

STUDII ȘI SINTEZE

CZU: 616-091+340.1+343.61

DOI: <https://doi.org/10.52692/1857-0011.2023.3-77.01>**ASPECTE MEDICALE ȘI JURIDICE ALE DIVERGENȚEI
DE DIAGNOSTIC CLINIC ȘI ANATOMOPATOLOGIC
ÎN CADRUL INSTITUȚIEI MEDICALE SPECIALIZATE****Ion HAIDARLI¹**, dr. hab. în șt. med., conf. cercet., membru cor. AȘMM,**Constantin PISARENCO²**, dr. în drept, conf. univer.,**Elena TUDOR¹**, dr. șt. în med., conf. cercet.,**Oleg CAZAC¹**, medic anatomopatolog,**Mihaela COZMA¹**, medic rezident¹ IMSP Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”, Chișinău, Republica Moldova² Universitatea Liberă Internațională din Moldova, Chișinău, Republica Moldovae-mail: ion.haidarli@gmail.com**Rezumat.**

În baza analizei literaturii de specialitate, a actelor normative și legislative, precum și a datelor din propriile cercetări, sunt prezentate aspectele medicale și juridice ale divergențelor dintre diagnosticul clinic și anatomopatologic. Astfel, prin analiza materialelor de arhivă ale Institutului de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc” s-a stabilit, că procentul de autopsii în perioada 2013-2022 a variat între 68,5% și 94,4%. Având o tendință stabilă de creștere ($R^2=0,7542$), acest indicator a fost în medie de 83,7%. Procentul divergențelor de diagnostic în această perioadă a variat între 7,0% și 24,5%, media fiind de 14,4%. Tendința de scădere a acestui indicator de la 24,5% în 2013 la 16,8% în 2022 nu a fost concludentă ($R^2=0,3097$).

Cuvinte cheie: diagnostic clinic și anatomopatologic, divergență, calitatea asistenței medicale, siguranța pacientului, eroare medicală, drept medical.

Summary. Medical and legal aspects of the divergence of clinical and anatomopathological diagnosis within the specialized medical institution.

Based on the analysis of specialized literature, normative and legislative acts, as well as data from own research, the medical and legal aspects of the divergences between clinical and anatomopathological diagnosis are presented. Thus, through the analysis of the archive materials of Institute of Phthisiopneumology «Chiril Draganiuc» it was established that the percentage of autopsies in the period 2013-2022 varied between 68.5% and 94.4%. Having a stable growth trend ($R^2=0.7542$), this indicator averaged 83.7%. The percentage of diagnostic discrepancies during this period ranged from 7.0% to 24.5%, with a mean of 14.4%. The downward trend of this indicator from 24.5% in 2013 to 16.8% in 2022 was not conclusive ($R^2=0.3097$).

Keywords: clinical and anatomopathological diagnosis, discrepancy, quality of healthcare, patient safety, medical error, medical law.

Резюме. Медико-правовые спектры расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов в условиях специализированного медицинского учреждения.

На основе анализа специализированной литературы, нормативных и законодательных актов, а также данных собственных исследований представлены медико-правовые аспекты расхождений между клиническим и патологоанатомическим диагнозом. Так, путем анализа архивных материалов ИМСП Института пневмоторакса «Кирилл Драганюк» установлено, что процент вскрытий в период 2013-2022 гг. варьировался от 68,5% до 94,4%. При устойчивой тенденции роста ($R^2=0,7542$) данный показатель составил в среднем 83,7%. Процент диагностических расхождений за этот период колебался от 7,0% до 24,5%, в среднем 14,4%. Тенденция снижения данного показателя с 24,5% в 2013 году до 16,8% в 2022 году не была убедительной ($R^2=0,3097$).

Ключевые слова: клинический и патологоанатомический диагноз, расхождение, качество медицинской помощи, безопасность пациента, медицинская ошибка, медицинское право.

Introducere.

Acțiunile diagnostic-curative, în condițiile asistenței medicale specializate moderne, prezintă un interes deosebit pentru îmbunătățirea continuă a calității acesteia. În plan științifico-practic, o semnificație aparte îi revine analizei clinice și anatomopatologice pentru identificarea cauzelor principale și imediate a decesului, tragerea concluziilor retrospective referitor la erorile de diagnostic, la eficiența joasă a activităților terapeutice, cât și la planificarea căilor de reducere a mortalității [21].

Expertiza anatomopatologică oportună cu identificarea cauzei și mecanismului instalării decesului, a erorilor comise în acordarea îngrijirilor medicale și a cauzelor acestora, poate sta la baza evaluării calității asistenței medicale. Materialele investigațiilor anatomopatologice oferă informații precise și oportune despre structura incidenței și cauzele deceselor, calitatea activității diagnostice și terapeutice a instituțiilor medicale.

