

Il dolore toracico è una delle motivazioni più frequenti per gli accessi in PS e, di contro, si tratta di una patologia di cui non è sempre facile giungere a una diagnosi di certezza in tempi brevi. Questo, dei tempi brevi concessi dall'organizzazione delle strutture ospedaliere, è un ulteriore fattore di difficoltà per gli operatori del PS assieme alla pressione sulla cosiddetta congruità dei ricoveri.

Gli errori sono molteplici: i più frequenti sono legati alla inadeguatezza della raccolta anamnestica, all'errata interpretazione dell'ECG (ma il 50% degli IMA non presenta alterazioni tipiche all'ECG nella fase iniziale), all'eccessiva enfasi posta agli esami di laboratorio e, per contro, al mancato controllo nel tempo degli stessi.

Esistono linee guida per il management del dolore toracico in PS che sono sicuramente di aiuto per il medico, ma come è noto la loro applicazione al singolo paziente ischemico può risultare difficile non solo per la variabilità individuale, ma anche per l'incertezza che ancora regna su alcune questioni come il ruolo della trombolisi nel dolore toracico o ancora l'attendibilità di alcune indagini diagnostiche (scintigrafia, coronaro-TC, angio-RM).

Proprio partendo dall'esame delle linee guida redatte nel 2002 dalla Task Force della Società Europea di Cardiologia gli autori esaminano i possibili profili di colpa delle varie figure professionali che in varie fasi e a vario titolo sono attive nel processo diagnostico. Nell'iter diagnostico del dolore toracico, infatti, molto spesso intervengono altri specialisti venendosi a configurare un lavoro di équipe e in caso di errore o colpa ciascuna delle persone coinvolte soggiace alle pene stabilite per l'evento colposo secondo il cosiddetto principio dell'affidamento.

S. Fontana

Evidenze medico-legali in tema di dolore toracico*

F.M. Cascino, M. Grillo, S. Zerbo, S. Cocuzza,[§] A. Argo, P. Procaccianti

Dipartimento di Biotecnologie Mediche e Medicina Legale, Sezione di Medicina Legale, Università degli Studi di Palermo

[§]Presidente Nazionale AICAF (Associazione Italiana Cardiologia Forense)

INTRODUZIONE

Una delle più frequenti cause d'accesso alle aree di Pronto Soccorso è il dolore toracico (DT) [si stima che rappresenti il 6-10% di tutte le diagnosi effettuate nel Dipartimento di Emergenza, DEA].¹ Questo è un vero e proprio "paradosso" medico, poiché è noto che il 2,1% dei dimessi dal PS manifesta successivamente un infarto miocardico acuto (IMA)² di cui il 17,4% presenta elevata mortalità a un anno; il 50% dei pazienti che vanno in DEA con DT tipico non ha un infarto miocardico acuto³ e il 50% dei pazienti con IMA non presenta nell'immediato anomalie elettrocardiografiche.⁴

Alle evidenti notevoli difficoltà legate al raggiun-

gimento di una diagnosi di certezza si correlano numerose cause giudiziarie per malpractice medica: nel solo Massachusetts, ad esempio, nel periodo compreso tra il 1975 e il 1993 sono stati liquidati 10 milioni di dollari in seguito a sentenze sfavorevoli per il sanitario nelle aree di emergenza.⁵ Gli errori più frequentemente addebitati sono legati a mancata o inidonea raccolta/registrazione dell'anamnesi, errata interpretazione dell'ECG, mancato riconoscimento di sintomi atipici, riluttanza nel ricoverare pazienti con sintomi vaghi,

*Relazione presentata all'XI congresso FADOI - Sicilia "Governare la complessità clinica", Corso pregressuale sul Dolore Toracico - Palermo, 12 aprile 2007

sconsiderato uso dell'evidenza laboratoristica, inadeguata esperienza e preparazione professionale.⁶

Questi dati rendono conto della necessità di confermare o escludere rapidamente la diagnosi per raggiungere due scopi solo all'apparenza opposti: la salute del cittadino e il contenimento dei costi, in conformità con la strada intrapresa dalla moderna medicina. Per meglio districarsi entro questa duplice esigenza, sono state create specifiche linee guida per il management del DT in regime di PS.⁷ Le linee guida, infatti, forniscono una comoda mappa, accorciando tempi e costi e incrementando il numero di ricoveri/dimissioni adeguati; tuttavia, il loro incongruo utilizzo può esporre di per sé il medico a profili di responsabilità professionale.

