

Attualità

## Attività necroscopica e gestione del rischio

di Andrea Poggiali (\*)

### Introduzione

L'errore è ineliminabile in qualsiasi attività umana: si deve cercare di ridurlo, specie nei campi dove può avere gravi conseguenze, come nella sanità. I metodi per intervenire fanno parte della cosiddetta "gestione del rischio": sono molto articolati, ma si basano essenzialmente sulla segnalazione degli errori, anche quando non si sono concretizzati in un danno, e sulla individuazione delle condizioni organizzative che possono averli favoriti.

Sto semplificando al massimo, per giungere al punto che mi interessa.

Il Ministero della salute ha indicato una serie di eventi, denominati "eventi sentinella", che devono fare riflettere sul modo in cui viene effettuata una prestazione. Sono tutti relativi all'attività clinica<sup>(1)</sup>. La gestione del rischio è pertanto un metodo ancora estraneo all'attività necroscopica, dove gli sbagli, a quanto pare, non esistono. Possibile?

Magari dobbiamo cominciare anche noi a porci dei dubbi. La polizia mortuaria, inclusa la parte necroscopica, è un mondo isolato: lo rimarrà fino a quando non ci sarà un confronto di esperienze, compresi gli errori. Bisogna muovere i primi passi: cerco di farlo con il presente articolo, che prende l'avvio da una circolare della mia Azienda Unità Sanitaria Locale (AUSL) e si conclude con un caso che mi è capitato.

<sup>(1)</sup> La lista degli eventi sentinella individuati dal Ministero risale al marzo del 2008. Riporto alcune voci, a scopo esemplificativo: reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità del gruppo sanguigno, morte o grave danno per errori in terapia farmacologica, morte materna correlata al parto, suicidio o tentativo di suicidio di paziente in ospedale, morte o grave danno per caduta di paziente ecc.. Come si può notare, ci sono voci relative non necessariamente ad errori ma comunque ad avvenimenti che devono mettere in allarme, imponendo una verifica dell'assistenza offerta in una determinata struttura. Esistono inoltre procedure regionali per la gestione del rischio clinico, che prendono in considerazione anche eventi potenziali o minori, precisando le modalità di segnalazione e di successiva attivazione.

### Comunicazioni criptiche

Leggere dietro le righe delle circolari aziendali è un'arte. Quando non si capisce bene il motivo per cui dall'alto hanno preso carta e penna è segno che qualcosa è andato storto.

La nota del Direttore del Presidio Ospedaliero di ... ha per oggetto il riscontro diagnostico. È formata da quattro pagine. Le prime due e la prima parte della terza sono dedicate all'importanza del riscontro diagnostico. Vengono citati i riferimenti normativi che precisano quali figure possono richiedere il riscontro diagnostico e con quali motivi. C'è un riepilogo dei riscontri diagnostici effettuati nei presidi ospedalieri aziendali negli ultimi quattro anni, con le percentuali rispetto al totale dei decessi: percentuali basse. Un inciso: la nota è inviata ai direttori di Anatomia Patologica (cioè alle unità incaricate del riscontro diagnostico) e per conoscenza ai direttori degli altri presidi ospedalieri, del Dipartimento di Prevenzione e dell'U.O. di Medicina Legale. Si parla agli uni e lo si fa sapere agli altri: il messaggio è che gli uni e gli altri devono marciare allineati. Torniamo alla nota. Dopo la lunga parte introduttiva, c'è la novità: il Direttore di Presidio Ospedaliero viene inserito tra coloro che possono richiedere il riscontro diagnostico, "quasi a sostituzione di una funzione che non è stata eseguita dal Direttore di U.O., Dirigente di dipartimento o Dirigente Medico che ha in cura il caso".

Primo indizio: una funzione non è stata eseguita, ecco perché il Direttore è sceso in campo.

Siccome il Direttore di Presidio Ospedaliero è abitualmente estraneo al flusso di documenti legati all'attività necroscopica, viene disposto "che i medici legali e i medici di Direzione si consultino quotidianamente sulle schede di morte al fine di valutare la necessità di richiedere i riscontri necessari sulle tre sedi ospedaliere".

Attenzione al passaggio seguente: "La richiesta di riscontro ... non è da concordarsi, o da negoziare in vari passaggi informali e con interlocutori diversi, ma da richiedersi al Direttore dell'Anatomia Patologica".

*con disposizione, onde evitare che vi siano disguidi circa la sua effettuazione*". Traduzione: sarà anche bello ricercare la concordia e l'armonia, però ci sono dei ruoli da rispettare e chi riceve una richiesta non deve mettersi a discutere, deve eseguire.

Sull'inconveniente che ha portato alla diramazione della circolare il Direttore tace: c'è peraltro un accenno, alla fine, laddove si spiega che l'intervento dell'autorità giudiziaria per il disseppellimento di un cadavere evidenzia un errore, assimilabile a quelli che si cerca di evitare nell'ottica della gestione del rischio. Riassumendo: c'è stato un disseppellimento di cadavere, lo si poteva evitare, non deve più succedere, a tal fine vengono modificate le procedure aziendali in tema di riscontro diagnostico.

Io non so cosa è avvenuto, quindi non posso parlarne. Posso inventarmi un caso. Come si legge nei titoli di coda dei telefilm americani, *"ogni riferimento a fatti realmente accaduti è puramente casuale"*.

### **Nessuno ha sbagliato, tutti hanno sbagliato**

Legionellosi: una malattia insidiosa, che per la maggior parte degli individui provoca una noiosa febbre, ma che in alcuni soggetti con difese immunitarie deboli risulta grave o addirittura mortale. La Legionella Pneumophila (nome scientifico dell'agente batterico) si annida nelle condutture idriche. Il contagio avviene per via respiratoria, quando c'è formazione di aerosol. Tipica la trasmissione con impianti di aria condizionata o con docce. Il pericolo ha convinto Stato e Regioni ad elaborare approfondite linee guida. Ad ogni denuncia di legionellosi parte immediatamente un'inchiesta epidemiologica ed ambientale affidata ai servizi di Igiene Pubblica. Se la persona colpita ha soggiornato nelle due settimane precedenti in un albergo, l'inchiesta deve verificare la responsabilità da attribuire al soggiorno alberghiero. Per stabilire il rapporto di causalità non basta avere isolato la legionella nella doccia della stessa camera in cui ha soggiornato il paziente o nell'impianto di condizionamento: occorre anche trovare la corrispondenza di specie e sierogruppo di legionella. Ce ne sono decine di tipi. La tipizzazione della legionella isolata nei campioni ambientali è facile: più difficile la tipizzazione della legionella che ha colpito il paziente, perché non sempre i campioni di broncolavaggio consentono al laboratorio di sviluppare una coltura adeguata. Ai fini della diagnosi, cioè dell'unica cosa che giustamente interessa ai clinici, la coltura (con i suoi tempi lunghi) serve relativamente: c'è un metodo rapido di diagnosi basato sulla ricerca del cosiddetto "antigene solubile urinario". L'esame colturale con successiva tipizzazione è importante soprattutto per le indagini volte a precisare la fonte del contagio: un obiettivo, lo ripeto, non prioritario per l'attività clinica. Se il paziente muore, ed il laboratorio non ha effettuato la tipizzazione, l'unica

risorsa residua è l'esame del tessuto polmonare mediante riscontro diagnostico od autopsia giudiziaria.

Stringiamo. Un signore anziano viene ricoverato in ospedale per febbre ed interessamento delle basse vie respiratorie. Con l'esame dell'antigene urinario viene fatta diagnosi di legionellosi. Parte l'indagine affidata al Servizio di Igiene Pubblica: si scopre che il paziente nei giorni precedenti ha soggiornato in un albergo. Si procede al campionamento nella rete idrica dell'albergo, con esito positivo per la presenza di legionella. Nel frattempo il paziente muore senza che il laboratorio ospedaliero sia riuscito a sviluppare la coltura dal broncolavaggio e ad effettuare la tipizzazione. Cominciano i guai.

Il medico necroscopo, in questo caso il medico legale incaricato dalla Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero, non invia segnalazione all'autorità giudiziaria: ritiene di non avere sufficienti elementi per ipotizzare un reato.

Anche se la salma non è a disposizione dell'autorità giudiziaria si sa ugualmente che non può essere tranquillamente avviata a sepoltura: quella ricerca fallita da vivo dovrà essere fatta da morto. Questo lo sa il Servizio di Igiene Pubblica, che però non ha l'autorità per disporre il riscontro diagnostico<sup>(2)</sup>.

La palla è in mano ai medici del reparto in cui è avvenuto il decesso: tocca a loro decidere se disporre o meno il riscontro diagnostico. Dal punto di vista clinico la causa di morte è chiara, quindi inizialmente i medici di reparto non ritengono opportuno avviare ulteriori accertamenti: il Servizio di Igiene Pubblica li avverte che invece è indispensabile, anche se per motivi non attinenti alla clinica. Il reparto collabora ed invia all'Unità Operativa di Anatomia Patologica la richiesta di riscontro diagnostico: il direttore di tale unità la giudica una richiesta impropria, data la mancanza di dubbi sulla causa di morte. Tutte cose viste e riviste: siamo di fronte alla difesa del territorio da presunte invasioni di campo. La domanda è già arrivata ad Anatomia Patologica: nessun problema, viene "spontaneamente" ritirata dal reparto che l'aveva spedita.

Il cadavere viene chiuso in cassa e seppellito. A morto sepolto entra in scena l'autorità giudiziaria, su esposto dei familiari. L'informazione che serve è la tipizzazione della legionella che ha causato la morte. L'informazione manca: l'autorità giudiziaria dispone l'estumulazione straordinaria e l'autopsia. È il brutto finale di una vicenda in cui nessuno ha formalmente sbagliato, in cui qualcuno si è strumentalmente attaccato ad una applicazione letterale del Regolamento di

<sup>(2)</sup> Art. 37, co.4 D.P.R. 285/90: *"Il coordinatore sanitario può disporre il riscontro diagnostico anche sui cadaveri delle persone decedute a domicilio quando la morte sia dovuta a malattia infettiva e diffusiva o sospetta di esserlo ..."*. Sui cadaveri di persone decedute a domicilio, non in ospedale.

polizia mortuaria ed in cui tale regolamento ha mostrato dei limiti.

Dire che il sistema nel suo complesso non ha funzionato può sembrare deresponsabilizzante, ma è così. Inutile cercare a tutti i costi un colpevole. Molto meglio evitare che l'errore si ripeta.

Ho descritto un caso (quasi) inventato: veniamo ad un caso che mi ha visto coinvolto e che avrebbe benissimo potuto evitare in un errore.

### Dietro ad una firma

La collega della Direzione Sanitaria dell'Ospedale di ... mi contatta nel tardo pomeriggio. È nuova, si trova alle prese con un problema delicato. Nel suo ospedale è morto un paziente, da tempo ricoverato. I familiari hanno chiesto il trasporto di salma nella camera mortuaria di un'altra città: serve pertanto l'autorizzazione rilasciata dall'ospedale<sup>(3)</sup>, attestante che non vi sono problemi legati a malattie infettive e che non c'è sospetto di reato. I familiari intendono poi cremare il cadavere, quindi occorre la certificazione ex art. 79 co.4 D.P.R. 285/90<sup>(4)</sup>. Il problema è rappresentato dal fatto che in cartella clinica c'è un esame inquietante: positività all'antigene urinario della legionella. Perciò, deduce la collega, il paziente è morto per legionellosi e può averla contratta solo in ospedale, vista la durata del ricovero. Mi chiede un consiglio. Le dico di non prendere decisioni frettolose: la situazione che ha prospettato è scabrosa, risulterebbe l'obbligo di controlli immediati in ospedale e di accertamenti sulla salma. Prima di partire in quarta, meglio riflettere. Vado in cerca del mio dirigente che segue le inchieste sulla legionellosi. Per fortuna lo trovo: è perfettamente al corrente del fatto che un paziente in condizioni critiche e positivo all'antigene urinario era ricoverato in un nostro ospedale e sobbalza quando gli riferisco del sospetto di morte per legionellosi. Con calma mi spiega una situazione complicata. Il paziente, mesi fa, aveva contratto la legionellosi, ed ovviamente l'antigene urinario si era positivizzato: il paziente era poi guarito. In occasione del successivo ricovero di alcune settimane fa, l'esame era stato replicato, nell'ambito di una diagnosi differenziale (cioè per districarsi fra varie ipotesi diagnostiche), dando esito positivo ma con un livello (il termine corretto è "titolo") bassissimo. Segno che si trattava non di un'infezione in atto ma delle tracce della pregressa infezione: valutazione confermata dalla constatazione che un secondo esame, effettuato ad una settimana di distanza, non aveva mostrato variazioni. Il mio dirigente contatta la collega di direzione sanitaria, guidandola nella comprensione degli

