

# AFFRONTARE IL CONTENZIOSO MEDICO-LEGALE: QUANDO LA LINEA GUIDA NON GUIDA



## Dr. Rafael Boscolo-Berto, MD, FEBU

Dipartimento di Medicina Ambientale e Sanità Pubblica  
Sezione di Medicina Legale e Patologia Forense  
Università degli Studi di Padova  
Padova  
e-mail: rafael.boscoloberto@unipd.it

Manovre standardizzate eseguite quotidianamente con esperienza e perizia possono complicarsi con eventi inaspettati e, talora, non facilmente riconoscibili (1).

Nel *case report* citato, un paziente di 47 anni in buona salute fu sottoposto a una procedura routinaria: la bonifica percutanea (PCNL) a posizione prona e in anestesia generale di un calcolo della pelvi renale delle dimensioni di circa 2 cm. L'intervento non incontrò alcuna difficoltà sino all'inizio della frantumazione litiasica mediante nefroscopio rigido. Solo allora, all'improvviso,

il paziente presentò una grave bradicardia con desaturazione, arresto cardiaco e conseguente decesso. Il reperto autoptico mostrò la presenza di un'embolia polmonare quale imprevedibile determinante dell'*exitus*.

In letteratura, è stato descritto qualche caso aneddoto di embolismo polmonare in corso di PCNL, ma, sorprendentemente, non se ne trova traccia epidemiologica nelle Linee Guida europee e americane sull'argomento, così come nei più comuni testi di Urologia.

Le Linee Guida rappresentano un compendio pratico ove spesso *flow-chart* e tavole sinottiche guidano il lettore alla scelta di una procedura operativa, riportandone anche i possibili effetti collaterali o eventi avversi, in ciò riassumendo lo *status quo* dell'arte/scienza medica in uno specifico settore. Esse rappresentano, quindi, un preciso riferimento per la pratica clinica. Tuttavia, ci si deve chiedere quale sia la loro affidabilità e il loro grado di aggiornamento. Per quanto riguarda la qualità di una Linea Guida, esistono dei riferimenti riconosciuti a livello internazionale, sebbene ancora manchi uno *standard* definitivo e unanime. Si possono citare i criteri della *National Guidelines Clearinghouse* per individuare le credenziali minime che consentono di identificare una Linea Guida come affidabile e autorevole, requisiti da soddisfare per l'ammissione delle Linee Guida nel *database* di questo organismo scientifico consultabile *on line* (<http://www.guideline.gov/submit/inclusion.aspx>), o si può citare l'insieme dei singoli parametri classificativi secondo la *Appraisal of Guidelines Research and Evaluation* (AGREE), utilizzabili per ottenere una valutazione oggettiva e misurabile (2).

Per quanto, invece, riguarda il grado di aggiornamento delle Linee Guida, Shekelle ha analizzato 17 Linee Guida pubblicate dalla *US Agency for Healthcare and Quality* (AHQR) (3). Circa il 90% delle fonti risultava superato dopo 3.6 anni dalla loro introduzione e l'Autore concludeva che bisognava riconsiderare la validità di una Linea Guida almeno dopo 3 anni dalla sua emanazione, tenendo presente che la continua introduzione di nuove tecnologie o l'identificazione di nuove malattie possono comportare, in alcune branche mediche, la necessaria espressione di *standard* operativi in evoluzione ancora più rapida (3).

Questi aspetti hanno una ricaduta pratica non solo nel quotidiano esercizio della professione, ma anche nel confronto medico-legale che si esprime in merito al giudizio su presunti errori medici, ove avvocati specializzati in contenziosi medico-legali ricercano costantemente incongruenze e presunte superficialità nell'esercizio della Medicina.

In questo senso, una Linea Guida può essere impiegata in senso accusatorio ("come spada") o assolutorio ("come scudo"). Tuttavia, va detto che l'esistenza di una Linea Guida e dei suoi dettami non è sufficiente a definire in sé l'esito di un contenzioso, poiché non può definire uno *standard* legale univoco e indiscutibile, dovendo essere comunque integrata anche da altre fonti, comprensive di consulenze peritali per i casi più complessi e controversi.

In questa direzione, la più recente tendenza giurisprudenziale assume che il discostarsi dalla pratica medica così come è prevista in una Linea Guida possa essere in qualche misura accettabile, posto che tale azione sia la conseguenza di un percorso analitico logico e possa, quindi, essere reputata, in ultima analisi, ragionevole e responsabile.

Malgrado ciò, per ridurre la possibilità che contenziosi medico-legali vengano sollevati sulla base di assunti discutibili riportati in Linee Guida superate, sarebbe opportuno che maggiori sforzi siano impiegati nel creare uno *standard* comune e condiviso per la produzione di Linee Guida estensive e ben articolate, che siano, inoltre, costantemente aggiornate. Un utile ausilio a questo proposito potrà sicuramente essere apportato dall'introduzione di banche dati archivianti le cartelle sanitarie dei pazienti. Queste infatti, con la sistematica raccolta di complicità e scelte di trattamento, consentono l'eventuale integrazione di altri strumenti informatici a supporto del processo decisionale clinico, limitando, perciò, la possibilità che vi sia la perdita di dati utili alla costruzione di evidenze scientificamente più solide e di quadri epidemiologici più accurati e precisi (4, 5).

**DICHIARAZIONE DI CONFLITTO DI INTERESSI:** L'Autore dichiara di non avere conflitto di interessi.

## BIBLIOGRAFIA

1. Turillazzi E, Pomara C, Bisceglia R, et al. Vascular air embolism complicating percutaneous nephrolithotomy: medical malpractice or fatal unforeseeable complication? *Urology* 2009; 73 (3): 681.e1-4.
2. AGREE Collaboration. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Qual Saf Health Care* 2003; 12 (1): 18-23.
3. Shekelle PG, Ortiz E, Rhodes S, et al. Validity of the Agency for Healthcare Research and Quality clinical practice guidelines: how quickly do guidelines become outdated? *Jama* 2001; 286 (12): 1461-7.
4. Boscolo-Berto R. [Clinical testing and evidence-based medicine: when the absence of evidence doesn't mean evidence of absence]. *G Ital Nefrol* 2009; 26 (4): 417.
5. Mangalmurti SS, Murtagh L, Mello MM. Medical malpractice liability in the age of electronic health records. *N Engl J Med* 2010; 363 (21): 2060-7.