

# Emergency Care Journal

Organizzazione, Clinica, Ricerca



numero 3 - settembre 2011

## editoriale

- 4** La valutazione del contesto: dalle riflessioni di Saint Vincent alla traduzione nel modo reale  
Ivo Casagrande

## clinica e terapia

- 5** Role of bedside-focused ultrasonographic evaluation in the critical patient: a case report  
Andrea Bruzzone, Irene Ponassi, Caterina Passalia, Eleonora Arboscello, Riccardo Ghio
- 9** The use of the biomarker "copeptin" for the diagnosis of acute chest pain in the Emergency Department  
Elisa Conti, Marcello Guidi, Mario Cavazza
- 13** Sanguinamento da rottura di varici da un sito raro nell'ipertensione portale.  
Diagnosi differenziale con le cause di shock ipovolemico acuto in emergenza  
Rosarino Procopio, Elio Scaramuzzino

## organizzazione e formazione

- 15** La centralizzazione del politrauma.  
Studio della realtà ferrarese e simulazione della presenza di un protocollo concordato  
Luigi Melcarne, Adelina Ricciardelli, Roberto Melandri, Marco Farinatti, Alessandro Gatti, Savino Occhionorelli
- 20** "Gestione interattiva di eventi critici": ipotesi di una nuova tecnica formativa  
Cinzia Orsini, Elisabetta Cricca, Sandro Galavotti, Marina Mazzotti, Brunella Parma, Amedeo Corsi

## assistenza infermieristica

- 27** Il Triage Emergency Method Versione 2 (TEM v2).  
Un nuovo metodo di triage intraospedaliero  
Nicola Parenti, Vito Serventi, Rossella Miglio, Stefano Masi, Leopoldo Sarli

## contributi specialistici all'urgenza

- 35** Complex decision-making: initial results of an empirical study  
Pier Luigi Baldi
- 38** Il suicidio e il tentato suicidio: una sfida in emergenza-urgenza.  
Rassegna critica ed esperienza dei PS della Provincia di Parma  
Gianni Rastelli, Marco Trevia, Giuseppe Lippi, Gianfranco Cervellini



“You are now included in PubMed. Congratulations!

We can help you to reach new readers and potential subscribers around the world.

Many publishers find that partnering with MEDLINE helps them to grow their subscription, circulation, and citation numbers”

Inizia così il messaggio che lo scorso fine luglio ci ha comunicato che

## **Emergency Care Journal** *Organizzazione, Clinica, Ricerca*

è stata accettata e indicizzata su PUBMED!

Dopo oltre 6 anni dalla sua nascita, dopo aver superato diversi ostacoli, un grande risultato è stato ottenuto

Un punto di partenza fondamentale per arrivare, entro pochi anni, ad ottenere *citations* e di riflesso raggiungere un *impact factor*.



# Sommario

## Editoriale ..... 4

## Clinica e terapia

Role of bedside-focused ultrasonographic evaluation in the critical patient: a case report

Andrea Bruzzone, Irene Ponassi, Caterina Passalia, Eleonora Arboscello, Riccardo Ghio ..... 5

The use of the biomarker "copeptin" for the diagnosis of acute chest pain in the Emergency Department

Elisa Conti, Marcello Guidi, Mario Cavazza ..... 9

Sanguinamento da rottura di varici da un sito raro nell'ipertensione portale. diagnosi differenziale con le cause di shock ipovolemico acuto in emergenza

Rosarino Procopio, Elio Scaramuzzino ..... 13

## Organizzazione e formazione

La centralizzazione del politrauma. Studio della realtà ferrarese e simulazione della presenza di un protocollo concordato

Luigi Melcarne, Adelina Ricciardelli, Roberto Melandri, Marco Farinatti, Alessandro Gatti, Savino Occhionorelli..... 15

"Gestione interattiva di eventi critici": ipotesi di una nuova tecnica formativa

Cinzia Orsini, Elisabetta Cricca, Sandro Galavotti, Marina Mazzotti, Brunella Parma, Amedeo Corsi ..... 20

## Assistenza infermieristica

Il Triage Emergency Method Versione 2 (TEM v2)

Un nuovo metodo di triage intraospedaliero  
Nicola Parenti, Vito Serventi, Rossella Miglio, Stefano Masi, Leopoldo Sarli ..... 27

## Contributi specialistici all'urgenza

Complex decision-making: initial results of an empirical study

Pier Luigi Baldi ..... 35

Il suicidio e il tentato suicidio: una sfida in emergenza-urgenza.

