

Mancata diagnosi di dissecazione aortica

I sanitari del servizio 118 vengono chiamati di notte da un uomo di 68 anni che accusa vomito, diarrea e malessere generale. Dopo averlo visitato, misurato pressione arteriosa sistemica e temperatura corporea risultate normali, ritengono di (somministrare) prescrivere una fiala di antiemetico, rifiutata dal paziente, e prescrivono antiacidi. La mattina dopo, in seguito alla comparsa di un forte do-

lore al petto, viene interpellato telefonicamente il medico di famiglia per una visita a domicilio, ma questi, sebbene gli siano stati rappresentati i sintomi, non ritiene vi siano i presupposti per una visita domiciliare. La notte seguente il paziente viene trovato morto nel bagno e, in seguito a denuncia dei familiari nei confronti dei sanitari intervenuti nella vicenda, viene effettuato l'esame autoptico.

Antonino M. Grande

UO Cardiochirurgia, Fondazione IRCCS
Policlinico San Matteo, Pavia

Silvana Mazzone

Specialista in Medicina Legale e delle Assicurazioni
Genova

Esame autoptico del paziente

L'esame autoptico permette di evidenziare la dissecazione (aneurisma disseccante) dell'aorta ascendente e dell'arco fino all'origine dell'arteria anonima (classificazione di De Bakey tipo A II), con iniziale formazione di ematoma e successiva rottura intrapericardica con emopericardio e tamponamento cardiaco ed emomediastino. Tromboembolia della coronaria sinistra nel tratto iniziale del ramo circonflesso (...), ipertrofia concentrica biventricolare, con ipertrofia anche nei muscoli papillari.

Inquadramento dell'aneurisma disseccante dell'aorta

È indubbio che l'aneurisma disseccante dell'aorta rappresenti un impegnativo banco di prova per qualsiasi medico che vi si trovi di fronte, in particolare modo per i sanitari del 118.

Lo sviluppo tecnologico attuale ha messo a disposizione dei sanitari metodiche molto sofisticate di notevole valore diagnostico per giungere in tempi rapidi a una esatta diagnosi. Infatti, la mortalità tra i pazienti con dissecazione dell'aorta ascendente può essere stimata intorno a 60% nelle prime 24 ore, 75% nelle prime 2 settimane e 90% entro 3 mesi.

Se ne deduce l'importanza di una diagnosi rapida, che comprenda anche informazioni indispensabili per il programma chirurgico da effettua-

re. Fra queste, la sede della rottura intimale e l'estensione dello slaminamento, che può coinvolgere gli osti coronarici (l'origine dall'aorta delle due arterie coronariche) e i tronchi epiaortici che, originando dall'arco aortico, provvedono all'irrorazione cerebrale.

Si comprende molto bene, pertanto, come sia importante per il paziente raggiungere il più precocemente una diagnosi interpretando i sintomi manifestati.

> Sintomatologia

Il sintomo più diffuso è dato dal dolore toracico o della porzione superiore del dorso di origine improvvisa e descritto classicamente come lacerante¹, come una pugnalata; tale sintomo nel "Registro internazionale della dissecazione acuta" è presente in oltre il 95% dei pazienti con dissecazione di tipo A². Il dolore è differente da quello tipico dell'infarto miocardico, che ha un andamento in crescendo, il dolore da dissecazione è invece intenso fin dall'esordio, lacerante, insopportabile.

Un'altra caratteristica del dolore da dissecazione è quello di spostarsi dal punto di origine, seguendo in un certo senso la stessa dissecazione del vaso aortico (questo dato è stato notato in uno studio nel 70% dei casi)³.

La maggioranza dei pazienti presenta ipertensione arteriosa sistemica, ma dal 3% al 18% possono essere in stato di shock (per l'estensione della

dissecazione a livello delle coronarie, infarto miocardio acuto, insufficienza aortica severa e acuta e tamponamento cardiaco).

Altri sintomi meno frequenti sono: scompenso cardiaco, incidenti cerebro-vascolari, sincope, paraplegia, perdita del polso con o senza ischemia dell'arto. Lo scompenso cardiaco può essere determinato nella massima parte dei casi da insufficienza aortica secondaria a dissecazione.

Possono essere presenti manifestazioni vaso-vagali quali sudorazione, apprensione, nausea, vomito, debolezza fino allo svenimento.

Altri elementi necessari da conoscere sono rappresentati dalla presenza o meno di una concomitante insufficienza aortica, dalla presenza di trombosi nel falso lume e, infine, dalla presenza di emopericardio, rilievo che costituisce assoluta emergenza.^{4,5}

Quadro clinico del paziente

Si comprende come la sintomatologia accusata dal paziente sia stata piuttosto vaga nel momento del suo esordio, in quanto è apparsa come una manifestazione gastroenterica caratterizzata da epigastralgie, dolore irradiato dall'epigastrio al giugulo, con nausea e vomito.

La pressione arteriosa sistemica è normale, 110/70 mmHg, la frequenza cardiaca 70/min, vi è eupnea. All'esame obiettivo non si riscontrano anomalie, da segnalare dolorabi-

lità nella regione epigastrica, astenia, segno di Murphy negativo e decubito indifferente con attenuazione, nel corso della visita, della sintomatologia accusata.

Ne deriva che il quadro presentato appare, in effetti, poco chiaro sul piano cardiovascolare, mentre è più evidente una patologia di tipo gastroenterico.

