

Management e qualità

Aspetti medico-legali della dimissione precoce nell'infarto miocardico acuto e nel dolore toracico

Massimo Montisci, Massimo Ruscazio*, Rossella Snenghi, Sarah Nalin, Roberta Montisci*, Sabino Iliceto*, Santo Davide Ferrara

*Dipartimento di Medicina Ambientale e Sanità Pubblica, Sede di Medicina Legale e delle Assicurazioni, Università degli Studi, Padova, *Dipartimento di Scienze Cardiovascolari e Neurologiche, Università degli Studi, Cagliari*

Key words:
Acute myocardial infarction;
Chest pain.

The authors' aim is to outline some of the main medico-legal problems in cardiology, especially those regarding the premature hospital discharge of patients with undefined chest pain and/or with acute myocardial infarction.

After a brief overview on the etiology and clinical definition of chest pain and myocardial infarction, premature hospital discharge is defined and the incidental medico-legal risks that physicians operating in such situations are exposed to are pointed out. Next, the profiles regarding both the positive and negative views of professional medical responsibility are described. In the negative frame, the authors outline the most frequent civil and penal aspects of the unpremeditated responsibility.

Then the physician's error, in both qualitative (generic or specific guilt) and quantitative (degree) terms, is considered; particularly, negligence, imprudence and inexperience, as qualitatively accepted meanings of generic guilt, are dealt with by adopting illustrative cases settled in the light of the right legal interpretation.

The phases of the diagnostic or prognostic error are evaluated, and clinical protocols, as a reference parameter for the identification of error, are considered.

Lastly, the problem of causality, essential condition for the judgment about the professional responsibility, and the problem of the patient's consent, including an evaluation of the legal capability or incapability about the declaration of consent, are examined closely.

(Ital Heart J Suppl 2001; 2 (6): 634-639)

© 2001 CEPI Srl

Ricevuto il 30 gennaio 2001; accettato il 12 febbraio 2001.

Per la corrispondenza:

Dr. Massimo Montisci

Dipartimento di
Medicina Ambientale
e Sanità Pubblica
Sede di Medicina Legale
e delle Assicurazioni
Università degli Studi
Via Falloppio, 50
35121 Padova
E-mail:
montisci@ux1.unipd.it

La cardiopatia ischemica costituisce un importante problema sanitario con risvolti legali sempre più interessanti ed attuali. Emblematico in tal senso è il vertiginoso aumento, avutosi negli ultimi anni, delle rivendicazioni dei malati e/o dei loro congiunti per benefici in ambito assicurativo o civilistico.

I rapporti sempre più numerosi tra cardiopatia e legge coinvolgono i medici che visitano e curano i soggetti cardiopatici, in differenti ambiti e con diversi ruoli. La soluzione legale di questioni cardiologiche necessita pertanto il ricorso ad osservazioni ed approfondimenti di un esperto della materia, al quale viene richiesto una disamina dell'aspetto specialistico in esame.

L'obiettivo di questa riflessione consiste nel delineare alcune delle principali problematiche a risvolto medico-legale che possono sorgere nelle frequenti situazioni cliniche di dimissione precoce di pazienti

con dolore toracico imprecisato e/o con infarto miocardico acuto.

Definizione di dolore toracico e di infarto miocardico acuto

Il dolore toracico è uno dei sintomi più frequentemente lamentato dai pazienti che si rivolgono all'attenzione del medico: i possibili benefici o danni derivanti dalla corretta o errata valutazione di questo tipo di sintomatologia sono enormi.