elementi offerti dalla cartella clinica. Non è facile, la cartella è voluminosa. Occorrono diversi minuti. Alla fine la collega si convince: firmerà le carte necessarie. Merito del mio dirigente, che conosceva a fondo la pratica, se la situazione si è sbloccata. In questa vicenda avevamo un ruolo puramente consultivo, ma se fosse toccato solo a me fornire un orientamento avrei favorito uno sbaglio, basandomi sui dati incompleti riferiti. È andata bene, la famiglia non ha patito interferenze.

Nel caso che ho riassunto emerge un deficit organizzativo: è mancato il raccordo tra i medici del reparto ed il medico di direzione ospedaliera, che si è trovato a dovere prendere una decisione senza essere stato messo a conoscenza di dettagli importanti. I medici di reparto potrebbero sostenere che era già tutto in cartella clinica, bastava esaminarla con attenzione, ma nell'ottica della gestione del rischio il rimpallo delle colpe viene dopo: prima viene l'esigenza di evitare determinate situazioni che facilitano l'errore. Il rischio, in questo caso, era che saltasse la cerimonia funebre e che il corpo venisse sottoposto ad inutili dissezioni.

La vicenda è servita alla mia Azienda per introdurre cambiamenti? No.

In polizia mortuaria siamo molto indietro rispetto alla clinica: l'errore che comporta conseguenze plateali è oggetto di intervento, altrimenti l'interesse è inesistente<sup>(5)</sup>. Manca una classificazione degli eventi in potenziali, minori e maggiori<sup>(6)</sup>, mancano i percorsi di segnalazione e successiva attivazione. Se anche i campanelli di allarme suonano, non è previsto il loro ascolto. Bisogna pur incominciare a parlarne.

(\* *Dirigente medico I livello presso Servizio Igiene Pubblica AUSL Ravenna*

<sup>(3)</sup> Il caso è avvenuto in Emilia Romagna, regione che ha disciplinato il trasporto di salma con la L.R. 19/2004. Prima dell'accertamento di morte ex art. 4 D.P.R. 285/90 è consentito il trasporto a cassa aperta del corpo inanimato, denominato "salma".

<sup>(4)</sup> Si tratta del certificato di esclusione del sospetto di morte dovuta a reato.

<sup>(5)</sup> Inutile nascondere una ragione concretissima: la gestione del rischio, in clinica, si è sviluppata soprattutto con l'intento di ridurre un contenzioso legale preoccupante. Questo stimolo manca in polizia mortuaria, dove i familiari dei defunti ben difficilmente ricorrono a vie legali in caso di disservizi.

<sup>(6)</sup> La peculiarità dell'attività di polizia mortuaria potrebbe anche indurre ad inserire, tra gli eventi suggestivi di errore, eventi "in negativo". Ad esempio, il dato dell'assenza di rilascio di autorizzazioni al trasporto e sepoltura di arti da parte di una AUSL dovrebbe fare riflettere: forse non c'è domanda, ma forse non c'è risposta, nel senso che nessuno ha mai approntato le procedure di rilascio dell'autorizzazione. O forse gli arti vengono seppelliti in carenza di autorizzazione. Certo che, se nelle statistiche regionali questo dato non è nemmeno raccolto, nessuno se ne accorge.