Il dolore appare attenuato spontaneamente ed è presumibile che nel caso illustrato la dissecazione fosse nelle fasi iniziali e per il mancato incremento dei valori pressori (che risulta normale al momento della visita) non progredisce.

Si ritiene che in tale fase fosse estremamente arduo effettuare una diagnosi precisa e precoce sulla base di sintomi così poco chiari.

Posizione del 118

Si deve ricordare che il servizio 118 rappresenta un fondamentale presidio del territorio per la cura e la diagnosi di affezioni acute presso il domicilio dei cittadini. È il sanitario del 118 che deve decidere il ricovero ospedaliero di una persona in pericolo di vita e, al tempo stesso, provvedere a evitare un'inutile pletora del Pronto Soccorso, che comporterebbe una ridotta efficacia della struttura stessa.

Alla luce di questi dati, si è ritenuto che la sintomatologia accusata dal paziente al momento della visita del servizio 118 fosse ancora non chiara e manifesta e, di conseguenza, il quadro presentato poteva indirizzare nell'erronea interpretazione di un'affezione gastrointestinale, anche coesistente a un quadro iniziale di dissecazione aortica.

Posizione del Mmg

Per quanto concerne la posizione del medico di famiglia, considerando che è stato effettivamente interpellato telefonicamente per una visita domiciliare, si richiama l'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i Mmg, ai sensi dell'art. 8 del Dl 502/92 come modificato dai Dl 517/93 e Dl 299/99 che stabilisce:

“L'attività medica viene prestata nello studio medico o a domicilio, avuto riguardo alla non trasferibilità dell'ammalato. La visita domiciliare deve essere eseguita di norma nella stessa giornata, ove la richiesta pervenga entro le ore dieci; ove invece, la richiesta venga recepita dopo le ore dieci, la visita dovrà essere effettuata entro le ore dodici del giorno successivo. La chiamata urgente recepita deve essere soddisfatta entro il più breve tempo possibile”.

Tale espressione sta a significare che il Mmg, quando ha notizia di una richiesta urgente, deve essere disponibile a un intervento rapido, ma a differenza dei medici ospedalieri non è tenuto alla reperibilità, che è di istituto proprio della dipendenza, assolto con un sistema di turnazione e retribuito con una indennità specifica.

Nel caso in esame, le condizioni del paziente erano tali da potere permettere un trasferimento dello stesso presso lo studio del medico curante, altrimenti sarebbe stato nuovamente richiesto (avrebbe nuovamente chiamato) l'intervento del 118.

Si deve inoltre considerare che una sentenza della Cassazione Penale sez. VI (n. 2892 del 12.4.1986) ha stabilito che: “Non è reato il rifiuto del Mmg a effettuare con urgenza una visita domiciliare giudicata in buona fede non urgente in base alla precedente conoscenza del caso e all'ulteriore anamnesi raccolta telefonicamente”.

Spetta pertanto alla responsabile competenza del medico stabilire la reale necessità e urgenza dell'intervento domiciliare con ragioni fondate e prudenti. Considerando al tempo stesso che se il medico rifiuta una richiesta di effettuare con urgenza una visita domiciliare, sussiste il reato di omissione d'atti d'ufficio solo quando l'urgenza prospettata era effettivamente reale (sentenza n. 2335 del 11.3.1985 della Cassazione Penale).

Bisogna tenere presente, inoltre, che la diagnosi di dissecazione aortica viene effettuata strumentalmente sulla base dei sintomi descritti, ma gli accertamenti sono estremamente ad alta specializzazione e sofisticati: TAC del torace ed

ecocardiografia transesofagea.

Il compito del medico curante sarebbe stato unicamente indirizzare immediatamente il paziente verso un Pronto Soccorso, azione che il persistere della sintomatologia doveva obbligare il paziente a chiedere aiuto presso una struttura sanitaria.

Conclusioni

La diagnosi dunque era difficile da effettuare proprio per l'atipicità dei sintomi. Si può affermare che i sanitari del 118, valutato il quadro cardiovascolare, non avevano elementi per procedere al ricovero e che il medico curante non aveva strumenti diagnostici per identificare il tipo di patologia e, se la stessa fosse stata sospettata, non poteva fare altro che inviare il paziente al PS.

Al medico curante si può obiettare una sottovalutazione dei sintomi che perduravano dalla sera prima e forse un comportamento inappuntabile sotto il profilo giuridico, tuttavia sostanzialmente non corretto sotto quello deontologico.

Il Pubblico Ministero, dopo avere letto la perizia dei consulenti tecnici di ufficio, “considerato che i predetti consulenti escludono qualsiasi profilo di responsabilità a carico degli indagati in considerazione delle obiettive difficoltà a effettuare una diagnosi precoce, stante l'equivocità dei sintomi presentati dalla persona offesa, e tenuto conto che la patologia, riscontrata in sede di esame autoptico, aveva limitate prospettive di essere affrontata con serie prospettive di guarigione ove non diagnosticata precocemente; (...) chiede al GIP l'archiviazione del procedimento, con conseguente restituzione degli atti al proprio ufficio”.

BIBLIOGRAFIA

1. DeSanctis RW et al. *N Engl J Med* 1990; 317: 1060-7.
2. Hagan PG et al. *JAMA* 2000; 238: 897-903.
3. Slater EE et al. *Am J Med* 1976; 60: 625.
4. Halperin JH, Olin JW Hurst's. *The Heart*. 11^a ed, McGraw Hill 2004.
5. Bavaria JE et al. *Ann Thorac Surg* 2002; 74: 1848-52.