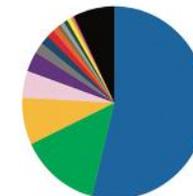


Fig. 1. Number of cases per year.



Fig. 2. Heat map (green to red color scale) showing geographic distribution of cases, adjusted per state population. Yellow to red represents the same group (lowest number of cases per population, red, highest number of cases per population).

Physician Specialties



- Orthopedic Surgery (53.9%)
- Plastic Surgery (14%)
- Emergency Medicine (7.9%)
- General Surgery (4.5%)
- Family Medicine (3.4%)
- Radiology (1.8%)
- Internal Medicine (1.6%)
- Psychiatry (1.4%)
- Neurosurgery (0.9%)
- Dermatology (0.7%)
- Rheumatology (0.7%)
- Neurology (0.7%)
- Anesthesiology (0.7%)
- Pediatrics (0.5%)
- Pathology (0.2%)
- Unknown (7.2%)

Fig. 3. Physician defendant specialties.

Table 1. Award Payouts for Plaintiff Verdicts

| Primary Alleged Reason for Malpractice | No. of Plaintiff Verdicts | Mean | Minimum | Maximum |
|--|---------------------------|-------------|-------------|--------------|
| Hardware malfunction | 1 | \$2,516,885 | \$2,516,885 | \$2,516,885 |
| Lack of informed consent | 4 | \$1,492,700 | \$254,400 | \$4,766,400 |
| Failure to test | 1 | \$1,278,000 | \$1,278,000 | \$1,278,000 |
| Surgical negligence | 31 | \$1,119,366 | \$35,000 | \$11,400,000 |
| Failure to diagnose/treat | 37 | \$795,251 | \$350 | \$7,000,000 |
| Failure to interpret test results | 2 | \$782,500 | \$215,000 | \$1,350,000 |
| Procedure/treatment | 14 | \$638,468 | \$50,000 | \$4,620,000 |
| Failure to refer | 2 | \$603,000 | \$6000 | \$1,200,000 |
| Delayed diagnosis/treatment | 1 | \$525,000 | \$525,000 | \$525,000 |
| Wrong site surgery | 2 | \$518,750 | \$12,000 | \$1,025,500 |
| Postoperative monitoring | 2 | \$228,000 | \$54,000 | \$402,000 |
| Failure to inform | 1 | \$87,100 | \$87,100 | \$87,100 |



META-ANALISI

HAND/PERIPHERAL NERVE

Litigation in Hand Surgery: A 30-Year Review

Dall'analisi dei casi (430) di negligenza medica o chirurgica riguardanti patologie della mano, del polso e dei tessuti molli degli arti superiori tra il 1989 e il 2019 , è emerso che :

I casi che coinvolgevano **chirurghi senza certificazione di iperspecializzazione /master in chirurgia della mano** avevano una probabilità significativamente maggiore di ricevere querele e verdetti a favore del querelante (27% contro il 7%)

Le accuse di negligenza ::

mancata diagnosi/trattamento (34%)

negligenza chirurgica (29%)

procedura/trattamento improprio (19%)

mancanza di consenso informato (5%)

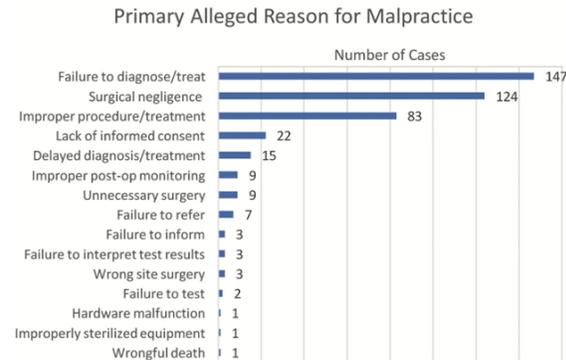


Fig. 4. Primary alleged reason for malpractice.

Quasi la metà (46%) dei ricorrenti ha affermato di aver avuto bisogno di un **ulteriore intervento chirurgico** a seguito del trattamento iniziale.