Il mancato riconoscimento di un'affezione seria, come per esempio la cardiopatia ischemica, può comportare un rischioso ritardo quando è invece necessario un trattamento immediato, mentre un'errata diagnosi come per esempio di angina pectoris può ingenerare conseguenze dannose, sia psicologiche che economiche, e condurre ad esami diagnostici non necessari, anche

invasivi. A causa della scarsa correlazione fra entità del dolore toracico e gravità della patologia sottostante, un problema frequente è discriminare, di fronte ad un paziente con tale sintomatologia, fra un episodio insignificante e una patologia coronarica o un'altra grave malattia che richieda un pronto intervento terapeutico¹. Tra i fattori patogenetici più frequentemente implicati nell'infarto acuto del miocardio vi sono la rottura della placca aterosclerotica² con eventuale superimposizione trombotica³, più raramente, in assenza di stenosi coronariche, qualora si verifichi una marcata differenza tra l'apporto e la richiesta di ossigeno da parte del miocardio⁴ o ancora dopo intossicazione acuta da sostanze stupefacenti come la cocaina⁵.

Sotto il profilo diagnostico, importanza fondamentale rivestono un accurato accertamento anamnestico e clinico, una corretta e precoce valutazione delle indagini strumentali (elettrocardiogramma ed eventuale ecocardiogramma in primo luogo) e degli esami di laboratorio (dosaggio degli enzimi cardiospecifici)^{6,7}. Una corretta e rapida diagnosi di infarto miocardico acuto è infatti indispensabile per una precoce terapia di riperfusione miocardica mediante terapia trombolitica o con l'angioplastica coronarica primaria, grazie alle quali si è ottenuto una significativa riduzione della mortalità⁸⁻¹⁰. È anche vero che il tempo è l'elemento principale nella terapia riperfusionale in quanto i pazienti trattati nelle prime ore dopo infarto miocardico hanno i maggiori benefici in termini di riduzione della mortalità^{11,12}.

Il concetto di dimissione precoce

L'attuale tendenza a dimettere i pazienti precocemente dopo un infarto miocardico acuto o un dolore toracico imprecisato, giustificata dalla necessità di contenimento delle spese sanitarie (il ricorso ai DRG ne rappresenta un emblematico esempio), dai disagi causati al paziente da una lunga ospedalizzazione e dalla sempre più frequente esigenza di un precoce riutilizzo del posto letto in unità coronarica (UTIC), impone la necessità di un'accurata stratificazione prognostica a breve termine e prima della dimissione. L'obiettivo è pertanto l'identificazione, prima della dimissione, dei pazienti che pur in presenza di un infarto non complicato, sono ad alto rischio di morte o reinfarto a breve-medio termine. Questi pazienti, infatti, possono trarre vantaggio da una rivascolarizzazione miocardica precoce mentre i rimanenti pazienti possono essere dimessi precocemente e sottoposti a ristrutturazione dopo 3-4 settimane¹³.

Profili di responsabilità professionale medica

La responsabilità professionale medica prevede due principali chiavi di lettura: un'ottica positiva e un'ottica negativa.

Nell'ottica positiva, la responsabilità è vista nella sua accezione positiva di concepire la professione sanitaria come impegno da "coltivare" attivamente e responsabilmente. I fondamenti su cui tale visione si basa sono rappresentati dai dettati della scienza medica, della coscienza personale, dai valori etici condivisi, dai principi regolatori della vita sociale (Costituzione, Dichiarazioni internazionali), dalle indicazioni positive ricavabili dalle norme penali e civili, ed infine dai principi deontologici.

Nell'ottica negativa, il significato peculiare è l'essere chiamati a rispondere in caso di comportamento negativo e/o di violazione di determinate norme. I riferimenti, in questo caso, sono identificabili nelle norme penali, civili, amministrative, deontologiche ed etiche.

Nell'affrontare la discussione sulla responsabilità è utile riferirsi a due fondamentali ed interconnesse tematiche: la questione della colpa professionale, penalmente e civilmente rilevante; il consenso del paziente cardiopatico al trattamento e alla dimissione.

Tralasciando le problematiche connesse alla responsabilità penale dolosa, espressione di violazione cosciente e volontaria di specifiche norme, e a quella di tipo amministrativo e deontologico, volgeremo l'attenzione ai più frequenti aspetti della responsabilità di tipo colposo (Tab. I).