Rassegna critica ed esperienza dei PS della Provincia di Parma

Gianni Rastelli, Marco Trevia, Giuseppe Lippi, Gianfranco Cervellin ..... 38

DIRETTORE RESPONSABILE:  
M. Cavazza, I. Casagrande

CO-DIRETTORI:  
C. Locatelli, B. Tartaglino

COMITATO DI REDAZIONE  
Federico Miglio, Massimo Pesenti Campagnoni, Carlo Locatelli, Daniele Coen, Antonio Morra, Anna Fagiani, Libero Barozzi, Paolo Carraro, Paolo Danesino, Maurizio Mori, Franco Perraro, Mauro Frascisco, Cristina Mazzoleni, Daniele Ebbli, Giovanni Volpicelli, Mario Cavazza, Carolina Prevaldi

SEGRETERIA DI REDAZIONE  
Francesco Buccelletti, Enrico Ferri, Cristiano Lauritano, Tiziano Lenzi, Michele Santoro

EDITORE  
C.G. Edizioni Medico Scientifiche s.r.l.  
Via Candido Viberti, 7 - 10141 Torino, Italia  
Tel. 011.33.85.07 r.a. - Fax 011.385.27.50  
E-mail: cgems.redazione1@cgems.it  
Site Web: www.cgems.it

STAMPA:  
Ages Arti Grafiche s.r.l. - Torino  
Finito di stampare il 3/10/2011

Emergency Care Journal, periodico ufficiale della società scientifica AcEMC

Registrazione al Tribunale di Torino per Emergency Care Journal n. 5935 del 17/01/2006. Poste Italiane. Spedizione in A.p. DL 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB Torino.

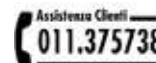
AVVERTENZE: si fa presente che l'IVA è assolta all'origine dall'Editore a norma dell'art. 74 comma 1/C - DPR 633/1972. Inoltre gli articoli 1 e 5 del DM 29 dicembre 1989 esonerano gli Editori dall'emissione di fatture per la cessione di pubblicazioni per le quali è stato scelto il regime forfettario.

© Copyright by C.G. Edizioni Medico Scientifiche s.r.l. Torino. Tutti i diritti di proprietà letteraria e artistica sono riservati, compreso quello di traduzione. Nessuna parte della rivista può essere riprodotta, contenuta in un sistema di recupero o trasmessa in ogni forma e con ogni mezzo elettronico, meccanico, di fotocopia, incisione o altrimenti, senza permesso scritto dell'Editore.

Emergency Care Journal non è affiliata con nessuna Industria Farmaceutica o con Produttori di strumenti medicali

Fotocopie per uso personale del Lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun fascicolo di periodico dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, comma 4, della Legge 22 aprile 1941 n. 633 ovvero dall'accordo stipulato tra SIAE, AIE, SNS, e CNA, CONFARTIGIANATO, CASA, CLAAI, CONFCOMMERCIO, CONFESERCENTI il 18 dicembre 2000. Le riproduzioni per uso differente da quello personale potranno avvenire solo a seguito di specifica autorizzazione rilasciata dall'Editore.

Per ricevere senza alcun impegno maggiori chiarimenti, è a disposizione il Servizio Assistenza Clienti attivo dal lunedì al venerdì dalle 9,00 alle 12,30 e dalle 13,30 alle 17,30.



## La valutazione del contesto: dalle riflessioni di Saint Vincent alla traduzione nel modo reale

Ivo Casagrande

ECJ Senior Editor and Journal Founder

Molti dei lettori ricorderanno le due giornate di Saint Vincent su "Errore e responsabilità nelle organizzazioni sanitarie complesse", il dibattito seguito alla presentazione del questionario che evidenziava il peso della medicina difensiva nelle decisioni dei medici, le proposte dei giuristi della Fondazione Federico Stella dell'Università Cattolica di Milano con la proposta di arrivare a una proposta legislativa che depenalizzasse l'errore medico in assenza di dolo e l'intervento del Consigliere della Corte di Cassazione Blaiotta che introduceva il concetto di contestualizzazione dell'errore. Questo intervento suscitò un ampio dibattito, proprio perché da parte dei medici d'urgenza si capiva come fosse importante che il mondo giuridico comprendesse le condizioni particolari, il "contesto", in cui essi operano: affollamento, necessità di operare in *multitasking*, poco tempo a disposizione per la decisione, numerose interruzioni. Al termine del Convegno venne scritta la carta di Saint Vincent, un documento di consenso su errore e responsabilità nelle organizzazioni sanitarie complesse, che all'ultimo punto recita: "Per consolidare il rapporto di fiducia tra medico e paziente è indispensabile ridisegnare l'attuale modello di attribuzione della responsabilità penale e civile. Una ragionevole limitazione della responsabilità penale del sanitario ai soli eventi avversi realizzati con 'colpa grave', accompagnata dall'introduzione di programmi di giustizia riparativa in ambito sanitario e da un riordino delle norme in tema di assicurazione per la responsabilità civile che metta al centro le strutture che erogano prestazioni sanitarie e non i singoli operatori. Ciò consentirebbe di spezzare il circolo vizioso che induce molti sanitari, oggi, ad adottare comportamenti di medicina difensiva". Alla luce di quanto scritto è utile esaminare la sentenza 16328/11 della Corte Suprema di Cassazione, quarta sezione penale, su ricorso avverso una precedente sentenza del giudice del Tribunale di Rossano di non luogo a procedere ai sensi dell'articolo 425 cod. proc. pen. nei confronti di [omissis] in ordine al reato di omicidio colposo in danno di [omissis] per non aver commesso il fatto. Il ricorso alla Corte di Cassazione era stato fatto nei confronti del medico di Pronto Soccorso e di un cardiologo, per imperizia, negligenza, comportamento omissivo, mancato approfondimento diagnostico e conseguente diagnosi clamorosamente erronea a cui seguiva la morte del paziente. La relazione al Consiglio della Corte è stata fatta dal dott. Rocco Marco Blaiotta.

