

CORRISPONDENZA

All'Editor. Nell'apprezzabile Documento di consenso ANMCO/SIMEU¹ riguardo la "Gestione intraospedaliera dei pazienti che si presentano con dolore toracico" non emerge il concetto di "indagnosticabilità residua" (o di rischio residuo nonostante la diagnostica) nel processo "rule in/rule out" in una percentuale di pazienti a basso rischio ischemico ma ad alto rischio riguardo la responsabilità cardiologica, soprattutto in un momento in cui si parla nella letteratura scientifica di errore medico come terza causa assoluta di mortalità². Nel capitolo epidemiologia viene affermato: "si stima che il 25-50% dei pazienti con dolore toracico acuto hanno un ricovero inappropriato, mentre le dimissioni inappropriate raggiungono il 2-8% dei casi. L'erronea dimissione dei pazienti con sindrome coronarica acuta rappresenta il 20% delle spese medico-legali contro i medici dei dipartimenti d'emergenza degli Stati Uniti". Si tratta di valutazioni comunque un po' datate in quanto altri studi³, riportati peraltro nel documento di consenso, hanno evidenziato che solo lo 0.1% a 7 giorni e lo 0.3% a 190 giorni dei pazienti dimessi dal Pronto Soccorso perché considerati a basso rischio presentano un infarto miocardico fatale o non fatale. Quindi in un Pronto Soccorso di media grandezza con un numero di accessi di 50 000 pazienti/anno, con una percentuale di pazienti con dolore toracico del 5-9%, da 1 a 3 pazienti/anno e 4-8 pazienti/anno avranno un infarto rispettivamente a 7 e 190 giorni di follow-up, senza differenza alcuna tra quelli che eseguivano un test funzionale o anatomico e quelli che non lo eseguivano, durante la permanenza in Pronto Soccorso. In un altro studio (ASPECT) lo 0.9% dei pazienti considerati a basso rischio (negatività ECG, troponina, TIMI score) presentava un infarto miocardico a 30 giorni di follow-up⁴. Nello studio PROMISE, in pazienti stabili, nel corso di un follow-up medio di 25 mesi, circa il 2% dei pazienti con negatività dei test funzionali e/o anatomici presentava comunque un evento coronarico, sia pur con differenze legate al sesso⁵.

Penso che in un documento di consenso, oltre alla individuazione dei percorsi diagnostico-assistenziali corretti per offrire al paziente le migliori cure possibili ed evitare al medico errori talvolta irreparabili, debba emergere chiaramente anche un concetto molto spesso trascurato in questo tipo di documenti e che è quello della "indagnosticabilità residua", allo stato dell'arte, sia pur in una bassa percentuale di casi, di uno stato patologico (in questo caso di una sindrome coronarica acuta) anche in un contesto di ottime condizioni di capacità professionali e di mezzi diagnostici. Purtroppo sono questi i casi che espongono il cardiologo ad un elevato rischio professionale con possibilità di esposizione mediatica, ripercussioni sulla credibilità professionale, oltre talvolta a conseguenze medico-legali.

La "indagnosticabilità residua" è diversa dall'"errore" come è facilmente intuibile. Questo concetto dovrebbe emergere con più forza sia nelle linee guida, sia nei documenti di consenso a tutela sia dei pazienti e dell'opinione pubblica, che avrebbero più chiari i limiti della diagnostica oltre che delle terapie, sia dei medici e del servizio sanitario nella sua complessità, che considererebbero meglio come il basso rischio o il rischio veramente basso non è comunque un rischio pari a zero e condividerebbero questo concetto con il paziente, evitando una inutile caccia al responsabile.

Certamente il concetto di "indagnosticabilità residua" non deve costituire un pretesto per il medico per non effettua-

re un follow-up clinico e strumentale adeguato ma solo uno strumento per chiarire che purtroppo anche in un ottimo contesto di competenze ci sono eventi non previsti né prevenibili che non sono dovuti ad errore umano ma al semplice fatto che anche gli enormi progressi tecnologici e scientifici hanno dei limiti e che le diverse procedure e percorsi messi a confronto hanno talvolta una diversa capacità diagnostica ma il medesimo risultato prognostico.

