

Management e qualità

Aspetti medico-legali del paziente con dolore toracico nell'ambito del Pronto Soccorso

Gianaugusto Slavich, Giancarlo Buonocore*

Istituto di Cardiologia, Azienda Ospedaliera S. Maria della Misericordia, *Procuratore Aggiunto della Procura della Repubblica, Udine

Key words:

**Chest pain;
Forensic medicine;
Professional
responsibility.**

The correct management of patients presenting with chest pain in the emergency room is, at the moment, a very peculiar and controversial issue. A rapid confirmation or exclusion is imperative for the respect of the health of citizens and the reduction of public expenditure. The concept of professional fault is defined and the previous and present behavior of the magistrature are debated as regards the faults of physicians. Some practical suggestions conclude this review.

(Ital Heart J Suppl 2001; 2 (4): 381-384)

© 2001 CEPI Srl

Ricevuto il 19 dicembre 2000; accettato il 12 febbraio 2001.

Per la corrispondenza:

Dr. Gianaugusto Slavich

Istituto di Cardiologia
Azienda Ospedaliera
S. Maria della Misericordia
Piazzale S. Maria
della Misericordia, 15
33100 Udine
E-mail:
slavich@adriacom.it

Introduzione ed entità del problema

Da recenti statistiche del nord America¹ emerge che, ogni anno, 5 milioni di persone si rivolgono al Pronto Soccorso per dolore toracico; ciò comporta una spesa, di soli costi ospedalieri, di 10 miliardi di dollari.

Di conseguenza è evidente che, nel tentativo di ottimizzare la gestione clinica di questi pazienti, tale argomento sia di grande attualità nelle riunioni internazionali.

Fino a pochi anni or sono, infatti, non esisteva grande interesse a riguardo: questo tipo di paziente con dolore di incerta origine e con ECG non diagnostico veniva ricoverato in osservazione in un reparto medico e spesso il cardiologo ne perdeva le tracce. Ciò portava a degenze protratte, spesso non giustificate, con riflessi negativi importanti.

La realtà attuale ha come primaria importanza il contenimento della spesa sanitaria: è quindi fondamentale requisito l'evitare i ricoveri impropri.

Ne consegue che, se è necessario riconoscere e trattare rapidamente i pazienti con sindrome coronarica acuta, è altrettanto fondamentale dimettere rapidamente, dopo attenta valutazione clinica, strumentale e di laboratorio, i pazienti a basso rischio di insufficienza coronarica acuta in atto.

Nonostante questa sensibilizzazione al problema, il 2% di pazienti, che poi risultano affetti da infarto, è inavvertitamente dimesso e la mortalità di questo gruppo è considerevole. Il mancato riconoscimento

di questa patologia, negli Stati Uniti, è la principale causa di risvolti medico-legali risarcitivi².

Anche in Italia il problema è molto avvertito e, se negli Stati Uniti si è cercato un rimedio almeno parziale con le *Chest Pain Units*, unità di osservazione specifica per questo tipo di pazienti con costi di gestione molto inferiori alle unità coronariche, nel nostro Paese ci si è solo adeguati alle attuali conoscenze della letteratura riguardo all'uso di nuovi marker di danno (troponina) con il loro significato diagnostico e prognostico, ma, per il resto, non esistono linee guida di comportamento univoche e ogni centro ha una propria linea di condotta.

Di fronte ad un problema così rilevante, stupisce che l'aspetto medico-legale del problema, in Italia, non sia stato assolutamente affrontato, in maniera decisa, proprio in questi anni in cui la collettività nutre grandi aspettative nei confronti del medico e vi è una consistente crescita nel controllo dell'attività dei sanitari, significativamente emblematizzato dal sorgere di istituzioni come il Tribunale per i diritti del malato.

Scopo di questo scritto è, perciò, tracciare per coloro che operano nell'ambito del Pronto Soccorso, e non solo, i concetti principali di colpa professionale, e di offrire loro qualche suggerimento pratico per un corretto approccio al problema evitando coinvolgimenti emotivi, pur comprensibili, talvolta però assolutamente eccessivi ed improduttivi.

La responsabilità per colpa professionale

Per un serio approccio al problema della responsabilità del sanitario per colpa professionale, non si può non tener conto che:

- la professione medica è un'obbligazione di mezzi e non di risultati (cioè un'attività diligente senza garanzia di successo);
- l'arte medica è caratterizzata quasi sempre da un costante grado di difficoltà;
- non va mortificato l'operatore inducendolo più a preoccuparsi della propria tranquillità rispetto a sequelle giudiziarie che della salute degli infermi.