La relazione racconta la storia, passata e presente, in tema di colpa nell'esercizio della professione medica. Fino agli anni '80 la responsabilità penale si configurava solo nei casi di colpa grave e cioè "di macroscopica violazione delle più elementari regole dell'arte". Successivamente vi è stato un cambiamento del pensiero giurisprudenziale ritenendo che questo atteggiamento coprisse anche casi di effettiva superficialità da parte dei professionisti e che derivasse da una concezione paternalistica del rapporto medico-paziente. A partire dagli anni '80 l'indirizzo giurisprudenziale muta radicalmente e la colpa professionale viene valutata sulla base delle regole generali contenute nell'articolo 43 del codice penale.

Ritornando ai punti di novità della relazione Blaiotta, emerge il concetto di contesto che dovrebbe essere tenuto in conto

nell'esprimere il giudizio. Vanno valutate le contingenze in cui siano presenti difficoltà o novità tecnico-scientifiche e dall'altro "aspetto mai prima enucleato esplicitamente, le contingenze nelle quali il medico si trova ad operare in emergenza quindi in quella situazione turbata dall'impellenza che [omissis] rende non di rado difficili anche le cose facili".

La relazione prosegue con una osservazione importante "quest'ultima notazione [omissis] apre alla considerazione delle contingenze del caso concreto che dischiudono le valutazioni sul profilo soggettivo della colpa, sulla concreta esigibilità della condotta astrattamente doverosa".

Infine la conclusione: "[omissis] una attenta e prudente analisi della realtà di ciascun caso può consentire di cogliere i casi nei quali vi è una particolare difficoltà nella diagnosi, sovente accresciuta dall'urgenza; e di distinguere tale situazione da quelle in cui il medico è malaccorto, non si adoperava a fronteggiare adeguatamente l'urgenza o tiene comportamenti semplicemente omissivi, tanto più quanto la sua specializzazione gli impone di agire tempestivamente proprio in urgenza". Per concludere, è probabile che nel prossimo futuro nella valutazione della colpa nell'esercizio della professione medica si distingueranno i casi in cui il medico è stato maldestro, non si è adoperato adeguatamente per risolvere il problema o ha adottato comportamenti omissivi, dai casi in cui vi è stata particolare difficoltà nel giungere alla diagnosi o da quelli in cui problemi legati al contesto sono stati causa di intervento non adeguato.

Ancora dalla Carta di Saint Vincent.

"Occorre considerare la medicina come una scienza che opera in contesti al contempo di profonda conoscenza e di grande incertezza [omissis] in caso di errori involontari, occorre superare la cultura della colpa orientata soltanto a individuare il colpevole di un avvento avverso. È auspicabile promuovere processi di *just culture* in cui i professionisti siano messi in grado di distinguere i comportamenti accettabili da quelli non accettabili".

P.S.

I più attenti tra i Lettori avranno visto che a differenza delle altre volte non ho firmato l'editoriale come Editor in Chief di ECJ. Da questo numero ho, come si dice, passato la mano al dott. Mario Cavazza, che ringrazio per aver accettato con entusiasmo questo incarico. Questa decisione è maturata nel tempo per due motivi: il primo è che i numerosi impegni mi impedivano ormai di far fronte alle numerose responsabilità che la direzione di una rivista richiede e il secondo è la convinzione che un ricambio nella direzione porti nuovi stimoli e nuove idee. Mi rimane la profonda soddisfazione di essere riuscito, dopo aver fondato ECJ, a farla uscire regolarmente, pur tra mille difficoltà, per sei anni. Ma la soddisfazione maggiore è di lasciare la direzione dopo aver portato questa rivista, con l'aiuto di alcuni Amici sempre presenti, all'indicizzazione su Medline. Ringrazio l'Editore, il Direttore Editoriale e la sua équipe perché in tutti questi anni hanno permesso alla rivista di uscire regolarmente lasciandomi tutta la libertà possibile nell'impostazione della rivista e nella pubblicazione degli articoli. Infine un grazie di cuore a tutti i Lettori che in questi anni non ci hanno mai abbandonato.