



## Come l'imprudenza danneggia un cuore sano

G.C., uomo di 63 anni, con cuore sano, di professione carpentiere, fumatore di 20 sigarette al dì, dislipidemico, che non aveva mai effettuato controlli cardiologici in precedenza, fu colto due anni fa da un dolore epigastrico costrittivo della durata di quindici minuti, accompagnato da sudorazione algida e nausea; si recò al P.S. di un Ospedale della Lombardia dove gli fu assegnato un codice giallo. Prontamente fu effettuato un elettrocardiogramma che risultò normale (cuore sano apparente), gli furono somministrati in fleboclisi inibitori di pompa protonica, furono richiesti gli esami ematochimici e i markers di citonecrosi che risultarono normali. Dato che la sintomatologia era regredita a distanza di quattro ore dall'accesso in P.S., G.C. fu dimesso con l'indicazione ad assumere omeprazolo 10 mg. 1 comp. al dì.

Due giorni dopo al mattino ripresa della sintomatologia dolorosa epigastrica accompagnata da una sintomatologia neurovegetativa relata. Condotto in P.S. l'elettrocardiogramma mostrò una lesione subepicardica inferiore. la prima determinazione della Troponina era 7,4 (cut off 0,03). L'ecocardiogramma mostrò una ipoacinesia della parete posteriore segmento basale, una insufficienza mitralica lieve, e una frazione di eiezione conservata (0,60). Il paziente fu condotto in sala di emodinamica dove vi giunse dopo 150 minuti dall'insorgenza della sintomatologia e fu sottoposto a

coronarografia che mostrò una stenosi subocclusiva del primo marginale ottuso , si procedette contestualmente a P.C.I con impianto di 2 stent medicati (DES: Drug eluting stent)

In quinta giornata il paziente fu dimesso con la diagnosi di infarto miocardico inferiore non complicato.

A distanza di due anni il paziente lamenta dolori parietali atipici per sede, caratteri, modalità di insorgenza, durata, mancanza di sintomi neurovegetativi correlati; l'ecocardiogramma è stabile (ipoacinesia della parete posteriore basale, ipocinesia setto inferiore basale, frazione di eiezione conservata (0,60), il test da sforzo massimale in wash out di beta bloccante è risultato negativo, l' e.c.g. dinamico di Holter non ha mostrato aritmie di rilievo.

---

## **Considerazioni medico legali**

*Non ci sono dubbi a nostro avviso che i medici del Pronto Soccorso che hanno accolto G.C. al primo accesso in P.S. abbiano tenuto un comportamento improntato a imprudenza e negligenza. Innanzitutto il dolore epigastrico costrittivo era meritevole di una impostazione di diagnostica differenziale più accurata, ma soprattutto non sono state seguite le Linee Guida per il dolore toracico (a cui un dolore epigastrico costrittivo per analogia può essere assimilato) in vigore presso l'Ospedale suddetto, che riflettono più in generale quelle dell'European Society of Cardiology, dell'American College of Cardiology e dell'American Heart Association. In particolare dopo 6 ore dall'accesso doveva essere ripetuta una seconda semina di enzimi, doveva essere registrato un altro l'elettrocardiogramma. Non solo, anche in caso di negatività di questi ulteriori reperti, tenuto conto della caratteristiche del dolore quantomeno "sospette", il*

*paziente, fino a quel momento con cuore sano, poteva essere trattenuto fino a 12 ore per ulteriori controlli dei markers di citonercrosi e dell'e.c.g. o in alternativa essere ricoverato in osservazione.*

## **Valutazione del danno**

*Più delicato sotto il criterio valutativo è il problema del danno differenziale, vale a dire la differenza tra il danno biologico attuale stimabile intorno al 20% (Classe N.Y.H.A IIA , F.E del ventricolo sinistro=0,60) e quello che a G.C. sarebbe residuo se in occasione del primo accesso al p.S. per una evidente sindrome prodromica fosse stato ricoverato , sottoposto a un test di valutazione funzionale (ecografia da stress e quindi coronarografia con P.C.I, evitando quindi l'evento che si è verificato rappresentato da una sindrome coronarica acuta (5%).*

*Il danno differenziale, nel caso di cui sopra deve quindi essere stimato nella misura del 15%.*

*Importante è specificare come quando si parla di maggior danno biologico, quando esso incide sullo stesso organo o apparato, il maggior danno va valutato, in termini economici come differenza tra il valore rappresentato dal 20% e quello che comunque sarebbe residuo in caso di presa in carico del paziente adeguata (danno di base uguale al 5%).*

**Dott. Umberto Piccone**  
*(cardiologo e medicolegale)*

---

**Da questo caso ci sono diversi spunti per il lettore:**

- ***Come comportarsi in caso di dolori toracici:*** essere precisi quando si giunge al PS nella spiegazione della comparsa del dolore e delle sue caratteristiche di insorgenza, di durata, di tipo, di intensità;
- ***Cosa pretendere dal medico:*** chiare spiegazioni sui rischi di eventuale infarto, un periodo di osservazione non inferiore alle 12 ore;
- ***In caso di consiglio del medico di andare a casa,*** farsi scrivere come ci si deve comportare a casa in caso di comparsa di ulteriori dolori, e farsi scrivere il perché non si viene trattenuti in osservazione.
- ***Riferire al medico ogni terapia farmacologica che si fa e ogni patologia di cui si soffre.***