Tabella I. Responsabilità dolosa e colposa: elementi distintivi dell'azione e dell'evento.

Per atto volontario o doloso o secondo l'intenzione	Per atto colposo o contro l'intenzione
Azione voluta Evento voluto e previsto	Azione voluta Evento non voluto ma Prevedibile Prevedibile

Sul punto della colpa specifica di cui all'art. 43 del Codice Penale (inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline) non v'è molto da dire perché non esistono leggi e/o regolamenti che stabiliscano le modalità di diagnosi e di terapia né rientrano in quella ipotesi i protocolli unanimemente accolti dalla comunità scientifica internazionale. Appare quindi ovvio che in tale contesto la rilevanza di colpa specifica possa solamente ricondursi all'inosservanza dei dettati del Codice Deontologico.

Colpa professionale in ambito penale e civile

I principi di "colpa" e "responsabilità" sono di competenza giuridica e sottendono finalità giudiziarie. È di competenza medico-legale l'identificazione dell'eventualità di errore (per azione o per omissione), danno subito dal malato, rapporto di causalità fra l'uno e l'altro.

L'errore, se esistente, deve essere descritto per qualità (negligenza, imprudenza, imperizia, ossia colpa generica; inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline, ossia colpa specifica) (Tab. II) e per quantità (grado)¹⁴.

L'affermazione di errore professionale equivale ad una mera constatazione di fatto, intesa a rendere edotti come nel caso concreto si sia verificato un qualcosa che, dal punto di vista della scienza e dell'esperienza medico-specialistica, non è giusto, non è corretto, non è conforme all'oggettiva tendenza del trattamento medico-chirurgico volto alla guarigione¹⁵.

La dottrina ha conferito alla "negligenza, imprudenza, imperizia" (la colpa generica di cui all'art. 43 del Codice Penale*) un'esatta interpretazione giuridica.

La negligenza è il risvolto negativo della diligenza, volta ad agire con quella cura e quella attenzione che consentono di evitare distrazioni e mancanze. La negligenza è un comportamento di natura passiva, di deficit attentivo e di superficialità che si traduce in un'omissione di determinate precauzioni. È utile il richiamo alla "diligenza del buon padre di famiglia" di cui all'art. 1176 del Codice Civile** il quale precisa che nelle attività professionali essa deve valutarsi con riguardo alla natura dell'attività esercitata. Il che significa, di fatto, una diligenza maggiore di quella che si esige dalla persona comune. Con riferimento ai casi specifici, è emblematica la dimissione di un paziente con dolore toracico senza aver effettuato almeno un elettrocardiogramma di controllo.

Un significato attivo va attribuito all'imprudenza, espressione di un comportamento avventato, che non si fa carico di un possibile pericolo verificabile alla luce di una ragionevole probabilità e che non si adopera per evitarlo. A chi agisce con imprudenza si può contestare di avere agito nonostante la previsione o almeno la prevedibilità dell'evento. La dimissione di un soggetto in-

* Art. 43 del Codice Penale (elemento psicologico del reato). Il delitto è *doloso*, o secondo l'intenzione, quando l'evento dannoso o pericoloso, che è il risultato dell'azione od omissione e da cui la legge fa dipendere l'esistenza del delitto, è dall'agente preveduto e voluto come conseguenza della propria azione od omissione. È *preterintenzionale*, o oltre l'intenzione, quando dall'azione od omissione deriva un evento dannoso o pericoloso più grave di quello voluto dall'agente (571, 572, 584); è *colposo*, o contro l'intenzione, quando l'evento anche se preveduto, non è voluto dall'agente e si verifica a causa di negligenza, imprudenza o imperizia, ovvero per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline (259, 326, 335, 350, 355, 387, 391, 449, 450, 451, 500, 527, 589, 590). La distinzione tra reato doloso e reato colposo, stabilita da questo articolo per i delitti, si applica altresì alle contravvenzioni, ogni qualvolta per queste la legge penale faccia dipendere da tale distinzione un qualsiasi effetto giuridico (99 n. 1, 101, 104, 133 n. 3, 660).