Scopo del presente contributo è evidenziare le varie forme di responsabilità, anche nei riguardi delle differenti figure professionali coinvolte nella gestione del dolore toracico acuto, prospettando infine alcune possibili soluzioni alla controversa problematica, alla luce delle attuali evidenze medico-legali e delle emergenti prospettive della dottrina giuridica.

PROFILI DI RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

Il principio che anima la responsabilità del sanitario trova fondamento nell'articolo 40 del codice penale (cp), che così recita: "Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se l'evento dannoso o pericoloso, da cui dipende l'esistenza del reato, non è conseguenza della sua azione od omissione. Non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo". Il clinico dunque risponde di responsabilità professionale in tema di DT, quando sia determinata e accertata la presenza di *errore*, *danno* e *nesso di causalità* tra l'azione od omissione del sanitario e il danno provocato. L'art. 43 cp mette in risalto l'elemento psicologico del reato, distinguendo quello *doloso* ("... dall'agente preveduto e voluto come conseguenza della propria azione od omissione") da quello *preterintenzionale* ("... dall'azione od omissione deriva un evento dannoso più grave di

quello voluto dall'agente") e da quello *colposo* ("... quando l'evento, anche se preveduto, non è voluto dall'agente e si verifica a causa di negligenza o imprudenza o imperizia, ovvero per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline"). In ambito sanitario, il clinico risponde delle prime due fattispecie di errore solo quando agisce in assenza del consenso del paziente, evenienza che esula dalla nostra trattazione.

In tema di dolore toracico, invece, l'errore più spesso prefigurato è quello colposo. In merito, l'art. 43 sopra citato consente di discriminare tra colpa generica e colpa specifica; la prima è quella che attiene all'inosservanza delle tre predette comuni regole di condotta. *Negligenza* è sinonimo di trascuratezza, insufficiente attenzione e ricorre in caso di scarso impegno, dimenticanza, svoglianità, superficialità (ad es., in caso di mancata diagnosi di infarto del miocardio in presenza di ECG negativo o sintomatologia atipica, o in seguito a singolo dosaggio dei marker di danno miocardico, o dopo anamnesi e/o esame obiettivo poco accurati);⁸ *imprudenza* è l'omissione di dovute cautele, e ha luogo in caso di avventatezza, eccessiva precipitazione, scarsa considerazione per gli interessi del paziente (non rivalutare adeguatamente le condizioni del paziente, nel caso in cui si verifichi successivamente un infarto); *imperizia* è la mancanza di cultura professionale o di abilità tecnica o di esperienza specifica, necessarie per l'esercizio della professione medica (nell'esempio precedente, quando il sanitario interpreta scorrettamente l'ECG o omette la richiesta di ECG e/o marker, ovvero non diagnostica un IMA in presenza degli elementi che lo consentano). Secondo la definizione del Carnelutti "è prudente chi, conoscendo i risultati dell'esperienza, è in grado di agire prevedendo l'evento che deriva dall'azione; è perito chi, oltre a sapere, sa fare; ed è diligente chi opera con amore evitando le distrazioni e le mancanze".

La colpa specifica è quella dovuta non tanto all'inosservanza di regole di comune esperienza, bensì di specifiche disposizioni ("leggi, regolamenti, ordini, discipline") di provenienza sia dall'autorità pubblica sia da quella privata, sia di carattere generale sia di carattere particolare.

Si inserisce qui, in prospettiva, il ruolo assunto

dalle linee guida nella dicotomia tra colpa generica e colpa specifica: esse guidano il giudizio circa l'adeguatezza della condotta sotto il profilo dell'accertamento del "potere scientifico di impedire l'evento".⁹

Le linee guida sono indicazioni stilate dalle comunità scientifiche, il cui fine è quello di indirizzare il sanitario verso un preciso iter diagnostico-terapeutico. In questo modo il professionista può contare sulle più recenti acquisizioni della scienza medica, perfezionando di conseguenza la propria condotta durante la pratica clinica. Evidenti sono i vantaggi derivati dall'utilizzo delle linee guida, che consentono un continuo e meticoloso aggiornamento del sanitario e un più efficiente management di molte situazioni cliniche, con riduzione delle percentuali di mortalità e morbidità dei pazienti, ottimizzando anche le risorse e i costi di gestione sanitaria; tuttavia, l'impostazione stessa delle linee guida mortifica la libertà e lo spirito d'iniziativa del medico, ridotto a eseguire meccanicamente il dettato di questi supporti (impostati valutando il caso generale, mal adattandosi talora al caso concreto), che peraltro spesso vengono redatti e finanziati sotto l'egida di specifiche case farmaceutiche¹⁰ ed esaltando prodotti dello sponsor, inficiando così il valore stesso di questi lavori. Considerare allora le linee guida come schemi di comportamento protocollari farebbe sì che ogni lieve scostamento da ciò che viene considerato come comportamento ideale costituisca terreno fertile per l'attribuzione di profili di colpa.