Perché un soggetto possa essere ritenuto responsabile di un reato, nel caso dell'esercente la professione sanitaria, lesioni colpose (art. 590 del Codice Penale), o omicidio colposo (art. 589 del Codice Penale), occorre che:

- il soggetto ponga in essere la condotta materiale descritta dalla norma incriminatrice;
- l'esito infausto sia conseguenza di tale condotta, in altri termini che tra la condotta e l'evento esista ciò che la dottrina penalistica definisce "nesso di causalità";
- il soggetto abbia agito tenendo l'atteggiamento psicologico previsto dalla norma, in altri termini, sussista l'"elemento psicologico" del reato, e cioè la colpa.

L'art. 43 del Codice Penale stabilisce che il delitto "... è colposo, o contro l'intenzione, quando l'evento, anche se preveduto, non è voluto dall'agente e si verifica a causa di negligenza o imprudenza o imperizia ...".

L'uso della disgiuntiva "o" evidenzia che è sufficiente anche uno solo degli aspetti evidenziati dalla norma per il configurarsi dell'ipotesi di colpa.

Il fondamento della responsabilità per colpa risiede, in linea generale, nella "prevedibilità" e nell'"evitabilità" dell'evento; in altri termini, secondo la giurisprudenza della Corte di Cassazione, l'ordinamento (attraverso la previsione della responsabilità a titolo di colpa) richiede ai consociati di porsi il problema delle conseguenze di una certa condotta commissiva od omissiva, avendo presente il cosiddetto modello d'agente, il modello dell'*homo eiusdem condicionis et professionis*, ossia il modello dell'uomo che svolge paradigmaticamente una determinata attività, che comporta l'assunzione di certe responsabilità, nella comunità, la quale esige che l'operatore concreto si ispiri a quel modello e faccia tutto ciò che da questo ci si aspetta.

Negligenza. Il vocabolo deriva dal latino *negligere*, ossia *nec eligere*, non scegliere. Viene ad indicare un comportamento omissivo, un'inerzia, una pigrizia, che contrasta con le norme comuni di buon senso, che impongono una condotta sollecita ed accorta diretta ad impedire il verificarsi di un evento dannoso o pericoloso. Un atteggiamento quindi di trascuratezza della condotta del medico.

Imprudenza. Individua il soggetto che non sa, non prevede, non sospetta. Il termine, per i latini, indicava un atto involontario, non intenzionale, comunque contrario al buonsenso. Essa è sinonimo di avventatezza, insufficiente ponderazione, e implica sempre una scarsa considerazione per gli interessi altrui.

Imperizia. Dal latino sinonimo di inesperienza, consiste nell'incapacità tecnica all'esercizio di una determinata funzione. Tra i suoi connotati si riscontrano l'ignoranza e l'incapacità da scarsa cultura e scarsa pratica professionale.

Gli orientamenti attuali in tema di colpa professionale

L'esigenza di una corretta definizione di colpa professionale del medico, al fine del riconoscimento della sua responsabilità professionale, è problema molto attuale poiché non appaiono condivisibili i due atteggiamenti più diffusi che possono identificarsi in un approccio eccessivamente rigoroso, per cui si tende a ravvisare la colpa del sanitario in ogni caso ad esito infausto, o ad una valutazione esageratamente benevola che riduce la rilevanza penale della colpa.

Pare ovvio che il primo atteggiamento non tiene conto della difficoltà della prestazione medica e scoraggia l'assunzione di compiti difficili, con la mortificazione dell'operatore sanitario più preoccupato dei suoi risvolti penali, e con l'avvilimento, poi, dell'opera di ricerca e di soluzioni più appropriate e mezzi terapeutici più efficaci.

Neppure, peraltro, si può accettare il secondo atteggiamento di insindacabilità delle scelte del medico e con le sue difficoltà dietro le quali nascondere ogni responsabilità. Il medico è, infatti, depositario di un bene di enorme importanza, sancito dalla Costituzione, quale la salute del cittadino che a lui affida la propria vita. La particolare delicatezza ed importanza della sua opera, per la qualificazione professionale posseduta, è inconciliabile con una valutazione, per principio, indulgente e giustificativa del suo operato.

Alla luce di ciò, il problema di fondo risulta trovare una soluzione che tuteli da una parte la salute e la vita del paziente, assicurando dall'altra una valutazione dell'operato del medico confacente la complessità della sua attività.