** Art. 1176 del Codice Civile (diligenza nell'adempimento). Nell'adempire l'obbligazione il debitore deve usare la diligenza del buon padre di famiglia. Nell'adempimento delle obbligazioni inerenti all'esercizio di un'attività professionale la diligenza deve valutarsi con riguardo alla natura dell'attività esercitata.

Tabella II. Suddivisione della colpa ai sensi dell'art. 43 del Codice Penale (elemento psicologico del reato).

Colpa generica	Colpa specifica
Negligenza Imprudenza Imperizia	Inosservanza di: Leggi Regolamenti Ordini Discipline

fartuato in presenza di segni di complicanze aritmiche in atto, ovvero di un paziente clinicamente ancora non stabilizzato, si pone come caso esemplificativo peculiare.

L'imperizia potrebbe essere definita come l'esercizio di un'attività relativa a una professione o a un'arte non conosciute dall'agente il quale, però, ha piena coscienza della propria insufficiente preparazione: la deficienza di cultura, di pratica, di intuito e di capacità di osservazione configurano l'imperizia. Tipico è il caso di un soggetto con dolore toracico dimesso in presenza di segni clinico-strumentali misconosciuti di infarto miocardico acuto in atto (vedi slivellamento del tratto ST all'elettrocardiogramma).

Nel concetto di imperizia dovrebbe essere contemplata inoltre una previsione delle conseguenze dannose: il medico che intraprende un trattamento, se tiene nel debito conto i rischi per la vita e la salute del paziente, assume un comportamento guardingo (è diligente), dal quale derivano la consapevolezza dei limiti delle proprie capacità e della sua inadeguata preparazione.

Le fasi dell'errore

L'analisi medico-legale dell'errore riguarda l'errore di diagnosi, di prognosi, di scelta terapeutica, di esecuzione della terapia, l'errore per omissione ed il nesso causale fra errore ed evento.

Nei casi di dimissione precoce del paziente infartuato e/o con dolore toracico assumono particolare rilevanza l'errore diagnostico, prognostico (Tab. III) ed il nesso di causa fra errore ed evento.

L'errore di diagnosi può derivare da raccolta anamnestica insufficiente, esame obiettivo superficiale, identificazione inesatta dei sintomi (dolore *in primis*), errore di logica e di critica nel reciproco col-

Tabella III. Caratteri pregnanti dell'errore di diagnosi e di prognosi.

Errore di diagnosi	Errore di prognosi
Anamnesi insufficiente	Con diagnosi errata
Esame obiettivo superficiale	Con diagnosi esatta
Errata valutazione della sintomatologia	

legamento di essi, omissione di tecniche semeiologico-strumentali e di consulenze specialistiche o, in caso di sintomi non patognomonici, di ricerca di altri sintomi, ed, infine, da una diagnosi differenziale inadeguata.

Nella disamina medico-legale dei casi con asseriti aspetti di imprudenza, negligenza e/o imperizia e soprattutto nell'ipotesi di errori diagnostici inescusabili, occorre dotarsi di un elevato grado di prudenza, diligenza e perizia. Nell'esercizio medico-legale occorre calarsi nel caso clinico, nelle sue condizioni, di tempo e di luogo, ricostruire i sintomi allora presenti, accertare se furono cercati, trovati ovvero capiti e/o collegati fra loro. A tali fini la cartella clinica, spesso carente sul piano obiettivo (clinico, strumentale e di laboratorio) e tale da rendere talora difficoltosa la ricostruzione clinica del caso, si pone come strumento valutativo essenziale. A tale proposito giova ricordare che tra gli obblighi giuridici del medico il dovere di documentare rientra tra le essenziali prestazioni sanitarie nosocomiali e si identifica nella sua corretta compilazione, di contenuti e di forma.