Tuttavia, si impone un chiarimento concettuale: Buccelli e Policino¹¹ distinguono chiaramente le linee guida ("raccomandazioni di comportamento clinico prodotte attraverso un processo sistematico, allo scopo di assistere medici – e anche pazienti che devono esprimere il loro consenso – nel decidere quali siano le modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche") dai protocolli ("predefiniti e rigidi schemi di comportamento diagnostico e terapeutico [...] che senza possibilità di legittima deroga, se non in caso di pericolo, delimita la potestà operativa del medico"). La differenza sostanziale fra i due termini si riscontra nella modalità di applicazione degli stessi giacché, mentre le linee guida sono *raccomandazioni*, da eseguire valutando nel caso concreto quale sia la

pratica diagnostico-terapeutica migliore da utilizzare, i protocolli hanno un carattere meramente *impositivo*, da cui non ci si deve assolutamente discostare, se non in casi di effettivo pericolo.

La conseguenza più immediata di questa distinzione è che il discostarsi dai dettami delle linee guida non può e non deve essere considerato come colpa specifica in sede processuale.

Ma vi è anche un'altra considerazione da operare, che è quella relativa alla tipologia del paziente, alla disponibilità di strutture di diagnosi e cura, nonché alla presentazione del caso clinico in considerazione.

L'errore in medicina esisterà sempre perché al momento, malgrado gli sforzi di "catalogazione" della patologia ischemica, non si è, invece, nelle condizioni di catalogare il "paziente" ischemico o ritenuto tale.

Le linee guida prendono in considerazione, generalmente, il caso "medio" o, al massimo, le principali devianze dalla media e non includono le cosiddette "circostanze di fatto" e i "fattori alternativi" che intervengono nella filiera diagnostico-terapeutica della gestione del paziente con DT.

È noto, infatti, come la collaborazione del paziente, la disponibilità di mezzi non uniforme dal punto di vista territoriale, la situazione viaria, la presenza di coesistenza o concorrenza patologica, le caratteristiche biologiche del singolo soggetto, l'ampia variabilità di risposta alle cure e ai trattamenti, l'imprevedibilità evolutiva della cardiopatia ischemica possano rendere non applicabili *tout court* le linee guida o, quanto meno, rendere l'esperienza scientifica "basata sulle evidenze" meno efficace su quel singolo paziente.

È ovvio che ciò avrà delle ricadute non indifferenti sulla sussistenza e valutazione della colpa in caso di danno alla persona, diluendo il peso del nesso di causalità.

L'entusiasmo iniziale riservato alle linee guida scientifiche, diretta dipendenza del criterio di probabilità statistica, è andato via via scemando, lasciando il posto al criterio di probabilità logica allorché si dimostrò che ogni caso è un caso a sé e che nell'ammettere la derivazione causale era necessaria non solo l'evidenza scientifica attuale (leggi scientifiche e statistiche), ma anche la comune esperienza pratica del

medico, le circostanze di fatto e l'esclusione di fattori alternativi in grado di "gestire" il caso in maniera diversa. Derivazione diretta del citato ragionamento è quella di pervenire a una causalità "provata" oltre ogni ragionevole dubbio e non per mero calcolo delle possibilità statistiche.

In tema di dolore toracico, le linee guida attualmente in uso sono quelle redatte nel 2002 dalla Task Force creata dalla Società Europea di Cardiologia⁷ al fine sia di ridurre l'attuale elevata mortalità extraospedaliera da arresto cardiaco, sia di escludere rapidamente le condizioni benigne. Il "modello a cinque porte" descritto in questo documento (il paziente, il medico di medicina generale, la centrale di invio del soccorso, l'ambulanza e l'ospedale) ci permette di evidenziare i vari passaggi assistenziali nella gestione più consona del paziente con DT, sia esso inviato dal medico di medicina generale, trasportato tramite ambulanza dal 118 o pervenuto autonomamente in PS; l'erroneo o fallace management del soggetto potrebbe, a seguito di attenta valutazione medico-legale, generare eventuali profili di colpa nei riguardi dei sanitari che hanno in carico il paziente nelle diverse fasi dell'iter diagnostico-terapeutico.