La giurisprudenza originariamente, per molto tempo, ha assunto una posizione benevola ed indulgente giustificata dalle gravi difficoltà che l'arte medica incontra, e per la quale un errore professionale è, quindi, scusabile. Per anni penalmente rilevante è stata configurata solo la colpa grave in caso di manifestazione evidente di incapacità e nei casi di mancanza di prudenza e di diligenza, che non possono mancare in chi esercita questa professione.

Questo indirizzo, nel tempo, ha subito forti critiche per il rischio di considerare come errori scientifici anche imperdonabili leggerezze, facendo sì che il medico fosse per anni un soggetto privilegiato a spregio del principio di eguaglianza fra i cittadini.

La Corte Costituzionale, con sentenza 166 del 28/11/73, affermò il principio di una valutazione ispirata a criteri di minore severità solo in caso che la prestazione comportasse problemi tecnici di particolare rilevanza e riguardo alla sola colpa di imperizia; per quel che concerne gli altri tipi di colpa, ossia negligenza ed imprudenza, ogni giudizio non poteva che essere improntato a criteri di normale severità.

A seguito di ciò l'indirizzo tradizionale della giurisprudenza subì un mutamento, orientandosi per la maggior parte delle decisioni secondo la prospettiva della Corte, secondo cui il prestatario di opera è chiamato a rispondere penalmente sotto il profilo della colpa grave solo in caso di addebito per imperizia e in seguito anche con criterio ancora più severo in caso di medico specialista e di colpa lieve nei casi di imprudenza e negligenza.

Il giudice dovrà tener conto, quindi, specie in rapporto ai casi più delicati, della fallibilità delle cognizioni scientifiche e della limitatezza delle capacità umane; non sarà sufficiente accertare l'errore, ma si dovrà verificare se lo stesso possa essere posto in nesso di causalità con l'evento e che sia ascrivibile a difetto di diligenza, prudenza, perizia.

L'accertamento della colpa, inoltre, non potrà prescindere dalla qualificazione del sanitario: non si potrà, infatti, pretendere lo stesso grado di competenza fra tutti i medici in rapporto allo stesso caso, non usando il medesimo metro di giudizio fra medico generico e specialista.

Con recente giurisprudenza di merito si è invero affermato che – in tema di colpa professionale del sanitario – i canoni valutativi della condotta non possono essere che quelli ordinariamente adottati ed elaborati sull'art. 43 del Codice Penale e non quelli contenuti nell'art. 2236 del Codice Civile, che è espressione di un altro ramo del diritto e, come tale, risponde ad esigenze diverse; tuttavia, la considerazione della speciale difficoltà tecnica, di cui al citato art. 2236 del Codice Civile, se può essere effettuata per l'addebito di imperizia nel corso della formulazione del giudizio di prevedibilità-evitabilità dell'evento in relazione a situazioni dubbie per diagnosi e terapie, non può certamente entrare in gioco per giustificare riprovevoli inerzie del professionista che ometta di adoperarsi positivamente per salvaguardare il bene affidato alla sua cura (nella specie, il giudice ha escluso che possa ritenersi integrata quella "speciale difficoltà tecnica" ex art. 2236 del Codice Civile, essendo l'evento prevedibile alla stregua dell'agente modello nel concreto ruolo professionale e nella medesima situazione di fatto, ed evitabile utilizzando le cognizioni dell'attuale scienza medica e apprestando i rimedi terapeutici da questa previsti).

Implicazioni pratiche

Tentando un approccio pratico al problema proviamo a suggerire alcune strategie operative che ci sembrano idonee a tutelare da una parte il sanitario garantendo ovviamente dall'altra il miglior trattamento possibile al paziente.

Nonostante l'affollamento, spesso angosciante, del Pronto Soccorso, come prima cosa ci dovremmo sforzare di condurre sempre personalmente la storia del paziente, non accontentandoci mai di notizie raccolte dai colleghi, ben sapendo quante volte i pazienti, talvolta sofferenti, angosciati, possano modificare le caratteristiche dei sintomi accusati.

Non finiremo mai di sottolineare che ciò che è detto dal paziente dovrà essere sempre trascritto con zelo, non dimenticando di far sì che, *a posteriori*, risulti poi evidente il perché è stata assunta una certa decisione e non un'altra.

