

Azienda Sanitaria Firenze

Giornate Mediche di Santa Maria Nuova 2014 “Il fenomeno del reingresso ospedaliero”

Il punto di vista del medico legale a cavallo fra il fenomeno del contenzioso e quello della medicina difensiva

Carlo Giolli

U.O. Medicina Legale



Firenze, 27 settembre 2014



- ❑ ERRORI DI DIAGNOSI E/O TRATTAMENTO
- ❑ DIMISSIONI PRECOCI
- ❑ EVOLUZIONE NATURALE DEL QUADRO PATOLOGICO



Una definizione americana di venti anni fa (Office Technology Assessment, 1994) individuava come **medicina difensiva** quell'atteggiamento dei medici caratterizzato dal **prescrivere** esami, tests, trattamenti o visite, o dall'**evitare** pazienti o trattamenti ad alto rischio, primariamente (ma non necessariamente in modo esclusivo) allo scopo di ridurre la propria esposizione al rischio di accuse di malasanità.



quel qualcosa che non è richiesto per l'accertamento e la cura del caso in particolare, ma che porta il medico a fare quel quid in più o in meno per tutelarsi da un punto di vista di un possibile contenzioso.



Se le informazioni vengono *raccolte* in modo manchevole o afinalistico ed inefficace, anche una *integrazione* ottimale di quelle informazioni non potrà produrre decisioni appropriate.

Inoltre, a una raccolta ottimale delle informazioni può seguire un processo di integrazione insufficiente o distorto, con risultati altrettanto insoddisfacenti. La decisione finale può quindi essere inadeguata in conseguenza di limiti propri di una o dell'altra di queste componenti (o di entrambe).



Procedimento euristico:

Metodo di approccio alla soluzione dei problemi che non segue un percorso rigoroso, ma, affidandosi all'intuito e allo stato temporaneo delle circostanze, consente di prevedere un risultato che resta da convalidare

Euristica della Rappresentatività (Representativeness restraint):

Quando si valorizzano solo le caratteristiche tipiche di una malattia trascurando dati che rendono possibili altre diagnosi o quando non si fa una diagnosi perché manca un elemento al quadro tipico.

Euristica della Disponibilità (Availability):

E' la tendenza a giudicare come più probabile la ipotesi diagnostica che più facilmente si prospetta perché più semplice o più frequente.



Effetto Cornice (Framing Effect):

La modalità in cui viene presentato (o si presenta) il caso influenza fortemente il giudizio. In ambito diagnostico si tende molto più spesso a confermare, cercando dati di conferma anziché di smentita.

Fenomeno dell'Ancoraggio (Anchoring):

Il medico tende a “fissarsi” su una ipotesi iniziale legata a un precedente inquadramento del caso o a una prima impressione legata alla modalità di presentazione dello stesso.



Chiusura Prematura (Premature closure):

E' la tendenza a concludere prematuramente il percorso diagnostico e/o la decisione terapeutica, anche se non tutti i dati sono coerenti con questa decisione. Il medico non ritiene di continuare con le verifiche e le ipotesi e applica al paziente una etichetta che rischia di essere definitiva.

Preferenza per le ipotesi migliori (Outcome bias):

E' la tendenza all'ottimismo diagnostico terapeutico. Il medico sceglie istintivamente diagnosi e decorsi con migliore prognosi e sottovaluta le ipotesi peggiori.



Influenza dell'Ordine di Presentazione (Order effect):

Si verifica in particolare nei processi di trasferimento in cura: il medico tende a valorizzare sempre la parte iniziale e quella finale del flusso informativo rischiando di sottovalutare le informazioni intermedie.

Etichetta Diagnostica (Diagnosis momentum):

È quel processo a più fasi nel quale viene applicata una etichetta diagnostica provvisoria che viene accettata acriticamente nei passaggi successivi fino a divenire una diagnosi certa in quanto accettata da più operatori.



Ore 11,59: paziente maschio di 42 anni accede al DEA per bruciore epigastrico intenso; i parametri vitali all'arrivo sono FC 75/min, PA 150/80 mmHg, SaO₂ 99% ed è assegnato un codice di priorità giallo.

Il paziente viene valutato alle ore 12:09; nell'anamnesi il medico descrive *"intenso bruciore epigastrico con dolori crampiformi che si irradiano all'emitorace destro posteriormente, esordito questa notte come sensazione di dolore trafittivo ed oppressione in regione mammaria sinistra irradiata alla mandibola ed la braccio sinistro. Non segni di attivazione neurovegetativa. Alvo aperto a feci e gas ma stitico"*

Inoltre segnala i fattori di rischio cardiovascolare: fumatore, sovrappeso, non altri fattori di rischio.



Dall'archivio informatico risulta un accesso al DEA risalente a 20 mesi prima per intenso dolore retrosternale irradiato alla spalla sinistra ed al giugulo. In tale occasione il pz riferì un analogo episodio risalente ad un anno prima.