Le norme vigenti di riferimento all'atto pubblico della cartella clinica, espresse nel DPR n. 128 del 27 marzo 1969, non definiscono il suo valore documentale e giuridico, ma distinguono i problemi connessi alla natura della stessa, con particolare riferimento alla compilazione, conservazione e rilascio, nonché alle responsabilità connesse a questi atti. Il Codice Deontologico, recentemente riformato, pone particolare attenzione a tale obbligo, precisando, all'art. 23, come "la cartella clinica deve essere redatta chiaramente, con puntualità e diligenza, nel rispetto delle regole della buona pratica clinica e contenere, oltre a ogni dato obiettivo relativo alla documentazione patologica e al suo decorso, le attività diagnostico-terapeutiche praticate".

L'errore di prognosi coesiste quasi sempre con l'errore di diagnosi, potendo verificarsi anche quando la diagnosi è esatta. Sapere prevedere l'evoluzione di un imprecisato dolore toracico o di una cardiopatia ischemica, qualora presente, è fondamentale per attuare le adeguate misure precauzionali. La prognosi corretta si basa su un'altrettanta corretta diagnosi e su un'adeguata esperienza di casi analoghi.

In sede medico-legale non basta accertare un errore di prognosi, ma si deve dimostrare se e con quali probabilità la prognosi corretta (con le conseguenti misure precauzionali) avrebbe evitato il danno (morte o lesioni del paziente).

L'errore di prognosi, per definirsi inescusabile, deve consistere nella previsione di quanto il più delle volte si verifica in casi di analogo andamento e di analoghe caratteristiche nosologiche, secondo la regola dell'*id quod plerumque accidit*.

Il complesso delle considerazioni fin qui espresse rende evidente come la dimissione precoce di un paziente infartuato o con dolore toracico possa essere fonte frequente di errore diagnostico e/o prognostico.

I protocolli clinici come parametro per identificare gli errori

Il principio generale per classificare come "errore" un atto medico e chirurgico e per graduarne l'entità consiste nell'assumere come parametro la condotta che la media (degli specialisti cardiologi) avrebbe adottato nelle circostanze di tempo, di luogo e del caso clinico in esame.

Il parametro della "media" è da lungo tempo adottato anche dalla giurisprudenza e nell'ambito delle discipline mediche esso ha dato luogo alla nascita di protocolli come linee guida nelle procedure diagnostiche e terapeutiche; tali protocolli non possono però avere un valore imperativo bensì di semplice orientamento di condotta¹⁶. Infatti, se è vero che possono aiutare il medico per giovare al malato, non è vero che esse lo mettono al sicuro da eventuali accuse; del resto si riferiscono a casi standard mentre nella pratica clinica molti esulano da essi con necessità di modificare le procedure diagnostiche o terapeutiche programmate o già intraprese.

Sul piano civilistico la responsabilità professionale sorge dal rapporto di diritto privato (*obbligazione*) che il medico esercente contrae con il proprio paziente. Secondo i principi generali del diritto, la colpa civile può intendersi come la mancanza della dovuta diligenza, che deriva da un comportamento difettoso rispetto a quello che nella stessa circostanza avrebbe tenuto l'uomo di media accortezza, sollecitudine, scrupolosità, ed al quale segue un danno ingiusto (morte o lesione) per il paziente (art. 2043 del Codice Civile*).

Salvo casi particolari, l'oggetto dell'obbligazione del medico è la prestazione di cure idonee a guarire (il mezzo), non la guarigione della malattia (il risultato).

Il grado di difficoltà dell'adempimento professionale, ovvero le risorse della scienza e dell'esperienza, influisce in larga misura sulla responsabilità.