Franco Cosmi

Cardiologia Valdichiana, Cortona (AR)
e-mail: francocosmi@virgilio.it

BIBLIOGRAFIA

1. Zuin G, Parato VM, Groff P, et al. Documento di consenso ANMCO/SIMEU: Gestione intraospedaliera dei pazienti che si presentano con dolore toracico. *G Ital Cardiol* 2016;17:416-46.
2. Makary MA, Daniel M. Medical error - the third leading cause of death in the US. *BMJ* 2016;353:i2139.
3. Foy AJ, Liu G, Davidson WR Jr, Sciamanna C, Leslie DL. Comparative effectiveness of diagnostic test strategies in Emergency Department patients with chest pain. An analysis of downstream testing interventions, and outcomes. *JAMA Intern Med* 2015;175:428-36.
4. Than M, Cullen L, Reid CM, et al. A 2-h diagnostic protocol to assess patients with chest pain symptoms in the Asia-Pacific region (ASPECT): a prospective observational validation study. *Lancet* 2011;377:1077-84.
5. Pagidipati NJ, Hemal K, Coles A, et al. Differences in functional and CT angiography testing in patients with suspected coronary artery disease. *J Am Coll Cardiol* 2016;67:2607-16.

Risposta. Ringraziamo il Dr. Cosmi per il suo contributo al Documento di consenso ANMCO/SIMEU sulla gestione intraospedaliera dei pazienti che si presentano con dolore toracico. Il problema posto non è irrilevante e affronta i limiti delle tecniche diagnostiche e della buona pratica clinica. Come correttamente evidenziato, la "indagnosticabilità residua", definita come l'incapacità di un test di identificare tutti i soggetti malati e tutti i soggetti sani in modo corretto, è diversa dall'errore, ma piuttosto legata al valore predittivo del test che viene utilizzato nel percorso diagnostico. Nonostante l'applicazione delle migliori procedure e delle tecniche più sensibili, una percentuale di pazienti rimarrà indagnosticata.

L'utilizzo corretto dei dati clinici e strumentali, in particolare nel dolore toracico della troponina ad alta sensibilità e dei test di imaging, ha migliorato notevolmente la capacità di effettuare un "rule in/rule out" appropriato in una elevata percentuale di pazienti. Come evidenziato, ormai solo una modesta percentuale di pazienti considerati a basso rischio (0.1% a 7 giorni), dimessi, hanno un evento coronarico.

Obiettivi del documento sono stati 1) rivedere i dati della medicina basata sull'evidenza dei pazienti con dolore toracico e 2) delineare percorsi diagnostico-terapeutici che vanno messi in atto in modo da uniformare la gestione dei pazienti con dolore toracico in tutto il Paese. La consapevolezza dell'intrinseca imprecisione della scienza medica richiede una stretta integrazione e collaborazione tra medici dell'urgenza, cardiologi, e personale infermieristico, specie al triage. Questa integrazione ha alla base i percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali e la

CORRISPONDENZA

creazione dei Chest Pain Team. Il Team si occupa degli aspetti culturali, organizzativi e di audit periodici. In questo modo ogni realtà potrà disporre di dati locali che permettano di ottenere risultati atti a ridurre il numero di mancate diagnosi o di ricoveri impropri. Auspichiamo che la "indiagnosticabilità residua" attraverso questi percorsi virtuosi sia sempre più bas-

sa e sempre più vicina a quel desiderabile valore di rischio pari "asintoticamente a zero".

È auspicabile che il documento sia la base per una Campagna Educazionale Nazionale per diffondere e migliorare percorsi diagnostico-terapeutici di elevata qualità per la gestione dei pazienti con dolore toracico.

Guerrino Zuin

Ospedale dell'Angelo, Mestre (VE)

e-mail: guerrinozuin@alice.it