Primo fondamentale step nella gestione di colui che afferrisce al PS è il *Triage*: questo consiste nella iniziale valutazione del paziente, effettuata da personale infermieristico addestrato a identificare le diverse condizioni cliniche correlate al rischio di vita; il suo obiettivo è ridurre sensibilmente i ritardi diagnostici e terapeutici che influiscono negativamente sulla prognosi. Figura fondamentale in questo passaggio è dunque quella dell'infermiere professionale, il quale, in seguito ad anamnesi ed esame obiettivo (valutazione obiettiva di parametri vitali quali colorito cutaneo, temperatura corporea, eventuale sudorazione, livello di coscienza), dà un giudizio di gravità clinica, assegnando a ogni paziente un codice colorato che determinerà la priorità d'intervento. Quindi, l'infermiere non fa né diagnosi né terapia, né decide per un eventuale ricovero, ma esprime esclusivamente un giudizio in base all'obiettività clinica.

Generalmente, in caso di DT (che si proietta per convenzione nella regione corporea tra naso e linea ombe-

licale traversa) il *codice rosso* viene assegnato in caso di compromissione di uno degli elementi del tripode vitale, garantendo un accesso immediato in PS; il *codice giallo* – DT insorto nelle 12 ore precedenti l'arrivo in PS (in atto o regredito), non riferibile a trauma pregresso o ad altre cause identificabili – consente l'accesso entro 10 minuti e rivalutazione ogni 5-10 minuti; il *codice verde* – DT manifestatosi entro le 36 ore precedenti e non in atto, in pazienti con anamnesi cardiovascolare positiva ma obiettività negativa – garantisce l'accesso solo dopo gli altri codici, con una rivalutazione ogni 30-60 minuti. Da ciò si evince che il codice assegnato non rimane immutato, ma la rivalutazione è fondamentale per captare eventuali variazioni cliniche, esponendo l'infermiere di Triage a profili di colpa qualora questa non venga effettuata regolarmente e con diligenza.¹

Dopo la valutazione infermieristica, momento centrale è l'ingresso in ambulatorio, laddove il medico ha l'obbligo di discriminare innanzitutto tra DT cardiogeno e non cardiogeno, definendo rapidamente la probabilità di sindrome coronarica acuta e identificando prontamente i soggetti con più alto rischio di complicanze ischemiche maggiori, stratificando i pazienti attraverso l'uso di algoritmi diagnostici, come quello proposto da Tanzi e Pelliccia per l'ospedale San Camillo di Roma¹² (Figura 1).

Tuttavia, anche seguendo pedissequamente le cosiddette *Critical Pathways*, istituite per migliorare l'aderenza alle linee guida e/o ai protocolli ospedalieri, è bene ricordare che il confine tra dimissione impropria per mancata diagnosi e ricovero inutile rimane molto labile.

Altra figura fondamentale da analizzare è quella del cardiologo consulente ospedaliero: egli ha l'obbligo giuridico di rispettare il rapporto clinico-terapeutico instauratosi con il paziente, non limitandosi a un'inerte anamnesi e un esame obiettivo effettuato unicamente a riposo (che spesso tra l'altro risulta negativo, determinando così un errore nella verità clinica), ma conducendo una visita approfondita, certificando ogni aspetto clinico ("rigorismo obiettivo"): la visita specialistica, infatti, non presenta ampi margini di discrezionalità, ma va solo effettuata nella sua completezza, per cui il venir meno a questo mandato com-

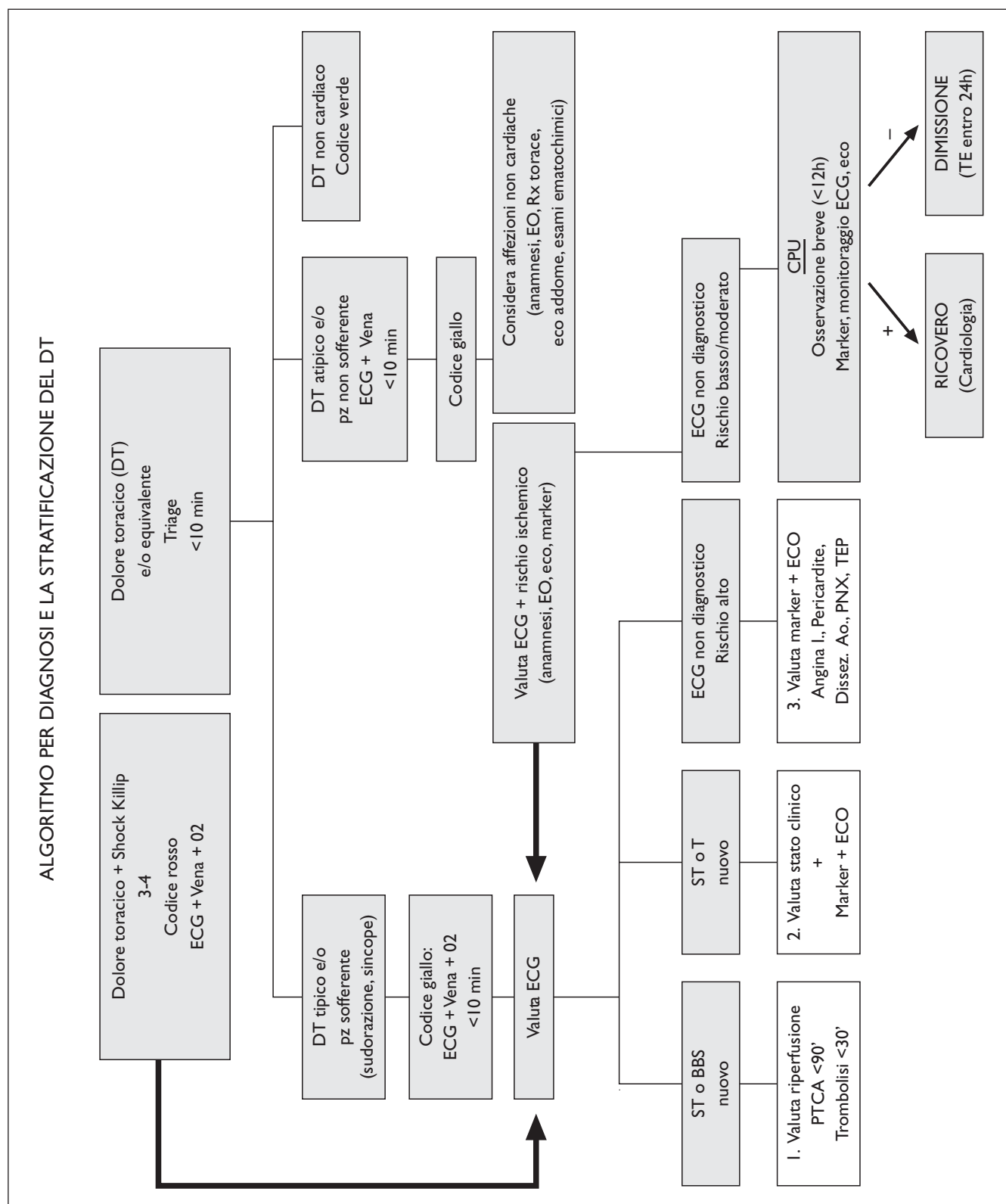


Figura 1. Ipotesi di algoritmo diagnostico per la diagnosi e la stratificazione del dolore toracico (DT). (Modificata da Tanzi P, Pelliccia F.)

porta un profilo di censura della condotta, a prescindere da ogni criterio di probabilità logica in tema di ricostruzione del nesso di causalità.

Altri profili di responsabilità del cardiologo si ravvisano in caso di *omissione di atti d'ufficio* (art. 328 cp), qualora egli ometta di rilasciare la certificazione della visita effettuata, e di *falso ideologico e materiale in atti* (art. 481 e 485 cp), qualora la certificazione risulti erronea, parziale o alterata nella sua parte formale, assunzione parziale di anamnesi ed esame obiettivo e/o mancata indicazione di approfondimenti diagnostici necessari.

Come è facile desumere, allora, l'intervento di figure specialistiche differenti nella gestione del dolore toracico rappresenta un tipico esempio di lavoro d'équipe. Non è possibile dare una precisa definizione di équipe, poiché questa risulta essere una molecola assolutamente decisionale e competente, la cui peculiarità è quella di stabilire autonomamente ciò che è di propria competenza e ciò che non lo è. Essa dunque compie interventi integrati e finalizzati al conseguimento di un obiettivo complesso: risulterà perciò tanto più efficiente quanto più lo saranno i singoli componenti dell'intera squadra. L'art. 113 cp sancisce la *responsabilità nel lavoro di équipe*: "Nel delitto colposo, quando l'evento è stato cagionato dalla cooperazione di più persone, ciascuna di queste soggiace alle pene stabilite per il delitto stesso". In particolare, quindi, punisce l'evento che si sia verificato in maniera colposa, colpendo tutte le figure coinvolte nel suo divenire, secondo il cosiddetto *principio dell'affidamento*.

Recentemente, tuttavia, l'orientamento giurisprudenziale nei confronti del suddetto principio ha subito una rivisitazione critica che si è estrinsecata, tra le altre, nelle sentenze Cass. Pen. Sez. IV 24036/04 e Cass. Pen. Sez. IV 33619/06. In queste si afferma che: "Ogni sanitario è responsabile non solo del rispetto delle regole di diligenza e perizia connesse alle specifiche ed effettive mansioni svolte, ma deve anche conoscere e valutare le attività degli altri componenti dell'équipe, in modo da porre rimedio ad eventuali errori posti in essere da altri, purché siano evidenti per un professionista medio, giacché le varie operazioni effettuate convergono verso un unico risultato finale" (33619/06).

"Ne consegue che ogni sanitario non può esimersi dal conoscere e valutare l'attività precedente o contestuale svolta da altro collega, sia pure specialista in altra disciplina, e dal controllarne la correttezza, se del caso ponendo rimedio o facendo in modo che si ponga opportunamente rimedio ad errori altrui che siano *evidenti e non settoriali* e, come tali, rilevabili ed emendabili con l'ausilio delle *comuni conoscenze scientifiche del professionista medio*" (24036/04).

Si è molto discusso, negli ultimi anni, sulla definizione da attribuire al termine "professionista medio", tenuto conto delle settorializzazioni che sono intervenute in campo medico e specialistico.

Se la medicina, è indubbio, ha fatto degli enormi progressi grazie alle continue ricerche e acquisizioni in campo scientifico, è pur vero che il medico, in generale, si è dovuto "attrezzare" per evitare di essere letteralmente sepolto dalle novità nel campo della ricerca e, contemporaneamente, si è trovato impreparato ad ampliare a dismisura le proprie conoscenze. Conseguenza ineluttabile è stata quella di dedicarsi e interessarsi a particolari settori della medicina, molto spesso ultraspecialistici, perdendo quella visione globale, basilare alla sua formazione e che legittima il suo ruolo di medico.

Questa cultura basilare, essenziale e non altrimenti passibile di oblio è quella che dovrebbe essere la precipua caratteristica culturale del "professionista medio" che, in definitiva, è il sanitario che assume una condotta che la media dei professionisti dotati di analoga preparazione avrebbe adottato nelle circostanze di tempo, modo e luogo del caso clinico in esame.

Quando invece gli errori risultano essere "particolari e settoriali", come quelli specialistici, o "non rilevabili con le comuni conoscenze scientifiche", può valere allora il *principio dell'affidamento*, in base al quale "ciascuno può contare sull'adempimento, da parte degli altri, dei doveri su di essi incombenti".¹³ Questo "significa semplicemente che di regola non si ha l'obbligo di impedire che realizzino comportamenti pericolosi terze persone altrettanto capaci di scelte responsabili".¹⁴

Il principio di affidamento, dunque, poggia sul fatto che ognuno possa consapevolmente confidare nel cor-

retto e diligente operato degli altri. Di conseguenza, in caso di gravi lesioni o di omicidio colposo, da un punto di vista legale assume fondamentale importanza stabilire se l'“errore evidente” sia un “errore comune” in grado di coinvolgere nell'addebito della responsabilità l'intera équipe, oppure sia “particolare o settoriale”, e quindi di pertinenza propria dello specialista che l'ha cagionato. Al primario capo-équipe spetta “una posizione di garanzia, in virtù della quale egli è tenuto non solo a impartire al personale medico e paramedico le adeguate istruzioni per la cura del paziente, ma è tenuto anche a predisporre le opportune misure affinché le proprie istruzioni vengano eseguite”.¹⁵

A completamento dello scenario di generale interesse di DT per i vari professionisti, va considerato che il medico di medicina generale ma anche lo specialista cardiologo del territorio hanno un ruolo precipuo nella gestione del paziente con DT: qualora quest'ultimo si rivolga al proprio medico di famiglia o allo specialista piuttosto che al PS, essi sono tenuti a valutare attentamente l'entità dei sintomi, eventuali irradiazioni e condizioni neurovegetative associate, potenzialmente indicative di condizioni patologiche gravi. Se il medico ipotizza una patologia grave a rischio di vita, non deve perdere tempo nel cercare di formulare una diagnosi, ma deve ottimizzare le condizioni cliniche del paziente, mediante somministrazione di ASA e nitrati a breve azione, morfina, beta-bloccanti (per evitare il sovraccarico cardiaco).⁷

In ambito civilistico, ove la prospettiva è quella “riparatoria” del pregiudizio arrecato al paziente, il panorama dei danni risarcibili va ampliandosi e sfocia – in modo allarmante – nel cosiddetto *danno da perdita di chances*,¹⁶ culminato nella sentenza Cass. Civ. Sez. III, 4400/2004, intendendo per *chance* una “concreta ed effettiva occasione favorevole di conseguire un determinato bene o risultato, non è una mera aspettativa di fatto, ma un'entità patrimoniale a sé stante [...] onde la sua perdita, *id est* la perdita della possibilità consistente di conseguire il risultato utile del quale risulti provata la sussistenza, configura un danno concreto ed attuale”. Viene inoltre specificato che la perdita di *chances* differisce dal non raggiungimento del risultato

poiché “in questo secondo caso la stessa collocazione logico-giuridica dell'accertamento probabilistico attiene alla fase di individuazione del nesso causale, mentre nell'altro caso attiene al momento della determinazione del danno, poiché le chances diventano l'oggetto immediato della perdita, e quindi il fondamento dell'obbligazione risarcitoria”. Ove ricondotta al tema di specifica trattazione (approccio al dolore toracico) è bene precisare che, proprio per la natura assolutamente ambigua del DT, non possa attribuirsi al medico automaticamente un'imperizia per ogni diagnosi mancata o non immediata o una negligenza per non aver eseguito qualche accertamento diagnostico entro il lasso di tempo che si presuppone sarebbe stato utile a evitare il danno al paziente; la valutazione medico-legale deve essere infatti modulata caso per caso, senza mai scadere nel banale ragionamento del “senno del poi”.

CONCLUSIONI

Quanto asserito esprime solo parzialmente l'effettiva, notevole difficoltà nel management del paziente con DT. Si tratta, infatti, di un sintomo alquanto comune, presente in svariate situazioni cliniche; l'elevata incidenza di sintomi non ascrivibili all'apparato cardiovascolare e la frequente associazione con patologie che possono mascherare le altre manifestazioni del DT contribuiscono ad aumentare le difficoltà e le incertezze del sanitario che, di volta in volta, si trova a confrontarsi con questa problematica. Le linee guida prodotte, lontane dall'essere protocolli da attuare pedissequamente, non sempre riescono a risolvere il quesito specifico che si presenta al sanitario, lasciando aperti spiragli di autonomia decisionale il cui confine con la malpractice risulta spesso molto sfumato. Nonostante i notevoli sforzi espressi dalla comunità scientifica, restano a tutt'oggi aperte alcune questioni di non facile soluzione: ad esempio, il ruolo della trombolisi effettuata precocemente nel paziente con DT, o la sua gestione nel caso di obiettività clinica atipica. E ancora, il ruolo di ecocardiografia, scintigrafia, coronaro-TC e angio-RM precoci, la gestione del paziente con DT a basso rischio cardiovascolare o con DT non

cardiogeno, tutti problemi ancora ben distanti dall'aver trovato una definitiva soluzione.

Assume positiva evidenza anche da un punto di vista medico-legale la prospettiva di istituire e/o implementare le Chest Pain Units, modello organizzativo di aree limitrofe al PS che consentono un monitoraggio ECG continuo e sono attrezzate per un'eventuale RCP, ma sprovviste delle attrezzature più avanzate e costose delle Unità Intensive Coronariche: il loro scopo sarebbe quello di ottenere una diagnosi definitiva entro 24 ore dall'arrivo del paziente in PS, accorciando così i tempi di diagnosi ed evitando errori e spese incongrue.¹² Altra valida, e attualmente più praticabile, soluzione sarebbe quella delle cosiddette "Reti del dolore toracico acuto", che hanno il fine di consentire l'integrazione funzionale delle strutture di una stessa area geografica, in modo da garantire un livello assistenziale omogeneo, conforme alle linee guida, indipendentemente dalle possibilità logistiche della singola struttura, non sempre dotata di UTIC o Emodinamica.

La presenza di quadri clinici paucisintomatici, aspecifici o ambigui, rendendo difficoltosa la diagnosi differenziale, condiziona negativamente le chances di successo diagnostico-terapeutiche: questo è un altro dei motivi per cui per diverse patologie caratterizzate da DT (come ad es., la dissecazione dell'aorta toracica)¹⁶ non è stato possibile elaborare linee guida standardizzate. Bisogna infine ricordare che l'attività medica è rischiosa per sua natura, e ben lontana dall'infallibilità. Essa rimane pur sempre un'attività umana e, come tale, fallace. Paradossalmente, infatti, l'atto medico viene considerato illecito per sua natura, e ciò è testimoniato dal fatto che, per intervenire, il sanitario deve ricorrere a svariate norme "giustificatrici" (norme scriminanti, come il consenso dell'avente diritto [art. 50 cp], stato di necessità [art. 54 cp], ecc.). Bisognerebbe forse fare un passo indietro e considerare che l'atto medico è sempre e comunque volto al bene del paziente, in virtù dell'unico fondamentale dogma che sancisce il *diritto alla salute* (art. 32 Costituzione). Solo così si verrebbe a sanare quella frattura medico-società che diventa ogni giorno più profonda.

INDIRIZZO PER LA CORRISPONDENZA

Antonella Argo, Massimo Grillo
Dipartimento di Biotecnologie Mediche
e Medicina Legale
Sezione di Medicina Legale
Università degli Studi di Palermo
Via del Vespro, 129
90127 Palermo
Tel. 091-6553200
Fax 091-6553203
E-mail: grillorob@libero.it

Bibliografia

1. Restelli P. Le competenze infermieristiche nell'alto rischio: dal Triage all'assistenza. *G Ital Cardiol* 2006;7(Suppl 1-4):47S-50S
2. Schull MJ, Vermeulen MJ, Stukel TA. The risk of missed diagnosis of acute myocardial infarction associated with emergency department volume. *Ann Emerg Med* 2006;48:647-655
3. Gibler WB, Lewis LM, Erb RE, et al. Early detection of acute myocardial infarction in patients presenting with chest pain and nondiagnostic ECGs. Serial CKMB sampling in the emergency department. *Ann Emerg Med* 1990;19:1359-1366
4. Baxt WG, Skora J. Prospective validation of artificial neural network trained to identify acute myocardial infarction. *Lancet* 1996;347:12-15
5. Karcz A, Korn R, Burke MC, et al. Malpractice claims against emergency physicians in Massachusetts: 1975-1993. *Am J Emerg Med* 1996;14:341-345
6. Rusnak RA, Stair TO, Hansen K, Fastow JS. Litigation against the emergency physician: common features in cases of missed myocardial infarction. *Ann Emerg Med* 1989;18:1029-1034
7. Erhardt L, Herlitz J, Bossaert L, et al. Task force sulla gestione del dolore toracico. *Ital Heart J Suppl* 2004;5:298-323.
8. Alpert JS, Thygesen K, Antman E, Bassand JP. Myocardial infarction redefined. A consensus document of the joint European Society of Cardiology/American College of Cardiology Committee for the redefinition of myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol* 2000;36:959-969
9. Ferrante LM. Gli obblighi di impedire l'evento nelle strutture sanitarie complesse. Napoli: Satura Editrice, 2005
10. Grilli R, Magrini N, Penna A, Mura G, Liberati A. Practice guidelines developed by specialty societies: the need for a critical appraisal. *Lancet* 2000;355:103-106
11. Buccelli C, Policino F. Linee guida: riflessioni medico-legali. *Medicina Legale Quaderni Camerti* 2002;24:739-748
12. Tanzi P, Pelliccia F. La gestione del dolore toracico acuto in Pronto Soccorso. La realtà attuale, le prospettive future, i punti controversi. *Ital Heart J* 2006;7:165-175
13. Cass. Pen. Sez IV 26.01.2005, n. 18568
14. Cass. Pen. Sez IV 26.05.1999, n. 8006
15. Cass. Pen. Sez IV 11.03.2005, n. 9739
16. Bovio C, Buzzi F. La dissecazione spontanea dell'aorta toracica: risorse diagnostiche e terapeutiche tra chances di successo e alee di insuccesso. *Riv It Med Leg* 2004;26:1199-1215