Il medico è responsabile dei danni cagionati nell'ipotesi della colpa lieve (art. 1176 del Codice Civile) quando, di fronte a un caso clinico ordinario e di normale difficoltà, egli abbia contravvenuto alla regola della diligenza e prudenza, propria del professionista di media preparazione.

Il medico risponde solo quando è incorso nella colpa grave (art. 2236 del Codice Civile**) se la prestazione abbia implicato la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà, trattandosi di un caso clinico di particolare difficoltà oppure di entità nosologica non ancora sufficientemente studiata.

* Art. 2043 del Codice Civile (risarcimento per fatto illecito). Qualunque fatto doloso o colposo, che cagiona ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno.

** Art. 2236 del Codice Civile (responsabilità del prestatore d'opera). Se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà il prestatore d'opera non risponde dei danni, se non in caso di dolo o colpa grave.

La limitazione alla sola colpa grave non concerne tutte le diverse componenti della colpa, ma solo la perizia, non rientrando la prudenza e diligenza nell'ambito del trattamento di favore previsto dall'art. 2236 del Codice Civile. Esse restano regolate dalla regola generale dell'art. 1176 del Codice Civile che ammette una responsabilità anche per colpa lieve.

Si è proposto più volte di estendere il principio fissato dall'art. 2236 del Codice Civile al settore penale, e quindi di distinguere la colpa in rapporto alla gravità.

Ciò è stato fin qui ammesso in materia penale, in quanto l'accertamento di un'eventuale colpa del sanitario non può "sfuggire" ai tradizionali criteri di valutazione (rappresentabilità ed evitabilità dell'evento) "adattabili" alle singole situazioni concrete, senza che si renda necessario individuare in astratto, una misura (quella della colpa grave) di tipo eccezionale.

Ulteriore conferma della necessità di autonomia della valutazione penalistica in ordine al comportamento colposo del sanitario si riscontra nel fatto che l'accertamento penale verte spesso sulla condotta di équipe dei sanitari e del personale ausiliario, piuttosto che del singolo medico. In tale contesto risulterebbe estremamente difficile identificare esattamente chi, all'interno dell'équipe, dovrebbe rispondere a titolo di colpa grave e chi in termini di colpa lieve.

La causalità

La sussistenza dell'errore medico necessita la conseguente dimostrazione del danno (morte o lesione del paziente) derivato dall'errore.

Il nesso di causalità materiale (per condotta omissiva o commissiva) è condizione indispensabile per l'affermazione della responsabilità professionale.

Il comportamento colposo sanitario assume caratteristiche di responsabilità professionale nel momento in cui si dimostri che esso ha determinato quell'evento di interesse, grazie a un'azione commissiva od omissiva.

Risolto il problema dell'accertamento e dell'inquadramento corretto e tempestivo sotto il profilo diagnostico-terapeutico del caso clinico e dell'eventuale sussistenza di negligenza, imprudenza ed imperizia nell'errata valutazione del paziente, si tratta di stabilire quali siano state le reali conseguenze dell'errore, quale il ruolo delle carenze diagnostico-terapeutiche nel determinismo della/e lesione/i e/o del decesso.

Il tutto riporta alla prognosi, ed in particolare all'elevata prevalenza di migliore prognosi della cardiopatia ischemica se trattata in ambiente ospedaliero adeguatamente attrezzato (UTIC)¹⁷. L'importante variazione prognostica di evoluzione clinica in ambiente ospedaliero, rispetto all'esito infausto osservato a domicilio (per esempio a seguito di una precoce dimissione), indurrebbe a concludere circa la frequente aleatorietà di un trattamento terapeutico tempestivo.