Alla fine dell'anamnesi e dell'esame clinico sarà già abbastanza evidente la probabilità di malattie nel soggetto in questione.

Ciò deve portare, di conseguenza, alla richiesta dei soli esami strumentali, non pedantemente e routinariamente richiesti a tappeto, giustificati dal quadro clinico, non tascurando una maggior prudenza nei confronti di soggetti ad alto rischio.

La lettura dell'ECG è ormai alla portata di tutti i medici che lavorano nell'ambito dell'urgenza, ma non tutti ricordano che l'ECG, nelle prime ore di un infarto, può essere poco specifico e sensibile e che l'evoluzione dello stesso, con decapitazione dell'onda R o comparsa di turbe ischemiche, si avvera, talvolta, solo in seguito. Modificazioni del tratto ST, soprattutto se con alterazioni speculari, andranno giudicate con scrupolo, non dimenticando di confrontare il tracciato con eventuali altri precedenti.

Per quanto ben noti a tutti l'utilità diagnostica e prognostica ed i limiti dei vari marker di danno, non sempre vi è la cura nel rispetto dei tempi della loro esecuzione.

Qualora non venga eseguito un accertamento sulla diagnostica differenziale strumentale, sarà utile spiegarne il motivo per dimostrare che se ne è tenuto conto nel contesto clinico generale, considerando che esistono sentenze che prevedono l'obbligo, in caso di dubbio diagnostico, di ricorrere a qualsiasi accertamento necessario per arrivare ad una diagnosi.

Vale la pena di rammentare che, in riferimento al problema dell'"incidenza causale" dell'intervento sanitario, la giurisprudenza della Corte di Cassazione si è orientata nel senso di sostituire al criterio della certezza degli effetti della condotta lesiva quello della probabilità, anche limitata, di tali effetti e dell'idoneità della condotta a produrli; di conseguenza ha affermato che il rapporto di causalità sussiste anche quando l'opera del sanitario, se correttamente e tempestivamente intervenuta, avrebbe avuto non già la certezza, bensì soltanto

serie ed apprezzabili possibilità di successo, tali che la vita del paziente sarebbe stata, con una certa probabilità, salvata (nella specie, i giudici avevano ritenuto il nesso causale tra la condotta omissiva del medico e l'evento letale, sussistendo la probabilità del 30% che un corretto e tempestivo intervento terapeutico avrebbe avuto esito positivo).

Stiamo vivendo un'epoca frenetica in cui c'è l'obbligo di fare tutto bene e subito; ciò comporta, non di rado, il trascurare i rapporti umani. Se ciò è possibile in alcuni ambienti di lavoro, non è tollerabile in un ospedale.

Chi vi ricorre, di necessità, ha bisogno, assieme alla sua famiglia, di ricevere tutto il supporto professionale ed umano possibile.

Non si può dimenticare che dietro la maggioranza dei risvolti penali di sfortunati casi clinici *si nasconde non solo l'errore diagnostico, ma atteggiamenti subiti di tracotanza, indifferenza, che lo rendono imperdonabile.*

Abbiamo l'obbligo di conservare la calma e la pazienza anche di fronte al più difficile dei pazienti o familiari e, soprattutto, non dimentichiamo di chiederci ogni volta, alla fine delle nostre consulenze, se abbiamo fatto tutto il possibile per chi abbiamo appena esaminato.

Credo che già questo, insieme ad un atteggiamento di comprensione nei confronti di chi soffre, potrà evita-

re a qualche medico sgradevoli conseguenze a seguito del suo operato.

Riassunto

La corretta gestione del paziente con dolore toracico in Pronto Soccorso è argomento molto attuale e dibattuto. È necessaria una rapida conferma diagnostica ed una sua eventuale, altrettanto rapida, esclusione nel rispetto della salute del cittadino e per il contenimento della spesa sanitaria. Vengono definiti il concetto di colpa professionale secondo il Codice Penale e discussi i precedenti ed attuali atteggiamenti della Magistratura riguardo alla colpa del medico. Alcuni suggerimenti pratici concludono la rassegna.

Parole chiave: Dolore toracico; Medicina legale; Responsabilità professionale.

Bibliografia

1. Ewi GA, Ornato JP. 31st Bethesda conference - Emergency Cardiac Care: Introduction. J Am Coll Cardiol 2000; 35: 830-1.
2. Karcz A, Holbrook J, Burke MC, et al. Massachusetts medicine closed malpractice claims: 1988-1990. Ann Emerg Med 1993; 22: 553-9.