META-ANALISI

Plastic and Reconstructive Surgery • October 2020

Table 2. Most Common Diagnoses* with Trial Outcome and Reason for Alleged Malpractice†

| Diagnosis at Presentation | No. of Cases (%) | No. of Patients Who Underwent Surgery/ Procedure (%) | Outcome | | | Settlement | Plaintiff Verdict | Most Common Reason for Alleged Malpractice (%) |
|-------------------------------|------------------|--|------------------------------------|-----------------|-------------------|----------------|-------------------|--|
| | | | Settlement/ Arbitration/ Mediation | Defense Verdict | Plaintiff Verdict | Mean Payout | Mean Payout | |
| Elective | | | | | | | | |
| Carpal tunnel syndrome | 50 (11.6) | 49 (98) | 3 | 31 | 16 | \$346,666.67 | \$521,517.36 | Surgical negligence (74) |
| Cubital tunnel syndrome | 7 (1.6) | 7 (100) | 0 | 2 | 5 | — | \$3,453,380.00 | Surgical negligence (57) |
| Ganglion cyst | 13 (3) | 12 (92) | 2 | 9 | 2 | \$47,750.00 | \$23,500.00 | Surgical negligence (62) |
| Trauma | | | | | | | | |
| Crush/degloving/ major trauma | 8 (1.8) | 8 (100) | 1 | 5 | 2 | \$1,000,000.00 | \$2,562,861.00 | Improper procedure/treatment (38) |
| Amputation, finger | 11 (2.5) | 10 (91) | 3 | 5 | 3 | \$226,333.33 | \$528,333.33 | Failure to diagnose/treat (45) |
| Fracture | | | | | | | | |
| Finger | 17 (3.9) | 7 (41) | 2 | 8 | 7 | \$64,647.00 | \$340,928.57 | Improper procedure/treatment (47) |
| Metacarpal | 7 (1.6) | 3 (43) | 0 | 7 | 0 | — | — | Failure to diagnose/treat (57) |
| Scaphoid | 12 (2.7) | 4 (33) | 0 | 11 | 1 | — | \$2,000,000.00 | Failure to diagnose/treat (92) |
| Distal radius | 91 (21.1) | 35 (38) | 5 | 70 | 16 | \$338,750.00 | \$825,341.18 | Failure to diagnose/treat (35) |
| Laceration | | | | | | | | |
| Finger | 9 (2) | 5 (56) | 1 | 5 | 3 | \$350,000.00 | \$563,000.00 | Improper procedure/treatment (44) |
| Hand | 13 (3) | 4 (31) | 1 | 9 | 3 | \$60,000.00 | \$685,333.33 | Failure to diagnose/treat (69) |
| Arm | 6 (1.3) | 3 (50) | 0 | 6 | 0 | — | — | Failure to diagnose/treat (50) |
| Tendon laceration | | | | | | | | |
| Digital flexor | 6 (1.3) | 3 (50) | 0 | 5 | 1 | — | \$54,000.00 | Failure to diagnose/treat (50) |
| Digital extensor | 4 (0.9) | 2 (50) | 1 | 1 | 2 | \$7500.00 | \$676,500.00 | Failure to diagnose/treat (25) |
| Unspecified | 9 (2) | 5 (56) | 1 | 6 | 2 | \$100,000.00 | \$193,550.00 | Surgical negligence (44) |
| Neoplasm | | | | | | | | |
| Skin lesion | 9 (2) | 8 (89) | 1 | 4 | 4 | \$350,000.00 | \$1,238,585.50 | Improper procedure/treatment (56) |
| Soft-tissue mass | 6 (1.3) | 6 (100) | 1 | 1 | 4 | \$1,750,000.00 | \$612,987.00 | Surgical negligence (66) |

*More than five claims.

†Percentages based on 430 total cases.

Le diagnosi più comuni nei casi giudiziari sono state
 fratture del radio distale (21,1%)
 sindrome del tunnel carpale (11,6%)
 Ferite della mano (3%)
 Lesioni dei tendini flessori (1,3%).



Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico
 Gaetano Pini-CTO



Regione
 Lombardia
 ASST Gaetano Pini



META-ANALISI

Surgery Article

Malpractice Litigation in Hand Surgery: A Comprehensive Nationwide Analysis

Erica Umriarrez¹, Erin Ohliger², Joseph P. Scollan²



HAND
1-5
© The Author(s) 2021
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/1558944721998007
journals.sagepub.com/home/HAN

Table 1. Reported Types of Damages Allegedly Caused by Surgeon Negligence in Hand and Wrist Surgery.

| Damage type | No. of cases | Percentage |
|-----------------------------------|--------------|------------|
| Nerve injury | 81 | 47.37 |
| Multiple reasons given | 50 | 29.24 |
| Weakness | 25 | 14.62 |
| Infection | 19 | 11.11 |
| Fracture malunion | 17 | 9.94 |
| RSD/CRPS | 15 | 8.77 |
| Contracture or general stiffness | 14 | 8.19 |
| Tendon or ligament injury | 11 | 6.43 |
| Claw hand | 7 | 4.09 |
| Amputated finger | 6 | 3.51 |
| Unresolved carpal tunnel syndrome | 4 | 2.34 |
| Incorrect procedure | 3 | 1.75 |
| Wrong-site surgery | 3 | 1.75 |
| General pain | 3 | 1.75 |
| Fracture nonunion | 3 | 1.75 |
| Amputated hand | 2 | 1.17 |
| Vascular injury | 2 | 1.17 |
| Other | 16 | 9.36 |

Note. Percentage indicates number of cases in which the type of damage was cited. In total, there were 50 cases (29%) that cited multiple reasons for damage classifications. RSD = reflex sympathetic dystrophy; CRPS = complex regional pain syndrome.

Database Westlaw di Thomson Reuters (1985-2017)

Sono stati selezionati 171 casi di «richiesta risarcitoria» di cui
124 (72,5%) conclusi con verdetto a favore del la difesa (chirurgo)
37 (21%) a favore del querelante (paziente)
10 (5,9%) con un accordo transattivo.

Di questi 47 casi

- **46,8% decompressione del nervo mediano**

- **19,1% sintesi di fratture**

10% riparazione tendinee

6,4% asportazioni di neoformazioni

Nella chirurgia del tunnel carpale, la **lesione del nervo** è stata la causa più comune di danno citata nel 74,1% dei casi seguita da debolezza (18,5%) e RSD/CRPS (11,1%).

Nella **chirurgia delle fratture**, la **malconsolidazione** rappresentava quasi la metà delle cause per negligenza (45,7%), seguito da debolezza (20%), lesioni nervose (14,3%) e infezioni (14,3%).



Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico
Gaetano Pini-CTO

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Gaetano Pini

Wirst MALUNION

SCIENTIFIC ARTICLE

Malpractice in Distal Radius Fracture Management: An Analysis of Closed Claims

Peter H. DeNoble, MD, Astrid C. Marshall, BA, O. Alton Barron, MD,
Louis W. Catalano III, MD, Steven Z. Glickel, MD

TABLE 6. Reported Clinical Outcomes Leading to Suit

| | Number of Cases |
|----------------------------------|-----------------|
| Malunion | 63/65 |
| Clinical deformity | 60/65 |
| Loss of function/range of motion | 60/65 |
| Pain | 50/65 |
| Carpal tunnel syndrome | 16/65 |
| Post-traumatic arthritis | 12/65 |
| CRPS | 10/65 |
| Ulnocarpal impaction | 10/65 |
| DRUJ instability | 7/65 |
| DRUJ crepitus | 3/65 |
| Nonunion | 2/65 |

Sixty-five out of 70 cases examined had complete clinical outcomes data.

CRPS, complex regional pain syndrome.

La causa più frequente di contenzioso nel **trattamento delle fratture di radio distale** (conservativo o chirurgico) è per MALUNION (malconsolidazione)

La letteratura ha dimostrato che i pazienti con fratture di radio distale malconsolidate sono soggetti a deficit funzionali e la perdita delle lunghezze del radio (decalage) è stata identificata come **il fattore più importante che influenza l'esito del trattamento**

SEGNI RADIOGRAFICI DI «DECALAGE» RADIALE



VARIANZA ULNARE

PALMAR TILT



Metacarpal MALUNION

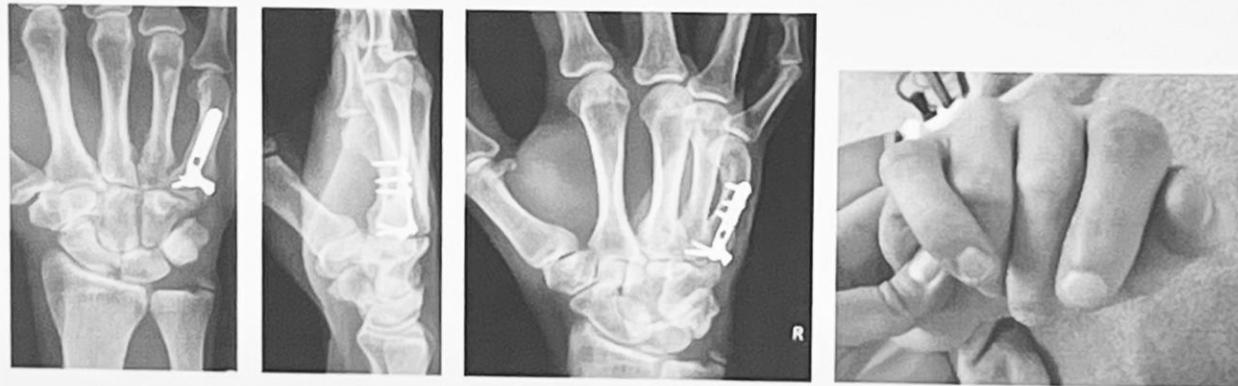
consequences of metacarpal malalignment



2 mm shortening = 7° extension deficit *
10° rotational malalignment = 2 cm
overlapping at the tip of the finger**

*Vahey, J., D. Wegner, et al. (1998). J Hand Surg [Am] 23: 673 - 681

**Seitz, W. and A. Froimson (1988). Hand Clin 4: 529 - 536



Finger MALUNION

468

The Open Orthopaedics Journal, 2012, 6, 468-472

Open Access

Post-Traumatic Malunion of the Proximal Phalanx of the Finger. Medium-Term Results in 24 Cases Treated by “*In Situ*” Osteotomy

Vito Potenza*, Vincenzo De Luna, Pierluigi Maglione, Luca Garro, Pasquale Farsetti and Roberto Caterini

Department of Orthopaedic Surgery, University of Rome Tor Vergata, viale Oxford 81 - 00133 - Rome, Italy

Abstract: We report the clinical and radiographic medium-term results obtained for 20 patients (24 fingers) treated surgically for post-traumatic malunion of the proximal phalanx of the finger. In all cases we performed a corrective osteoclasia or osteotomy at the site of malunion, followed by miniplate and screw fixation or by screw fixation only. The corrective osteoclasia was performed when malalignment was addressed within six weeks after injury. Two patients who had two fractures underwent additional surgery (tenolysis and/or capsulolysis) to improve function and ROM. At the final follow-up, at a mean of 24 months after corrective surgery, good or excellent clinical and radiographic results were obtained in all the patients. The pseudo-claw deformity disappeared in all cases in which a volar angulation deformity was present. An average improvement of about 30% in the range of motion of the MP and PIP joints was observed; only 4 patients complained of mild pain at the maximum degrees of articular excursion of the MP and PIP joints. All the patients presented an improvement in grip strength. The mean DASH score in our series was 5 points. In two of the four cases treated by an intra-articular corrective osteotomy, mild radiographic signs of osteoarthritis at the MP joint were present. The data for this study confirm that “*in situ*” osteotomy stabilized by miniplates and/or screws is an effective procedure to correct post-traumatic malunions of the proximal phalanges of the fingers.

Keywords: Malunion, proximal phalanx of the finger, corrective osteotomy of malunion, osteoclasia, pseudo-claw deformity, miniplate and screw fixation.



Abraham Colles

2-4!Ñ ā \$! . . / 0/2- ! .%. 4%



1773--1843

“One consolation only remains, that the limb will at **some remote period** again enjoy **perfect freedom** in all its motions, and be **completely exempt from pain**; the **deformity, however, will remain** undiminished throughout life.”

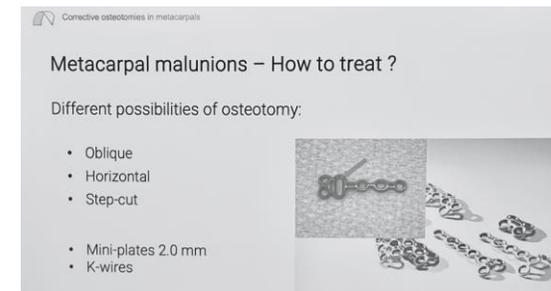


E' RACCOMANDATO

RICONOSCERE
TEMPESTIVAMENTE
la malconsolidazione
«**NASCENT MALUNION**»

per poterla trattare nei tempi opportuni e
con opportuni trattamenti :

«**CORRECTIVE SPLINT**»
«**CORRECTIVE OSTEOTOMY**»



E' RACCOMANDATO

CREARE UN COLLOQUIO CON IL PAZIENTE
CHE INIZIA CON UN'ACCURATA
ANAMNESI



Uno studio dimostra che le diverse modalità di rapporto attivano processi, e differenti circuiti cerebrali. Un passo importante per capire quanto l'empatia possa influenzare il successo di un trattamento.

QUANDO LA PATOLOGIA LO CONSENTE,
PROPORRE UN **MONITORAGGIO CLINICO**, CHE
SERVA A CREARE
EMPATIA
CON IL PAZIENTE

MAGGIOR **COMPLIANCE**



RIDUZIONE DI DENUNCE PER **MALPRACTICE**



Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico
Gaetano Pini-CTO

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia
ASST Gaetano Pini



CONCLUSIONI

L'esigenza di indirizzare i comportamenti medici attraverso **linee guida e indirizzi diagnostico-terapeutici** nasce da molteplici ragioni

il fenomeno della variabilità della pratica clinica,
la crisi di credibilità della professione medica e dei servizi sanitari,
la forte necessità di miglioramento della qualità dell'assistenza e
la razionalizzazione delle risorse disponibili per la spesa sanitaria in costante crescita.



Il coraggio non basta....



Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico
Gaetano Pini-CTO

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Gaetano Pini



CONCLUSIONI



SOCI

SICM - Società Italiana di Chirurgia della Mano

La Commissione **Linee Guida della Società Italiana di Chirurgia della Mano**

Ha ritenuto opportuno produrre delle **raccomandazioni pratiche** per un percorso diagnostico-terapeutico con un **adeguato supporto scientifico**, senza tuttavia costruire linee guida che sarebbero fruibili solo da centri superspecialistici e di nicchia, ma rispettando, la differente preparazione e specificità dei diversi colleghi e le potenzialità dei loro punti di lavoro, in modo da disporre di un sistema valido a tutela dell'operato chirurgico anche da un **punto di vista medico legale**.