Tuttavia i suddetti rilievi non permettono di affermare con certezza il nesso causale tra comportamento attivamente od omissivamente colpevole dello specialista e la morte o lesione del paziente. Del pari, non si può negare un rapporto causale, anche se solo in termini di probabilità, nei casi di carenze diagnostico-terapeutiche; affermare il contrario equivarrebbe a sostenere, paradossalmente, l'inutilità di prescrivere cautele e cure al coronaropatico. Il che equivale a sostenere che nella maggior parte dei casi è impossibile provare in assoluto un nesso causale tra assistenza incongrua e morte.

Consenso

Il fondamento giuridico del consenso del paziente all'atto medico-chirurgico deriva dagli artt. 32, 1° e 2° comma (diritto alla salute)*, e 13 (inviolabilità personale)** della Costituzione.

La dottrina giuridica è concorde nel ritenere che il consenso costituisce il fondamento primo e sostanziale della liceità di ogni trattamento medico-chirurgico, nel rispetto del diritto di autodeterminazione dell'individuo. Esso non rappresenta un atto medico fine a se stesso o contingente, ma risulta parte integrante e fondamentale di un progetto terapeutico globalmente considerato.

Il principio basilare che guida l'espressione di un valido consenso è l'informazione (così detto "consenso informato") del soggetto destinatario dell'atto medico ed unico in grado di poter validamente disporre (art. 50 del Codice Penale - Consenso dell'avente diritto***) del bene giuridico "salute".

Tale operazione deve prevedere la valutazione delle condizioni cliniche del paziente, della loro evoluzione positiva e negativa con e senza trattamento medico-chirurgico, o, meglio, con e senza dimissione, in caso di infarto o di ricovero nel caso di dolore toracico. Tale compito è affidato al medico del reparto che ha in carico il paziente, delegato dal primario, ovvero dell'équipe operatoria. A lui spettano la valutazione della capacità del soggetto di recepire ed elaborare il messaggio informativo diagnostico-terapeutico ed il conforme adeguamento del proprio linguaggio allo stato intellettuale ed al livello culturale del paziente.

* Art. 32 della Costituzione. La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun modo violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

** Art. 13 della Costituzione. La libertà personale è inviolabile.

*** Art. 50 del Codice Penale (consenso dell'avente diritto). Non è punibile chi lede o pone in pericolo un diritto, col consenso della persona che può validamente disporre.

Non esiste un riferimento normativo che imponga una forma particolare (scritta od orale) di consenso. È tuttavia opportuno verbalizzare l'espressione del consenso nella cartella clinica. In alcuni casi può essere opportuno verbalizzare il consenso in un atto sottoscritto contestualmente da medico e paziente, come ad esempio casi di interventi complessi (angioplastica), ovvero di particolari condizioni cliniche del soggetto esaminato (presenza di dolore toracico imprecisato; dimissione precoce di infarto miocardico acuto), evitando sempre formule generiche "onnicomprensive".

In caso di pazienti affetti da patologia psichica, in stato di interdizione/inabilitazione o incapacità permanente, è d'obbligo riferirsi alla figura del Tutore, tranne i casi nei quali la responsabilità decisionale sia affidata esclusivamente al medico per urgenza o stato di necessità*.

Riassunto

L'obiettivo è quello di delineare alcune delle principali problematiche medico-legali della pratica cardiologica, relative alla dimissione precoce del paziente con dolore toracico imprecisato e/o con infarto miocardico acuto.

Dopo un rapido inquadramento della patologia in esame, è posta una definizione del concetto di dimissione precoce e sono segnalati gli eventuali rischi medico-legali in cui possono incorrere i sanitari che si trovano ad operare in tale situazione. Sono successivamente descritti i profili di responsabilità professionale medica, secondo un'ottica positiva e negativa.

Nell'inquadramento negativo, si volge l'attenzione ai più frequenti aspetti della responsabilità di tipo colposo in ambito penale e civile. Si entra quindi nel merito dell'errore nelle sue accezioni qualitative (colpa generica o colpa specifica) e quantitative (grado); in particolare si definiscono, mediante esemplificazioni casistiche, le parole negligenza, imprudenza e imperizia, quali accezioni qualitative della colpa generica, alla luce dell'esatta interpretazione giuridico-normativa. Si valutano le fasi dell'errore, di diagnosi e/o di prognosi, in cui possono incappare i sanitari nei casi clinici delineati, e si prendono in considerazione i protocolli clinici, quale parametro di riferimento per l'identificazione degli errori.