Vennero eseguiti esami strumentali e di laboratorio per escludere o confermare la presenza di una ischemia cardiaca acuta ma il paziente, cessata la sintomatologia, firmò la dimissione volontaria senza attendere gli esiti degli esami ematochimici (poi risultati negativi).

(questo dato anamnestico è stato acquisito ma non trascritto in anamnesi).



L'esame obiettivo all'ingresso risulta normale:

"Vigile ed orientato, sofferente. Toni cardiaci ritmici normofrequenti, pause libere. Polsi validi, simmetrici, non soffi centroaddominali. Murmure vescicolare su tutti i campi polmonari. Addome trattabile, diffusamente dolorabile, non masse palpabili, peristalsi presente. Murphy neg, Giordano neg bilat."

Viene eseguito l'ECG che mostra FC 65/min, tratto ST stirato e lievemente sopraslivellato di max 1 mm in DII, DIII e aVF, ed ecoFAST che esclude la presenza di liquido libero in addome. L'emogasanalisi risulta normale con lieve incremento dei lattati (2,9)



Vengono richiesti Rx del torace e Rx diretta dell'addome che risultano normali, tranne che per intenso meteorismo evidenziato all' Rx dell'addome; in particolare l' Rx del torace indica *"Ombra cardiaca nei limiti per dimensioni con lieve salienza del I arco di destra. Ili polmonari globosi. Sottili calcificazioni lamellari a livello dell'arco aortico."*

Gli esami eseguiti all'ingresso mostrano una leucocitosi (GB 19000/mm³) con lieve incremento dell'amilasi pancreatica (76H U/L), coagulazione, transaminasi, funzione renale e troponina normali.

Viene somministrato Esopral 1 f e.v. , Maalox 2 cp , Ranidil 1 f e.v. e Perfalgan 1 f e.v. e il paziente viene tenuto in osservazione.

Alle ore 13:25 sul diario clinico viene segnalato che il "bruciore epigastrico" è migliorato.



Alle ore 13:30 viene effettuato prelievo per il D-Dimero che risulta 1119 nanogr/ml.

Alle ore 15:50 il paziente viene rivalutato e si diario clinico il medico scrive "*bruciore quasi completamente regredito; persiste dolore trafittivo emitorace posteriore sinistro*"; vengono nuovamente somministrati Lansox 30 mg 1 Maalox 2 cp

Alle ore 17:30 vengono ricontrollati gli esami di laboratorio che confermano leucocitosi (GB 20300/mm³) ma per il resto risultano normali, in particolare la Troponina risulta negativa (amilasi pancreatica non richiesta).



Alle ore 18:37 viene eseguita nuovamente l'ecografia clinica che evidenzia radice aortica normale, non alterazioni della funzione del ventricolo sinistro; aorta addominale di diametro normale, non versamento in addome, non alterazioni grossolane degli organi endoaddominali

Il pz, asintomatico, viene dimesso alle ore 20.15 con la seguente diagnosi *“epigastralgia in probabile gastrite”* e nelle note viene consigliata terapia con Lansoprazolo 30 mg 1 cp X 2 e rivalutazione da parte del curante.



A distanza di 15 giorni nuovo accesso al DEA per insorgenza di stato soporoso associato a cefalea perdurante da qualche gg.

Dopo un iniziale inquadramento come **sospetta meningoencefalite** (TC encefalo: *Diffusa ipodensità edematosa della sostanza bianca sottocorticale sopratentoriale, prevalentemente in sede temporo-parietale e rolandica bilaterale.... Si associa lieve 'iperdensità' a livello delle cisterne della base. Spianati i solchi della convessità e ridotte le dimensioni del sistema ventricolare che appare comunque in asse*), per il sospetto sollevato dal rilievo ecografico di dilatazione della radice aortica e dal dolore toracico relativo al primo accesso al PS, si effettua TC del torace con mezzo di contrasto, e si formula la diagnosi di **dissezione aortica di tipo B estesa dal tronco brachiocefalico alle iliache**.



Ore 11,59: paziente maschio di 42 anni accede al DEA per bruciore epigastrico intenso; i parametri vitali all'arrivo sono FC 75/min, PA 150/80 mmHg, SaO₂ 99% ed è assegnato un codice di priorità giallo.

Il paziente viene valutato alle ore 12:09; nell'anamnesi il medico descrive *"intenso bruciore epigastrico con dolori crampiformi che si irradiano all'emitorace destro posteriormente, esordito questa notte come sensazione di dolore trafittivo ed oppressione in regione mammaria sinistra irradiata alla mandibola ed la braccio sinistro. Non segni di attivazione neurovegetativa. Alvo aperto a feci e gas ma stitico"*

Inoltre segnala i fattori di rischio cardiovascolare: fumatore, sovrappeso, non altri fattori di rischio.