Linee guida

Linee guida generali

Obiettivi

Linee guida generali per la SICM - Società Italiana di Chirurgia della Mano

Linee guida generali per la SICM - Società Italiana di Chirurgia della Mano

Linee guida generali per la SICM - Società Italiana di Chirurgia della Mano

Linee guida generali per la SICM - Società Italiana di Chirurgia della Mano

Linee guida generali per la SICM - Società Italiana di Chirurgia della Mano

Linee guida generali per la SICM - Società Italiana di Chirurgia della Mano

Linee guida generali per la SICM - Società Italiana di Chirurgia della Mano

Linee guida generali per la SICM - Società Italiana di Chirurgia della Mano

Linee guida specifiche

Linee guida specifiche per la SICM - Società Italiana di Chirurgia della Mano

Linee guida specifiche per la SICM - Società Italiana di Chirurgia della Mano

Linee guida specifiche per la SICM - Società Italiana di Chirurgia della Mano

Linee guida specifiche per la SICM - Società Italiana di Chirurgia della Mano

Linee guida specifiche per la SICM - Società Italiana di Chirurgia della Mano

Linee guida specifiche per la SICM - Società Italiana di Chirurgia della Mano

Linee guida specifiche per la SICM - Società Italiana di Chirurgia della Mano

Linee guida specifiche per la SICM - Società Italiana di Chirurgia della Mano

Linee guida specifiche per la SICM - Società Italiana di Chirurgia della Mano

Linee guida specifiche per la SICM - Società Italiana di Chirurgia della Mano

Linee guida specifiche per la SICM - Società Italiana di Chirurgia della Mano

Linee guida specifiche per la SICM - Società Italiana di Chirurgia della Mano

Linee guida specifiche per la SICM - Società Italiana di Chirurgia della Mano

Linee guida specifiche per la SICM - Società Italiana di Chirurgia della Mano

Linee guida specifiche per la SICM - Società Italiana di Chirurgia della Mano

Linee guida specifiche per la SICM - Società Italiana di Chirurgia della Mano

Linee guida specifiche per la SICM - Società Italiana di Chirurgia della Mano

Linee guida specifiche per la SICM - Società Italiana di Chirurgia della Mano

Linee guida specifiche per la SICM - Società Italiana di Chirurgia della Mano

Linee guida specifiche per la SICM - Società Italiana di Chirurgia della Mano

Linee guida specifiche per la SICM - Società Italiana di Chirurgia della Mano

Linee guida specifiche per la SICM - Società Italiana di Chirurgia della Mano

Linee guida specifiche per la SICM - Società Italiana di Chirurgia della Mano

Linee guida specifiche per la SICM - Società Italiana di Chirurgia della Mano

Linee guida specifiche per la SICM - Società Italiana di Chirurgia della Mano

Linee guida specifiche per la SICM - Società Italiana di Chirurgia della Mano

Linee guida specifiche per la SICM - Società Italiana di Chirurgia della Mano

Linee guida specifiche per la SICM - Società Italiana di Chirurgia della Mano

Linee guida specifiche per la SICM - Società Italiana di Chirurgia della Mano

Linee guida specifiche per la SICM - Società Italiana di Chirurgia della Mano

Linee guida specifiche per la SICM - Società Italiana di Chirurgia della Mano

Linee guida specifiche per la SICM - Società Italiana di Chirurgia della Mano

Linee guida specifiche per la SICM - Società Italiana di Chirurgia della Mano

Linee guida specifiche per la SICM - Società Italiana di Chirurgia della Mano

Linee guida specifiche per la SICM - Società Italiana di Chirurgia della Mano

Linee guida specifiche per la SICM - Società Italiana di Chirurgia della Mano

Linee guida specifiche per la SICM - Società Italiana di Chirurgia della Mano

Linee guida specifiche per la SICM - Società Italiana di Chirurgia della Mano

Linee guida specifiche per la SICM - Società Italiana di Chirurgia della Mano

Linee guida specifiche per la SICM - Società Italiana di Chirurgia della Mano

Linee guida specifiche per la SICM - Società Italiana di Chirurgia della Mano

Linee guida specifiche per la SICM - Società Italiana di Chirurgia della Mano

Linee guida specifiche per la SICM - Società Italiana di Chirurgia della Mano

Linee guida specifiche per la SICM - Società Italiana di Chirurgia della Mano

Linee guida specifiche per la SICM - Società Italiana di Chirurgia della Mano

Linee guida specifiche per la SICM - Società Italiana di Chirurgia della Mano



Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico
Gaetano Pini-CTO

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Gaetano Pini



DOMANDA alla PLATEA :



In mancanza di linee guida italiane, potremmo avvalerci di linee guida certificate europee o extra-europee, anche in ambito medico-legale?

The screenshot displays the NICE (National Institute for Health and Care Excellence) website. The main navigation bar includes 'Guidance', 'Standards and indicators', 'Life sciences', 'British National Formulary (BNF)', 'British National Formulary for Children (BNFC)', 'Clinical Knowledge Summaries (CKS)', and 'About'. A search bar and a 'Sign in' button are also visible. The main content area features a large banner for 'Fractures (complex): assessment and management', a 'Browse guidance' button, and a section for 'Accreditation' with the NICE logo and the URL 'www.nice.org.uk/accreditation'. Other visible titles include 'Delayed primary amputation', 'Orthopedic centre', 'Wound excision', 'Hand allotransplantation', and '15 Training and skills'.



TREDICESIMO CONVEGNO DI TRAUMATOLOGIA CLINICA E FORENSE

20° Corso di Ortopedia, Traumatologia e Medicina Legale

LE LESIVITÀ IN ORTOPEDIA, COMPLESSITÀ CLINICA IN
PATOLOGIE ORTOPEDICHE E IN RIABILITAZIONE:
DAL PLANNING PREOPERATORIO ALLA STABILIZZAZIONE.
IL COMPLESSO RAPPORTO
FRA RISARCIMENTO E INDENNIZZO.
LEGGE GELLI-BIANCO: RESPONSABILITÀ VECCHIE E
NUOVE NELL'ACCERTAMENTO DELLA COLPA MEDICA



Presidenti

F.M. Donelli, M. Gabrielli, G. Varacca

24-25 Novembre 2023

Palazzo dei Congressi - Salsomaggiore Terme (PR)



Dr. Pierluigi Tos
Dr.ssa Matilde Cacianti
Dr. Vittorio Cefalo
Dott.ssa Valentina Cecconato
Dr. Alessandro Crosio
Dr. Sergio De Santis
Dr. Francesco Locatelli
Dr. Mauro Magnani
Dr.ssa Letizia Marenghi
Dr.ssa Simona Odella
Dr.ssa Maria Grazia Zecca
Dr.ssa Fabiana Zura Puntaroni



Pierluigi Tos

Hand Surgery and Reconstructive

Microsurgery Department

ASST Gaetano Pini – CTO – Milano

pierluigi.tos@asst-pini-cto.it



Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico
Gaetano Pini-CTO

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Gaetano Pini