În ultimii ani, majoritatea (82,4%) autopsiilor anatomopatologice sunt efectuate în cazurile de deces intraspitalicesc și doar 17,6% la decesele instalate în alte locuri [35]. Analiza clinică și anatomopatologică a cazurilor de deces în instituțiile medicale ar trebui să includă și confruntarea diagnosticului clinic final cu cel stabilit post-mortem [23, 25]. Dacă se constată că decesul este consecința ireversibilă a asistenței medicale, atunci analiza clinico-anatomopatologică ar trebui să fie considerată drept cel mai veritabil mecanism de control și creștere a calității procesului de diagnosticare și tratament [21, 29].

În cadrul sistemului integral de asistență medicală, analiza clinică și anatomopatologică poate fi considerată, cu siguranță, punctul de pornire pentru generalizarea ulterioară a evaluării calității îngrijirilor medicale acordate populației. Datele obținute prin analiza clinico-anatomopatologică asigură luarea deciziilor adecvate, dirijate spre îmbunătățirea diagnosticării, tratamentului prompt și corect al bolilor, traumatismelor și intoxicațiilor.

Prin studierea și analiza datelor clinice și anatomopatologice, cât și confruntarea diagnosticelor, se realizează un anumit control științifico-practic colegial asupra calității diagnosticării și tratamentului intravital. Astfel, rolul expertizei anatomopatologice în stabilirea responsabilității materiale și juridice a personalului medical nu a scăzut și chiar este într-o ușoară creștere [9].

Scopul studiului.

Evaluarea medicală și juridică a divergențelor de diagnostic clinic și anatomopatologic la decesele intraspitalicești în contextul creșterii calității asistenței medicale și gradului de siguranță a pacientului.

Material și metode.

Publicații științifice referitoare la subiectul studiului, selectate prin intermediul motoarelor de căutare din bazele de date medicale; materiale de arhivă ale Institutului de Ftiziopneumologie "Chiril Draganiuc" perioada 2013-2022; fișe medicale de observație clinică (F-003/e), inclusiv epicrize clinice și anatomopatologice; procese-verbale de expertiză anatomopatologică (F-013/e); dări de seamă secția Anatomie patologică; procese-verbale ale conferințelor clinico-anatomopatologice, cât și acte legislative, normative și metodice.

Rezultate și discuții.

Gândirea medicală, cât și gândirea oricărei persoane, este conceptuală. Conceptul este o idee în care se reflectă trăsăturile distincte ale obiectelor și fenomenelor realității. Referitor la diagnostic, acesta este o formulă a concluziilor medicale privind starea de sănătate a pacientului examinat, maladia (trauma) existentă sau cauza morții, fiind exprimate în termeni prevăzuți de clasificările și nomenclatoarele bolilor. Procesul de stabilire a diagnosticului se numește diagnosticare. Diagnosticul inițial poate fi incorect, iar investigațiile suplimentare reduc probabilitatea erorilor de diagnostic.

În practica medicală se deosebesc câteva tipuri principale de diagnostic: diagnosticul clinic, diagnosticul anatomopatologic, diagnosticul medico-legal și diagnosticul epidemiologic. Diagnosticul clinic se stabilește pe baza simptomelor, acuzelor pacientului, rezultatelor examinării și istoricului medical, este dinamic și poate fi completat și modificat pe parcursul procesului de tratament, el se modifică pe măsură ce se schimbă starea pacientului și poate fi preliminar, etapizat și final. În funcție de evoluția bolii, diagnosticul clinic la momentul externării pacientului din spital devine diagnosticul clinic final sau diagnosticul clinic final post-mortem în caz de deces.

Diagnosticul clinic poartă o sarcină funcțională cu mai multe aspecte, care contribuie la: tratamentul succesiv complet și profilaxia secundară; elaborarea măsurilor antiepidemice în timp real; reabilitarea medicală și recuperarea sănătății; pronosticul medical; evaluarea capacității de muncă; selecția profesională și controlul medical în sport; examinarea aptitudinii pentru serviciul militar, capacității de exercițiu; evidența statistică a morbidității și mortalității; formarea modului de gândire clinică și îmbunătățirea acesteia; analiza științifică a problemelor clinice, diagnostice, terapeutice și morfopatologice; evaluarea expertă a standardului de calitate a tratamentului [26, 38]. Dintre toate funcțiile enunțate, prima din listă este principală, deoarece determină tipul de diagnostic medical.

În formularea diagnosticului anatomopatologic se utilizează informația despre modificările morfopato-

logice organice și tisulare identificate prin necropsie. De aceea, diagnosticul anatomopatologic, fiind, în esență, clinico-anatomopatologic, după autopsie devine mai complet și mai precis și este direcționat spre stabilirea obiectivă a caracterului, esenței și originii proceselor patologice, a stărilor și bolilor, a determinării timpului și secvenței apariției lor, precum și a gradului de dezvoltare și legăturii dintre ele; stabilirea cauzei și mecanismului instalării decesului [30].

Diagnosticul clinic și anatomopatologic sunt construite pe principii similare – de nosologie și etiopatogenie [37]. Fiecare dintre acestea trebuie să reflecte etiologia și patogenia bolii, o secvență logică de modificări argumentate în timp, o caracteristică intranosologică (tipul evoluției, gradul de activitate, stadiul), să fie cât mai complet posibil, să includă întregul complex de modificări patologice, inclusiv cele cauzate de intervenția medicală, să nu fie formal, ci un “diagnostic al unui pacient specific”.

Diagnosticul anatomopatologic, inclusiv examenul histopatologic al țesuturilor și al altor probe biologice, este important pentru confirmarea sau infirmarea diagnosticului clinic și pentru identificarea cauzelor care stau la baza afecțiunii. De asemenea, evaluarea calității asistenței medicale ar trebui să includă elucidarea dacă pacientul a profitat de investigațiile și testele adecvate pentru confirmarea diagnosticului clinic și dacă diagnosticul anatomopatologic a fost realizat în timp util și cu acuratețe.

Confruntarea diagnosticului clinic și anatomopatologic necesită realizată în mod colaborativ de către anatomopatolog și medicul curant, pentru care prezența celui din urmă la autopsie este obligatorie. În Republica Moldova confruntarea diagnosticelor clinice și anatomopatologice se face pe trei rubrici, care trebuie să conțină diagnosticul clinic final și diagnosticul anatomopatologic final: a) boala principală; b) complicații; c) boli concomitente.

Diagnosticul clinic și anatomopatologic principal poate include una sau mai multe unități nosologice și atunci este numit combinat, iar la formularea sa se identifică: boli concurente – două sau mai multe boli, care în parte poate cauza decesul; boli combinate – care nu sunt fatale în sine, dar în combinație, dezvoltându-se simultan, agravează evoluția bolii principale și în comun duc la un rezultat fatal; boli de fundal – unități nosologice care au jucat un rol important în apariția și evoluția nefavorabilă a bolii principale și au contribuit la apariția complicațiilor grave, uneori fatale.

Rezultatul comparării diagnosticelor este chemat să constate anumite fapte:

– diagnosticul clinic și anatomopatologic principal coincid sau nu; în cazul în care nu coincid, se constată divergență de diagnostic clinic și anatomopatologic ale bolii principale;

– diagnosticul în rubricile “boli de bază”, “complicații” și “boli concomitente” coincide sau nu; în cazul în care nu coincide, se constată divergență între diagnostice din aceste rubrici.

La secțiunea de divergență a maladiei principale se specifică anumite variante:

– divergență de diagnostic în sens nosologic, cauză a procesului sau localizare a leziunii (inclusiv când diagnosticul clinic nu indică localizarea procesului);

– nu a fost depistată una dintre bolile concurente, concomitente, asociate în diagnosticul combinat;

– înlocuirea formei nosologice cu un sindrom, o complicație;

– formularea incorectă a diagnosticului clinic (nerespectarea principiului etiopatogenic, lipsa rubricii, evaluarea complicației ca boală principală sau boală principală ca proces asociat).

– nedepistarea intravitală a iatrogeniilor, în cazul când diagnosticul incorect a condus la o tactică medicală greșită, care a jucat un rol decisiv în rezultatul fatal.

La stabilirea faptului de divergență a diagnosticului bolii principale, se determină categoria acesteia, care indică posibilitatea obiectivă sau imposibilitatea unui diagnostic intravital corect, cât și importanța erorii de diagnostic pentru evoluția bolii [8].

Categoria I include cazurile în care boala nu a fost depistată la etapele anterioare, iar stabilirea unui diagnostic corect în această instituție medicală nu a fost posibilă din cauza gravității stării pacientului, duratei scurte de aflare a pacientului în spital și a altor dificultăți obiective. Discutarea acestui grup de divergențe de diagnostic se va face la conferințele clinico-anatomopatologice în cadrul instituției respective. Categoria II include cazurile în care boala nu a fost depistată în această instituție medicală din cauza insuficiențelor în examinarea pacientului. Trebuie de luat în considerare faptul că un diagnostic corect nu ar fi avut neapărat un impact decisiv asupra evoluției bolii. Cu toate acestea, diagnosticul corect ar fi putut și ar fi trebuit să fie stabilit. Categoria III include cazurile în care diagnosticul incorect a dus la o tactică medicală greșită, ceea ce a jucat un rol decisiv în rezultatul fatal.

Este de menționat că experiența practică în aplicarea acestor categorii a demonstrat posibilitatea unei interpretări ambigue a lor. Astfel, deoarece eroarea de diagnosticare în categoria II apare doar din motive subiective, totuși, în practică, o parte dintre cazurile de divergențe între diagnostice sunt interpretate de medici ca fiind rezultatul dificultăților obiective de diagnosticare (și nu sunt transferate în categoria I), iar o altă parte – a cauzelor subiective [32].

Determinarea categoriei de divergență între diagnosticul clinic și cel anatomopatologic trebuie să fie însoțită obligatoriu de identificarea cauzelor divergenței, adesea, a deficiențelor în activitatea medicului curant.

Indiferent de categoria divergențelor dintre diagnostiche, pentru toate au fost stabilite motivele lor obiective și subiective. La motivele obiective sunt referite: durata scurtă de aflare a pacientului în instituția medicală (afare scurtă); dificultăți în diagnosticarea bolii (atipicitate, manifestări slabe ale bolii și raritatea acestei boli); severitatea stării pacientului (prezența contraindicațiilor obiective). Motivele subiective ale divergențelor includ: examinare insuficientă a pacientului; subestimarea/supraestimarea datelor anamnestice; neglijarea datelor clinice; interpretarea incorectă (neglijare sau supraestimare) a datelor de laborator, radiologice și a altor metode suplimentare de examinare, a concluziei consultantului; examinare insuficientă a pacientului; construirea sau formularea incorectă a diagnosticului clinic final; alte motive. Lipsa echipamentului de diagnostic necesar în instituția medicală și admiterea pacientului într-un profil nepotrivit nu pot servi drept motive obiective pentru divergența diagnosticelor și ar trebui să fie analizate, în primul rând, la comisia curativă și de experți [7, 24].

După confruntarea diagnosticelor principale, se efectuează o comparare a complicațiilor și bolilor concomitente cele mai importante. Rezultatele corelației dintre diagnostice sunt înregistrate de către anatomopatolog într-o epicriză clinico-anatomopatologică, sunt aduse la cunoștința medicului curant și sunt discutate în mod colegial în cadrul ședințelor de conferință clinico-anatomopatologică [7, 19] sau a comisiei curative de control, care emit concluzia finală asupra categoriei divergenței dintre diagnostice. În acest context, nu doar diagnosticul clinicianului, ci și cel al patologului este supus discuției.

Este important, alături de compararea diagnosticelor, să se clarifice oportunitatea diagnosticului clinic principal, dacă complicațiile au fost diagnosticate la timp sau cu întârziere, și dacă întârzierea diagnosticării a influențat evoluția bolii. Se consideră că aflarea pacientului în spital este scurtă dacă durează mai puțin de 24 de ore (pentru pacienții de urgență, durata se reduce și se individualizează) [6].

În diferite țări se aplică diferite metode de confruntare a diagnosticelor clinic și anatomomorfologic. Cu toate acestea, prevăd determinarea "erorii principale", ceea ce implică stabilirea, pe baza rezultatelor autopsiei, a unui diagnostic clinic omis legat de boala principală sau cauza principală a decesului [10, 15]. Deoarece, identificarea corectă a bolii principale asigură o calitate ridicată a îngrijirii medicale acordate, tradițional se consideră că erorile diagnostice clinice sunt, de obicei, asociate cu rezultate nefavorabile ale stării pacientului [28].

În majoritatea țărilor din lume se utilizează anumite reguli de confruntare a diagnosticelor după sistemul internațional Goldman, ulterior modificate [13, 18].

Conform acestui sistem, se deosebesc 3 clase (tipuri) de divergențe ale diagnosticelor: clasa I – diagnostic greșit, care ar fi putut afecta supraviețuirea și ar fi putut necesita modificarea tratamentului; clasa II – diagnostic greșit, care nu a afectat supraviețuirea și nu ar fi necesitat modificarea tratamentului; clasa III – diagnostic secundar greșit, care nu este legat de evoluția bolii.

Conform meta-analizei publicațiilor privind utilizarea sistemului Goldman [17], frecvența divergențelor de diagnostic variază, de obicei, între 10-40%. Frecvența divergențelor de clasa I (în sistemul nostru, aceasta este categoria a III-a de divergențe) variază între 2,4-10,7%. Datele privind frecvența claselor de divergență conform sistemului Goldman la Jackson Memorial Hospital (University of Miami, Florida, SUA) sunt interesante. În această instituție medicală, poate cea mai calificată din SUA, procentul celor mai grave cazuri de divergență, corespunzătoare categoriei noastre a III-a, ajunge la aproape 20% [14].

Este important să se țină cont de faptul că, în general, variantele erorilor și cauzele acestora sunt "ascunse" în materialele documentației medicale (dacă aceasta a fost completă sau nu a fost "corectată"), iar în cazul "defectelor de tratament" și dezvoltării "iatrogeniei" – adesea sunt cunoscute de către clinician înainte de efectuarea expertizei anatomopatologice.

Iatrogenia implică consecințele negative ale acțiunilor (sau inacțiunilor) personalului medical și, în esența lor, indiferent de corectitudinea executării lor, reprezintă un tip de defecte în acordarea asistenței medicale. O parte dintre acestea, care au dus la deces sau la prejudicierea sănătății pacientului din cauza neglijenței, imprudenței sau a lipsei de profesionalism, se încadrează în categoria infraacțiunilor medicale [33].

Publicațiile tematice atestă că divergențele diagnostice între diagnosticul clinic și cel anatomopatologic prezintă o problemă semnificativă în diverse categorii de pacienți și că există multiple cauze și factori care contribuie la aceste divergențe [11, 23, 24].

În plan global, procentul de divergențe între diagnosticul clinic post-mortem și cel anatomopatologic este aproape constant și variază între 10-20%. De asemenea, există o regularitate clară, aproape matematică: cu cât procentul de autopsii este mai mare, cu atât procentul de divergențe este mai mic și invers. Acolo unde procentul de autopsii este minim, procentul de divergențe crește până la 30% și chiar mai mult [25]. Șaizeci și doi de ani în urmă, acad. Ippolit Davidovski a constatat că aproximativ o treime dintre apendicele îndepărtate, în urma examinării histologice, s-au dovedit a fi normale [22].

În stadiul actual al diagnosticului instrumental preoperator rafinat în chirurgie, s-a înregistrat nu doar o scădere a numărului total de apendicetomii, ci și o

scădere a proporției apendicitei simple în materialul chirurgical [34]. În același timp, la confruntarea diagnosticelor clinic și anatomopatologic, se constată divergențe în 17,9% din cazuri, în timp ce proporția proceselor mici și fără modificări, în materialul chirurgical este de 11,2%. Și, astfel, dezvoltarea și implementarea în practica clinică a unor noi metode de verificare sau excludere a apendicitei, forma distructivă, continuă să fie una dintre sarcinile importante ale chirurgiei [20].

Confruntarea diagnosticelor în cazul sepsisului la pacienții decedați în secția de reanimare chirurgicală a evidențiat divergențe de diagnostic în 28,0% dintre cazuri. Concomitent, în 5,0% dintre cazuri s-a identificat o divergență de diagnostic de categoria I și în 23,0% – categoria II, conform sistemului Goldman [27]. În cazul diabetului zaharat tip 2, divergențele de diagnostic au fost constatate în 33,0% dintre cazuri. În același timp, frecvența divergențelor de diagnostic (subdiagnosticare/supradiagnosticare) nu depindea de durata aflării pacientului în spital înainte de deces [36].

Prevalența divergențelor diagnostice poate fi, de asemenea, influențată de condițiile în care este efectuată autopsia, cum ar fi calitatea prelevării și prelucrării mostrelor, experiența și calificarea medicului anatomopatolog. De exemplu, studiul calității îngrijirilor medicale acordate pacienților cu tuberculoză pulmonară a relevat o divergență între diagnosticul clinic și cel anatomopatologic în 6,4% din cazuri. Totodată, în 90,0% din cazuri s-au constatat numeroase defecte la completarea documentației medicale. În plus, s-a constatat, că examenul histologic a fost efectuat doar la jumătate din cazuri, iar examenul bacteriologic prevăzut de standard nu s-a efectuat deloc [28].

Prin analiza materialelor de arhivă ale IMSP Institutul de Ftiziopneumologie “Chiril Draganiuc” s-a stabilit, că procentul de autopsii în perioada 2013-2022 a variat între 68,5% și 94,4%. Având o tendință stabilă de creștere ($R^2=0,7542$), acest indicator a fost în medie de 83,7%. Procentul divergențelor de diagnostic în anii menționați a variat între 7,0% și 24,5%, având o medie de 14,4%. Cu toate acestea, tendința de scădere a acestui indicator de la 24,5% în 2013 la 16,8% în 2022 nu a fost concludentă ($R^2=0,3097$).

Toate cazurile de divergență între diagnostice au fost discutate în cadrul ședințelor conferințelor clinico-anatomice sau ale comisiei curative de control. În urma discuțiilor, s-a stabilit că motivele divergenței de diagnostice în majoritatea cazurilor au fost obiective (termene scurte de spitalizare și severitatea stării pacientului). În 35,2% din cazuri, cauzele divergenței de diagnostice au fost de natură subiectivă (subestimarea datelor clinice sau paraclinice; investigație insuficientă; construirea sau formularea incorectă a diagnosticului clinic final). Divergențele de diagnos-

tic identificate se refereau la categoria I și mai rar la categoria II, adică erau determinate fie de motive independente de medic, fie de deficiențe în acordarea asistenței medicale, care nu au avut un impact decisiv asupra rezultatului fatal al bolii (de exemplu, determinarea incorectă a locului principal al patologiei în diagnosticul clinic final din cauza nerespectării de către medici a regulilor pentru stabilirea diagnosticului în 15,2% din cazuri). Conform sistemului Goldman, divergențele identificate între diagnosticul clinic final și cel anatomopatologic corespundeau categoriei III-IV, mai rar categoriei II.

Divergența în diagnosticare, ca și criteriu de evaluare a calității îngrijirilor medicale, atrage atenția nu numai a organizațiilor de sănătate, ci și a organelor de investigație. Actualmente, reprezentanții instituțiilor de sănătate se implică activ în discuțiile privind problemele serviciului anatomopatologic, solicitând informații referitor la numărul de divergențe între diagnosticul clinic și cel anatomopatologic. Asemenea atitudine a organelor de aplicare a legii asupra problemelor de corelație clinico-anatomică plasează aceste probleme în prim plan și, astfel de abordare a reprezentanților organelor de investigație față de evaluarea divergențelor în diagnosticare devine specifică. Aceștia consideră că indicatorul divergențelor ar trebui redus la zero ca indicator al erorilor în munca medicilor [25].

În acest sens, observăm, că divergența între diagnostice, ținând cont de cauza divergenței, poate avea consecințe de severitate variată nu numai pentru pacient, ci și pentru cadrul medical, cât și pentru instituția medicală. Astfel, în cazul în care se stabilește că există divergențe dintr-un motiv subiectiv, precum acțiuni/inacțiuni ale unui cadru medical, care au adus prejudicii sănătății și vieții pacientului, pe lângă consecințele etic-morale (pierderea încrederii, stres și suferință emoțională, responsabilitate morală) [5], pot apărea și anumite consecințe juridice, inclusiv:

- *Acțiuni civile.* Pacientul sau familia acestuia poate intenta un proces civil împotriva medicului sau a instituției medicale pentru a solicita despăgubiri, inclusiv compensarea pentru cheltuieli medicale, pierderea veniturilor, suferința emoțională și durerea fizică [1].

- *Acțiuni penale.* În cazurile grave de neglijență sau de conduită imprudentă, care au avut drept consecință prejudicii grave sau decesul pacientului, medicul poate fi inculpat penal. Acuzațiile penale pot varia în funcție de legislația locală și de gravitatea faptei. Conform art. 213 Codul Penal al Republicii Moldova, încălcarea din neglijență de către medic sau de către un alt lucrător medical a regulilor sau metodelor de acordare a asistenței medicale, dacă aceasta a cauzat decesul pacientului, se pedepsește cu închisoare de

pînă la 3 ani cu/fără privarea dreptului de a ocupa anumite funcții sau de a exercita o anumită activitate pe un termen de la 2 la 5 ani [2].

• *Sancțiuni disciplinare.* Autoritățile de reglementare a profesiilor medicale pot impune sancțiuni administrative medicului responsabil pentru eroarea sau neglijența, care a cauzat prejudicii pacientului. Aceste sancțiuni pot include avertismente, suspendarea sau revocarea licenței de practică, sau impunerea de condiții asupra exercitării profesiei [3].

Mai mult, implicațiile juridice ale erorilor medicale sau a neglijenței pot afecta reputația medicului și a instituției medicale, ceea ce poate avea consecințe negative asupra carierei profesionale și a posibilității de a atrage noi pacienți.

În cele din urmă, în condițiile asigurării medicale obligatorii, pentru divergențele în diagnosticare de categorie II și III, instituțiile medicale sunt supuse nu numai sancțiunilor punitive, ci nu li se acoperă nici cheltuielile financiare pentru tratamentul pacientului.

Este clar, că actualele instituții medicale sunt înteresate, în special, de indicatori obiectivi și imparțiali, care caracterizează calitatea îngrijirii medicale.

În acest context, cazurile de divergențe între diagnosticul clinic și cel anatomopatologic trebuie să fie subiectul unor discuții profesionale constructive în comunitatea medicală, cu adoptarea, dacă este necesar, și prevenirea consecințelor sale etic-morale și juridice, este esențial ca medicii să acorde o atenție deosebită calității asistenței medicale, să respecte protocoalele și ghidurile de practică, să participe la educația continuă și să colaboreze cu colegii lor în efortul comun de a asigura siguranța și bunăstarea pacientului. Instituțiile medicale ar trebui să promoveze cultura calității și a responsabilității, să încurajeze comunicarea eficientă între profesioniști și să pună în aplicare măsuri de prevenire a erorilor și a neglijenței [4, 5].

Prin urmare, reducerea divergențelor între diagnosticul clinic final și diagnosticul anatomopatologic necesită un efort coordonat și susținut de partea profesioniștilor din domeniul sănătății, instituțiilor medicale și autorităților de reglementare. Prin promovarea unei culturi a siguranței și a învățării, îmbunătățirea comunicării și colaborării interdisciplinare, utilizarea tehnologiei și a datelor pentru a informa procesul de diagnostic, și sprijinirea cercetării și inovării, este posibil să se reducă riscul de erori medicale și neglijență și să se asigure că pacienții profită de îngrijirea medicală de cea mai înaltă calitate.

Astfel, materialele prezentate demonstrează rolul important al corelației clinico-anatomice în evaluarea calității asistenței medicale, precum și necesitatea reglementării corespunzătoare a acestor roluri prin acte legislative și normative.

Concluzii

Evaluarea calității asistenței medicale trebuie să se concentreze pe identificarea corectă și oportună a bolii, precum și pe identificarea cauzelor subiacente ale acesteia. Atât diagnosticul clinic, cât și diagnosticul anatomopatologic sunt importante în evaluarea calității asistenței medicale, iar o abordare integrată și interdisciplinară poate asigura o evaluare precisă și completă a calității asistenței medicale.

Confruntarea diagnosticului clinic și anatomopatologic contribuie expresiv la determinarea gradului de precizie a stabilirii diagnosticului clinic. Când diagnosticul clinic a fost greșit sau tratamentul a fost inefficient, diagnosticul anatomopatologic poate conduce la identificarea cauzelor eșecului terapeutic, dacă a fost comisă o eroare și ce consecințe ar putea avea, precum și la trasarea măsurilor de îmbunătățire a calității îngrijirilor medicale ulterioare.

Analiza divergențelor poate contribui la identificarea problemelor sistemice care pot duce la divergențe, cum ar fi erorile de comunicare între medici și laboratoare sau probleme cu procedurile de prelevare și analiză a mostrelor. De asemenea, poate ajuta la îmbunătățirea instruirii medicale și la perfectarea mai calitativă a protocoalelor de diagnostic și tratament.

Evaluarea divergenței dintre diagnosticele clinic și anatomopatologic poate fi un instrument important pentru creșterea calității asistenței medicale și a siguranței pacientului, cât și pentru reducerea numărului de erori medicale, îmbunătățirea comunicării și colaborării între profesioniștii din domeniul sănătății.

Bibliografie

1. Cod nr. 1107 din 06-06-2002. Codul Civil al Republicii Moldova. Publicat: 22-06-2002 în Monitorul Oficial Nr. 82-86 art. 661. Modificat LP205 din 26.11.20, MO360-371/25.12.20 art.295; în vigoare 25.12.20.
2. Cod nr. 985 din 18-04-2002. Codul Penal al Republicii Moldova. Publicat: 14-04-2009 în Monitorul Oficial Nr. 72-74 art. 195. Versiune în vigoare din data 31.03.16 în baza modificărilor prin LP223 din 03.12.15, MO361-369/31.12.15 art. 681.
3. Cod nr. 154 din 28-03-2003 Codul Muncii al Republicii Moldova. Publicat: 29-07-2003 în Monitorul Oficial Nr. 159-162 art. 648. Modificat LP219 din 21.07.22, MO257-263/12.08.22 art.516; în vigoare 01.09.22. LP195 din 14.07.22, MO246-250/05.08.22 art.478; în vigoare 01.09.22.
4. Legea RM nr. Nr. 264 din 27-10-2005 cu privire la exercitarea profesiunii de medic. Publicat: 23-12-2005 în Monitorul Oficial Nr. 172-175 art. 839. Versiune în vigoare din 30.12.18 în baza modificărilor prin LP238 din 08.11.18 MO441-447 din 30.11.18 art. 709
5. Codul deontologic al lucrătorului medical și al farmacistului. Aprobare prin HG nr. 192 din 24 martie 2017. Publicat: 31-03-2017 în Monitorul Oficial Nr. 92-102 art. 265.

6. Ordin Ministerului Sănătății al Republicii Moldova din 24.02.1999 "Regulamentul expertizei medico-legală a cadavrului". Chișinău, 1999.
7. Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 722 din 16.07.2012 „Cu privire la ameliorarea activității serviciului anatomopatologic și citologic în Republicii Moldova.
8. Baciu Gh. Expertiza medico-legală a cadavrului și persoanei. Chișinău: CEP Medicina, 2008. p. 178.
9. Baciu Gh., Pădure A., Bondarev A. *Abordarea juridică a cauzalității și divergențelor de diagnostic în mal-praxis*. Revista Institutului Național al Justiției. 2013, nr. 4(27), pp. 22-26. ISSN 1857-2405.
10. Battle R.M., Pathak D., Humble C.G., Key C.R., Vannatta P.R., Hill R.B. Anderson R.E. *Factors influencing discrepancies between premortem and postmortem diagnoses*. Jama, 1987, Vol. 258, No. 3, P. 339-344.
11. Bondarev A. Divergențele dintre diagnosticul clinic și medico-legal în traumele mecanice. Rezumatul tezei de doctor în științe medicale. Chișinău, 2023. 31 p.
12. Cișlaru A., Bondarev A., Gherman L., Gherman T. *Divergențele dintre diagnosticul clinic și cel morfologic: noțiunea, clasificarea, cauzele*. Revista științifico-practică "Info-Med". 2016, nr. 1(27), pp. 215-221. ISSN 1810-3936.
13. Goldman L., Sayson R., Robbins S. et. al. *The value of the autopsy in three medical eras*. N. Engl. J. Med. 1983; 308(17):1000-1005.
14. Hyejong S.M., Milikowski C. *Comparison of clinical diagnoses and autopsy findings: six-year retrospective study*. Arch. Pathol. Lab. Med. 2017;141(9):1262-1266.
15. Moch H. *Documentation of the diagnostic quality of hospitals: evaluation of autopsy reports*. Der Pathologe, 2011, Vol. 32, P. 282-286.
16. Wachter R.M. *Why diagnostic errors don't get any respect – and what can be done about them*. Health Affairs, 2010, Vol. 29, No. 9, P. 1605-1610.
17. Wittekind C., Gradistanac T. *Post-mortem examination as a quality improvement instrument*. Dtsch. Arzte bl. Int. 2018;115(39):653-658.
18. Wittschieber D., Klauschen F., Kimmritz A. C. et. al. *Who is at risk for diagnostic discrepancies? Comparison of pre- and postmortal diagnoses in 1800 patients of 3 medical decades in East and West Berlin*. PLoS One. 2012;7(5).
19. Zota Ie., Vudu G., Vataman V. *Metodica organizării conferințelor clinico-anatomice instructive*. Recomandări metodice. Chișinău, 1993. 14 p.
20. Болознева Ю.С. *Клинико-морфологические сопоставления при аппендиците*. Бюллетень Северного государственного медицинского университета, 2014, № 1., С. 23-24.
21. Воробьев С.Л. *Клинико-анатомический анализ: реальность, проблемы, пути совершенствования*. Архив патологии 2012, Т. 74, № 6, С. 46-50.
22. Давыдовский И.В. *Проблема причинности в медицине (этиология)*. М.: Государственное изд-во медицинской литературы. 1962. 176 с.
23. Зайратьянц О.В. *Вопрос о выделении категорий расхождения диагнозов как часть проблемы организации клиничко-экспертной работы патологоанатомической службы*. Архив патологии 2009, Т. 71, № 2, С. 58-61.
24. Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В. *Правомерность выделения категорий расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов*. Журнал для непрерывного медицинского образования, 2016, № 1, С. 87-94.
25. Кактурский Л.В., Зайратьянц О.В. *Клинико-анатомические сопоставления в оценке качества медицинской помощи*. Судебная медицина, 2019, Т. 5, № 2, С. 4-10.
26. Лифшиц А.М., Ахмеджанов М.Ю. *Проблема диагноза в настоящее время*. Тер. архив 1980, № 9, С. 91-97.
27. Магруппов Б.А., Шарипова В.Х., Убайдуллаева В.У., Вerveкина Т.А., Алимов А.Х., Рашидов Д.З., Каримов А.А., Кочетов В.Е. *Сопоставление заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов при сепсисе*. Архив патологии. 2022;84(4):38-44. <https://doi.org/10.17116/patol20228404138>.
28. Макарова В.Н. *Судебно-медицинская оценка секционных данных с судебно-медицинским диагнозом: «туберкулез легких», по материалам Бюро судебно-медицинской экспертизы Ростовской области*. Аннотации докладов и материалов Дня науки молодых ученых РостГМУ (25 апреля 2008 г.). Ростов-на-Дону, 2008. 180 с.
29. Максимов А.В. *Проблемы клиничко-анатомического анализа летальных исходов*. Судебная-медицина, 2018, Т. 4, №. 1, С. 4-7.
30. Мишнёв О.Д., Трусов, О.А., Кравченко Э.В., Щёголев А.И. *Статистика летальности и расхождений диагнозов по данным аутопсий в 2000-2005 гг. (взрослая сеть)*. Заместитель главного врача, 2007, №4. 142 с.
31. Некачалов В.В. *Ятрогения. Патология диагностики и лечения*. СПб., 1998. 43 с.
32. Паклина О.В., Хавкина Е.Ю., Кравченко Э.В. *Клиничко-анатомический анализ летальных исходов на современном этапе*. Научные ведомости. Серия Медицина. Фармация, 2013, № 4 (147), Выпуск 21/1, С. 106-113.
33. Приложение № 7 к приказу Министерства здравоохранения СССР от 4 апреля 1983 г. № 375. *Положение о порядке организации и проведения клиничко-патологоанатомических конференций в лечебно-профилактических учреждениях*.
34. Рехачев В.П. *Острый аппендицит: монография*. Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета; 2010. 194 с.
35. *Состояние и основные задачи развития патологоанатомической службы Российской Федерации: Отраслевое статистическое исследование за 2018 год / Под ред. Франка Г.А. / Минздрав России. М., 2019. 92 с.*

36. Терехова А.Л., Зилов А.В., Мельниченко Г.А., Верткин А.Л. *Расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов у полиморбидных больных с сахарным диабетом 2-го типа: «цена» ошибки.* Проблемы Эндокринологии. 2015;61(1):41-45. <https://doi.org/10.14341/probl201561141-45>.
37. Фуйор И.Ф., Руссу В.Г., Ченуша В.П. *О значении патогенетического принципа в построении клинического и патологоанатомического диагнозов в педиатрической практике.* Методические рекомендации. Кишинев, 1984. 14 с.
38. Чернобай Г.Н. *Медицинский диагноз (для интернов, ординаторов разных специальностей).* ГБОУ ВПО КемГМА Минздрава России: perm-pb.ru/upload/file/Медицинский_диагноз_ЛЕКЦИЯ.pdf.