Dall'archivio informatico risulta un accesso al DEA risalente a 20 mesi prima per intenso dolore retrosternale irradiato alla spalla sinistra ed al giugulo. In tale occasione il pz riferì un analogo episodio risalente ad un anno prima.

Vennero eseguiti esami strumentali e di laboratorio per escludere o confermare la presenza di una ischemia cardiaca acuta ma il paziente, cessata la sintomatologia, firmò la dimissione volontaria senza attendere gli esiti degli esami ematochimici (poi risultati negativi).

(questo dato anamnestico è stato acquisito ma non trascritto in anamnesi).

Inizio dell' Effetto Cornice: la modalità in cui si presenta il caso influenza fortemente il giudizio.



L'esame obiettivo all'ingresso risulta normale:

"Vigile ed orientato, sofferente. Toni cardiaci ritmici normofrequenti, pause libere. Polsi validi, simmetrici, non soffi centroaddominali. Murmure vescicolare su tutti i campi polmonari. Addome trattabile, diffusamente dolorabile, non masse palpabili, peristalsi presente. Murphy neg, Giordano neg bilat."

Viene eseguito l'ECG che mostra FC 65/min, tratto ST stirato e lievemente sopraslivellato di max 1 mm in DII, DIII e aVF, ed ecoFAST che esclude la presenza di liquido libero in addome. L'emogasanalisi risulta normale con lieve incremento dei lattati (2,9)



Vengono richiesti Rx del torace e Rx diretta dell'addome che risultano normali, tranne che per intenso meteorismo evidenziato all' Rx dell'addome; in particolare l' Rx del torace indica *"Ombra cardiaca nei limiti per dimensioni con lieve salienza del l' arco di destra. Ili polmonari globosi. Sottili calcificazioni lamellari a livello dell'arco aortico."*

Gli esami eseguiti all'ingresso mostrano una leucocitosi (GB 19000/mm³) con lieve incremento dell'amilasi pancreatica (76H U/L), coagulazione, transaminasi, funzione renale e troponina normali.

Viene somministrato Esopral 1 f e.v. , Maalox 2 cp , Ranidil 1 f e.v. e Perfalgan 1 f e.v. e il paziente viene tenuto in osservazione.

Etichetta diagnostica

Alle ore 13:25 sul diario clinico viene segnalato che il "bruciore epigastrico" è migliorato.

Fenomeno dell'Ancoraggio



Alle ore 13:30 viene effettuato prelievo per il D-Dimero che risulta 1119 nanogr/ml. (*Medicina Difensiva??*)

Alle ore 15:50 il paziente viene rivalutato e si diario clinico il medico scrive "*bruciore quasi completamente regredito; persiste dolore trafittivo emitorace posteriore sinistro*"; vengono nuovamente somministrati Lansox 30 mg 1 Maalox 2 cp (*E. della Rappresentatività: valorizzata una caratteristica tipica trascurando un altro dato significativo*). *Continua l'Ancoraggio.*

Alle ore 17:30 vengono ricontrollati gli esami di laboratorio che confermano leucocitosi (GB 20300/mm³) ma per il resto risultano normali, in particolare la Troponina risulta negativa (amilasi pancreatica non richiesta).



Alle ore 18:37 viene eseguita nuovamente l'ecografia clinica che evidenzia radice aortica normale, non alterazioni della funzione del ventricolo sinistro; aorta addominale di diametro normale, non versamento in addome, non alterazioni grossolane degli organi endoaddominali

Il pz, asintomatico, viene dimesso alle ore 20.15 con la seguente diagnosi *“epigastralgia in probabile gastrite”* e nelle note viene consigliata terapia con Lansoprazolo 30 mg 1 cp X 2 e rivalutazione da parte del curante.

(Chiusura prematura: non tutti i dati sono coerenti con la decisione)



La congruità di quanto fatto può essere documentata e dimostrata soltanto attraverso i mezzi da sempre a disposizione del medico: la cartella clinica, il diario del paziente. Soltanto la completa ed esauriente compilazione di questi assume aspetto probatorio del percorso seguito. Non certo la prescrizione di un esame in più.



A posteriori deve essere possibile ricostruire il ragionamento posto in atto dal medico e ciò, di tutta evidenza, risulta senz'altro più agevole attraverso la diretta lettura dello stesso, che non attraverso una ricostruzione desumibile dalla sola “traccia” prescrittiva.

In definitiva, una accurata cartella clinica non soltanto non rappresenta una forma di “medicina difensiva”, ma è lo strumento principale attraverso il quale dare prova del proprio corretto operato.

Azienda Sanitaria Firenze

FINE

Grazie per l'attenzione

Giornate Mediche di Santa Maria Nuova 2014

Il punto di vista del medico legale a cavallo fra il fenomeno del contenzioso e quello della medicina difensiva