Infine sono approfondite le problematiche della causalità, condizione indispensabile per il giudizio sul-

la responsabilità professionale, e del consenso del paziente all'atto medico-chirurgico, con analisi delle problematiche relative alla capacità ed all'incapacità dell'espressione del consenso medesimo.

Parole chiave: Dolore toracico; Infarto miocardico acuto.

Bibliografia

1. Pope JH, Aufderheide TP, Ruthazer R, et al. Missed diagnoses of acute cardiac ischemia in the emergency department. *N Engl J Med* 2000; 342: 1163-70.
2. Davies MJ, Thomas AC. Plaque fissuring - the cause of acute myocardial infarction, sudden ischaemic death, and crescendo angina. *Br Heart J* 1985; 53: 363-73.
3. Falk E, Shah PK, Fuster V. Coronary plaque disruption. *Circulation* 1995; 92: 657-71.
4. Alpert JS. Myocardial infarction with angiographically normal coronary arteries. *Arch Intern Med* 1994; 154: 265-9.
5. Isner JM, Chokshi SK. Cocaine and vasospasm. *N Engl J Med* 1989; 321: 1604-6.
6. Braunwald E. Heart disease. A textbook of cardiovascular medicine. Philadelphia, PA: WB Saunders, 1992.
7. Puleo PR, Meyer D, Wathen C, et al. Use of a rapid assay of subforms of creatinine kinase MB to diagnose or rule out acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 1994; 331: 561-6.
8. Gruppo Italiano per lo Studio della Streptochinasi nell'Infarto Miocardico (GISSI). Effectiveness of intravenous thrombolytic treatment in acute myocardial infarction. *Lancet* 1986; 1: 397-401.
9. The GUSTO Investigators. An international randomized trial comparing four thrombolytic strategies for acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 1993; 329: 673-82.
10. Topol EJ, Califf RM, George BS, et al. A randomized trial of immediate versus delayed elective angioplasty after intravenous tissue plasminogen activator in acute myocardial infarction. The Thrombolysis and Angioplasty in Myocardial Infarction (TAMI) Study Group. *N Engl J Med* 1987; 317: 581-8.
11. Lincoff AM, Topol EJ. The illusion of reperfusion. Does anyone achieve optimal myocardial reperfusion? *Circulation* 1993; 87: 1792-805.
12. Boersma E, Maas AC, Deckers JW, Simons ML. Early thrombolytic treatment in acute myocardial infarction: reappraisal of the golden hour. *Lancet* 1996; 348: 771-5.
13. 1999 Update. ACC/AHA Guidelines for the management of patients with acute myocardial infarction: executive summary and recommendations. *Circulation* 1999; 100: 1016-30.
14. Introna F. Metodologia medico-legale nella valutazione della responsabilità medica per colpa. *Rivista Italiana di Medicina Legale* 1996; 18: 1295-350.
15. Crespi A. La responsabilità professionale nel trattamento medico chirurgico ad esito infausto. Palermo: Priulla, 1955.
16. Schwartz PJ, Breithardt G, Howard J, Julian DG, Rehnqvist AN. The legal implication of medical guidelines - a task force of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 1999; 20: 1152-7.
17. Basile L, Grandi M. Mortalità da cardiopatia ischemica ed aspetti di responsabilità professionale. *Rivista Italiana di Medicina Legale* 1980; 2: 286-95.

* Ci si riferisce alla condizione di stato di necessità ai sensi dell'art. 54 del Codice Penale (art. 54 del Codice Penale - Stato di necessità. Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare se od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo).