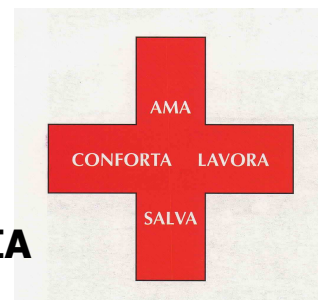




CORSO PER INFERMIERE VOLONTARIE "PROCEDURE, TECNICHE E SINERGIE IN EMERGENZA"

ASPETTI ETICO-DEONTOLOGICI E MEDICO-LEGALI DELL'EMERGENZA SANITARIA LA RESPONSABILITÀ DELL'INFERMIERA VOLONTARIA



M. Chiaravalli[^], J. M. Birkhoff[♥]

[^]Dott. Marco Chiaravalli. Medico Chirurgo, Specialista in Medicina Legale. Volontario del Soccorso e Sottotenente Medico del Corpo Militare CRI. Direttore Sanitario del Comitato Locale CRI Medio Verbano (Gavirate, VA)

marco.chiaravalli@uninsubria.it

[♥] Prof.ssa Jutta Maria Birkhoff. Medico Chirurgo, Specialista in Medicina Legale, Dottore di Ricerca in Scienze criminologiche e psichiatrico forensi. Professore Associato di Medicina Legale, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi dell'Insubria (Varese)

jutta.birkhoff@uninsubria.it

Indice

Sezione	Argomento	Pagina
1.	Emergenza-Urgenza	3
1.1	Emergenza-urgenza Extraospedaliera in ambito nazionale, il ruolo sei Servizi Sanitari di Urgenza ed Emergenza 118	3
1.2	Elisoccorso	7
1.3	Definizione dei percorsi formativi del personale inserito nel sistema di emergenza-urgenza	9
1.3.1	Medici dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale	9
1.3.2	Medici convenzionati dell'emergenza territoriale	10
1.3.3	Infermieri	11
1.3.4	Soccorritori (i Infermiere Volontarie CRI)	13
2.	La Responsabilità	15
2.1	L'esercizio della medicina (e delle professioni sanitarie) e la responsabilità medica (e dei sanitari)	15
2.2	Aspetti giuridici del rapporto medico-paziente e della responsabilità dei sanitari	20
2.3	La responsabilità dell'equipe	25
2.4	La responsabilità del personale sanitario in attività di volontariato sanitario	27
2.5	La responsabilità dei soccorritori volontari	29
3.	Situazioni Particolari	38
3.1	Omissione di soccorso	38
3.2	La ricerca del consenso e lo stato di necessità	39
3.3	Il segreto professionale e la riservatezza	43
4.	Aspetti medico-legali della defibrillazione Precoce	47
APPROFONDIMENTO	Aspetti etico-deontologici del triage e dell'allocazione delle risorse nell'emergenza sanitaria e nei disastri di massa	52

Sezione 1. Emergenza-Urgenza

1.1 Emergenza-Urgenza Extraospedaliera in ambito nazionale, il ruolo dei Servizi Sanitari di Urgenza ed Emergenza 118

La storia italiana del sistema di emergenza-urgenza extraospedaliera è certamente recente, nata dalla separazione dei servizi sanitari di emergenza propriamente detti dai servizi di trasporto sanitario.

Il momento iniziale di questo percorso si individua con il DPR 27 marzo 1992, "*Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza*". Il percorso per arrivare a costituire le prime Centrali Operative 118, e quindi i primi sistemi di emergenza-urgenza, è stato condizionato dalla nostra legislazione che, diversamente da altri paesi europei, riunisce all'interno del Servizio Sanitario Nazionale tutte le competenze. La Centrale Operativa 118 costituisce il fulcro del sistema di soccorso, cui fanno capo tutte le richieste telefoniche di intervento sanitario.

I suoi compiti principali sono quindi la ricezione delle richieste di soccorso e la gestione telefonica dell'allarme, con valutazione del grado di criticità dell'evento, e il coordinamento di tutte le prestazioni di emergenza sanitaria nell'ambito territoriale di competenza, con preallertamento ed attivazione della risposta ospedaliera.

Alle Centrali Operative 118 sono quindi affidati i compiti e le funzioni del sistema di allarme sanitario, mediante l'istituzione di un unico numero telefonico nazionale, "118", al quale affluiscono tutte le richieste di intervento per emergenza sanitaria. L'attivazione delle Centrali Operative 118 ha così comportato il superamento di tutti gli altri numeri di emergenza sanitaria, nei diversi ambiti territoriali di riferimento.

A differenza del modello strutturale-organizzativo adottato dalla maggior parte dei paesi europei e nordamericani, dove la localizzazione delle Centrali Operative per l'emergenza sanitaria è fisicamente al di fuori delle strutture ospedaliere, in Italia è stata privilegiata la loro localizzazione all'interno delle Aziende Ospedaliere; inoltre, l'orientamento seguito a livello programmatico da parte delle Regioni, è stato quello

di realizzare una Centrale Operativa per ogni Provincia, con ambito territoriale di competenza coincidente con quello della Provincia stessa¹.

Le centrali Operative 118 sono dotate di sistemi informatici che permettono di disporre di dati aggiornati e tempestivi relativi agli ospedali di riferimento (disponibilità di posti letto presso le Terapie Intensive e ricettività dei DEA), alla dislocazione sul territorio dei punti di primo intervento, delle postazioni del Servizio di Continuità Assistenziale e dei mezzi disponibili, nonché informazioni relative alle località sedi dell'evento (riferimenti cartografici e di viabilità), utili alla gestione dell'intervento, oltre che per individuare la posizione dei mezzi di soccorso.

Il personale della Centrale Operativa 118 è costituito dal Responsabile Medico, cui compete l'organizzazione generale del servizio, da Medici, Infermieri Professionali, Operatori Tecnici e Personale Amministrativo. I medici della Centrale Operativa, generalmente e, secondo il dettato normativo, di preferenza specialisti in anestesia e rianimazione, all'interno della Centrale Operativa svolgono supervisione e coordinamento delle attività, mentre, in contesto extraospedaliero, attività su mezzi di soccorso medicalizzati. Gli infermieri professionali, in genere provenienti da reparti di area critica, frequentano specifici corsi di formazione per svolgere le funzioni di ricezione e selezione delle richieste di soccorso, determinando la criticità apparente dell'evento segnalato con codificazione delle chiamate e delle risposte sanitarie, mentre, in contesto extraospedaliero, esercitano, con il personale medico, attività su mezzi di soccorso medicalizzati. La Centrale Operativa 118 può, infine, avvalersi anche di operatori tecnici, in genere appartenenti ad enti ed associazioni di soccorso.

La logica organizzativa comporta la necessità di fare ricorso a protocolli di triage atti a analizzare e valutare la richiesta di soccorso. Nel contesto dell'emergenza-urgenza si introduce il concetto di "dispatch", che comprende tutte le operazioni inerenti il sistema di soccorso, dal momento della ricezione della telefonata con richiesta di intervento, sino all'effettivo arrivo dei soccorritori sulla scena. Il "dispatch" può essere scomposto in 5

¹ In Provincia di Varese, ad esempio, la Centrale Operativa 118 ha una competenza territoriale basata sulla geografia dei prefissi telefonici 0332 e 0331, per cui comprende comuni della Provincia di Milano con prefisso telefonico 0331 (tra cui Legnano), mentre non comprende Comuni della Provincia di Varese (tra cui Saronno) aventi prefisso 02

aspetti: - intervista telefonica (il processo alla chiamata); - istruzioni pre-arrivo; - scelta del mezzo di soccorso; - supporto informativo ai soccorritori; - coordinamento degli interventi. Il questionario previsto in un protocollo di "dispatch" prevede, negli eventi "medici", un sistema di domande "chiave", preordinate sulla base del sintomo principale riferito da chi chiede soccorso, volte ad evidenziare gli elementi indicativi dell'alterazione delle funzioni vitali in atto o di situazioni a rischio di rapida compromissione delle stesse. In caso di natura traumatica, le domande "chiave" sono indirizzate a riconoscere il tipo di evento e le caratteristiche cinematiche dello stesso.

Le domande poste dall'operatore 118 dovrebbero essere facilmente comprensibili da chi chiama e strutturate in modo da raccogliere rapidamente tutti i dati essenziali a mettere in atto i processi decisionali successivi. Compito dell'operatore che riceve la chiamata di soccorso è anche quello, ottenute le informazioni necessarie per l'attivazione delle risorse, di mettere l'interlocutore telefonico non sanitario nelle condizioni di compiere eventuali interventi salvavita o comunque non dilazionabili: allo scopo vengono impiegati protocolli predeterminati, studiati per le diverse condizioni patologiche di più frequente riscontro.

La scelta del mezzo di soccorso più idoneo da attivare segue l'oculata valutazione della criticità complessiva dell'evento; inoltre tale scelta, oltre la valutazione delle condizioni cliniche dell'infortunato, anche l'attenta disamina di altri elementi, quali i fattori logistico-operativi (localizzazione geografica dell'evento, viabilità di accesso e di fuga, tempo stimato per l'arrivo dei soccorsi sul posto, numerosità dei feriti e dei mezzi coinvolti, ecc.). Per comodità gli eventi vengono classificati in un codice-colore con 5 livelli crescenti di gravità: bianco (evento non critico), verde (evento poco critico, con priorità di intervento differibile), giallo (evento critico, con priorità di intervento non differibile), rosso (evento molto critico, emergenza assoluta che necessita di intervento prioritario, possibilmente espletato da un mezzo di soccorso avanzato), nero (evento mortale).

Per quanto riguarda i mezzi di soccorso, questi vengono classificati secondo quanto previsto dal Gruppo di Lavoro della Conferenza Stato-Regioni: - B (ambulanze per il trasporto infermi); - A1 (autoambulanze per il primo soccorso BLS, *Basic Life Support*); - A2 (autoambulanze per il soccorso assistito medicalizzato ALS, *Advanced Life Support*); - A3 (autoambulanze ed eliambulanze per il soccorso ed il trasporto avanzato ALS).

Nella configurazione di base, l'autoambulanza di soccorso prevede un equipaggio costituito da un autista in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente e due soccorritori. Essa è trasformabile in Unità mobile di Terapia Intensiva se viene equipaggiata con idonea attrezzatura ed ha a bordo, oltre all'autista con competenze di soccorritore, un medico e almeno un altro soccorritore.

L'automedica, o veicolo leggero veloce (VLV), serve al trasporto rapido della squadra di soccorso e degli equipaggiamenti necessari sul luogo dell'intervento, per raggiungere un'autoambulanza non medicalizzata, o per effettuare un *rendez-vous* sul percorso verso l'ospedale: il tutto finalizzato a ridurre, per i pazienti critici, il *Free Therapy Interval (FTI)*. Il VLV deve avere una capienza interna sufficiente per contenere nel baule il materiale sanitario e trasportare la squadra di soccorso, formata da un medico, un infermiere professionale e un tecnico di automedica.

È compito dell'operatore della Centrale Operativa 118, per ogni richiesta di intervento, decidere il tipo di risposta che dovrà essere fornita e che dovrà di necessità essere graduata a seconda della tipologia e della gravità della domanda dell'utente. Successivamente alla fase di invio dei mezzi e del personale di soccorso, la Centrale Operativa svolge la funzione di coordinamento degli interventi, fornendo agli equipaggi di soccorso tempestive informazioni sul tipo di intervento, su eventuali problemi di viabilità, di accesso, di sicurezza; attivando eventuali e necessari altri servizi pubblici tra cui le Forze dell'Ordine e i Vigili del Fuoco; individuando e preallertando le strutture ospedaliere ritenute più idonee per la ricezione dei pazienti.

È da ritenersi così sicuramente superato il modello storico che prevedeva il semplice invio dell'ambulanza più vicina al luogo dell'emergenza ed il successivo trasporto del paziente al Pronto Soccorso più vicino, senza trattamento (modello "*scoop and run*"), a favore del modello che prevede l'invio dell'ambulanza meglio attrezzata, sia in termini strumentali che di competenze sanitarie ed il trattamento sulla scena (modello "*stay and play*"), con successivo trasporto del paziente al presidio meglio attrezzato per le specifiche necessità diagnostiche e terapeutiche.

Una delle questioni di maggiore complessità nella realizzazione di sistemi coordinati di emergenza-urgenza sanitaria è rappresentata dal sistema di distribuzione dei mezzi di soccorso sul territorio di competenza delle Centrali Operative 118.

Lo standard, in base al quale definire la distribuzione dei mezzi di soccorso, è previsto dal Documento "Sistema delle emergenze sanitarie", approvato dal Gruppo di lavoro della Conferenza Stato-Regioni il 2 dicembre 1991 e pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 126 del 30 maggio 1992: *".../ Per quanto attiene il soccorso sanitario primario i punti di riferimento sono: dovrà estrinsecarsi in un periodo di tempo non superiore a 8 minuti per gli interventi in area urbana, e a 20 minuti per le zone extraurbane (salvo particolari situazioni di complessità orografica) /.../".* Il tempo di soccorso va inteso come il periodo di tempo compreso dal momento in cui l'utente si collega alla Centrale Operativa 118 al momento in cui il primo mezzo di soccorso arriva sul luogo dell'emergenza. Tale tempo di soccorso è quindi determinato dalla somma: tempo di chiamata più tempo di intervento. Peraltro il tempo della chiamata è costituito dalla somma: tempo necessario per la ricezione più tempo per la necessaria valutazione più tempo di schedatura informatica della richiesta di soccorso più tempo di trasmissione della richiesta di intervento al mezzo di soccorso.

È opportuno ricordare come, ai sensi dell'art. 5, comma 3 del DPR 27 marzo 1992: *"ai fini delle attività le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano possono avvalersi del concorso di enti e di associazioni pubbliche e private, in possesso dell'apposita autorizzazione sanitaria /.../".* per cui nell'ambito del servizio pubblico di emergenza-urgenza 118 si inserisce a pieno titolo e con piena legittimità il volontariato sanitario, in termini sia di risorse umane che di risorse tecniche e logistiche.

1.2 Elisoccorso

Tra i mezzi attivabili per il soccorso sanitario extraospedaliero merita una menzione particolare l'elicottero sanitario, che può essere utilizzato per ogni tipo d'intervento di soccorso (intervento primario) e di trasporto (intervento secondario).

Tra le indicazioni per l'attivazione di un intervento di soccorso con eliambulanza si contemplano: - servizi in zone geografiche difficilmente raggiungibili, impervie ed ostili; - supporto medico specialistico alle squadre di soccorso già intervenute; - trasporto assistito di pazienti che richiedono una ospedalizzazione in centri di riferimento specialistici (terapie intensive, centri trapianti, centri grandi ustionati, ecc.).

Grazie al suo vasto raggio d'azione, l'elicottero copre un'area d'intervento molto maggiore rispetto ai mezzi su ruote, senza subire i vincoli imposti dal traffico e dalle forze gravitazionali lineari e radiali, che condizionano la velocità dell'ambulanza con a bordo un paziente in condizioni critiche.

L'équipe di elisoccorso è composta da un equipaggio di condotta, costituito da uno o due piloti e da uno "specialista di bordo" abilitato all'uso del verricello, e da un equipaggio sanitario, formato da un medico anestesista rianimatore, da un infermiere professionale e da un tecnico di elisoccorso del Corpo Nazionale del Soccorso Alpino e Speleologico (CNSAS).

La dotazione di materiale sanitario è pressoché sovrapponibile a quella delle ambulanze centri mobili di rianimazione, con in aggiunta una dotazione specifica di supporto tecnico all'equipaggio sanitario per operazioni in zone impervie.

Dal momento che i costi di mantenimento di un servizio di elisoccorso sono piuttosto elevati, è indispensabile l'elaborazione di criteri di invio che consentano di identificare con certezza la necessità di utilizzare questo mezzo di soccorso. Un protocollo di invio deve quindi essere il più possibile "sensibile", cioè in grado di identificare correttamente il maggior numero di patologie di rilievo, ma deve anche essere sufficientemente "specifico" per evitare l'impiego incongruo di équipes di soccorso avanzato ALS e di tale mezzo di soccorso.

L'attivazione dell'elisoccorso successiva ad una prima verifica della scena di intervento, ove tecnicamente possibile, condotta da squadre di soccorso di base BLS inviate per prime sul posto (il cosiddetto "*Dual Response Run*") potrebbe essere una utile strategia per limitare i

casi di intervento incongruo, tuttavia comporta un notevole incremento dei tempi di intervento, che vanifica i potenziali vantaggi dell'arrivo tempestivo di personale ad alta specializzazione. Nella maggior parte delle Centrali Operative 118, però, l'invio dell'elisoccorso viene contemplato in prima battuta sulla base delle informazioni ottenute telefonicamente dall'utente, casi in cui il protocollo di "dispatch" riveste un ruolo cruciale.

1.3 Definizione dei percorsi formativi del personale inserito nel sistema di emergenza-urgenza

La conferenza Stato-Regioni, nella seduta del giorno 22 maggio 2003, ha approvato ed emanato le "Linee guida su formazione, aggiornamento, e addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza/urgenza", specifiche per i diversi profili professionali coinvolti nell'emergenza sanitaria extra-ospedaliera.

1.3.1 Medici dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale ²

"Al fine di garantire una tempestiva, efficace e appropriata risposta del sistema dell'emergenza - urgenza sanitaria, indipendentemente dal livello formativo già acquisito, il personale medico deve ricevere una formazione di base specifica ed una formazione permanente.

1) Livello di formazione di base specifica

I programmi dei corsi hanno lo scopo di raggiungere i seguenti obiettivi clinico-assistenziali e organizzativi e relazionali definiti e condivisi a livello regionale.

Obiettivi clinico-assistenziali:

- 1. conoscenza e gestione delle procedure di triage intra ed extraospedaliero;*
- 2. sostegno di base ed avanzato delle funzioni vitali nell'età adulta e pediatrica;*
- 3. trattamento di base e avanzato nella fase pre-ospedaliera e ospedaliera del paziente traumatizzato nell'età adulta e pediatrica;*
- 4. conoscenza e capacità di attuare i percorsi clinici che garantiscono la continuità delle cure.*

Obiettivi organizzativi:

- 1. conoscenza dell'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale;*
- 2. conoscenza dell'organizzazione del sistema di emergenza-urgenza e dei relativi protocolli;*
- 3. conoscenza delle modalità complessive del trasporto sanitario della rete regionale dell'emergenza;*
- 4. acquisizione delle capacità di predisporre e utilizzare i protocolli operativi organizzativi, clinici, ospedalieri e territoriali;*

² Conferenza Stato-Regioni, 22 maggio 2003: "Linee guida su formazione, aggiornamento, e addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza/urgenza", articolo 2.2.a1

5. conoscenza e capacità di utilizzo dei sistemi di comunicazione e delle tecnologie in uso;
6. conoscenza degli aspetti medico-legali nell'urgenza ed emergenza;
7. conoscenza delle modalità di coordinamento con Enti istituzionali preposti all'emergenza non sanitaria;
8. conoscenza e capacità di gestione di protocolli organizzativi e assistenziali, attivati nell'ambito di maxiemergenze, grandi eventi ed emergenze non convenzionali;
9. conoscenza dei sistemi di autoprotezione e sicurezza.

Obiettivi relazionali:

- 1 acquisizione delle capacità di relazione d'aiuto;
- 2 conoscenza e metodologia del lavoro di equipe;
- 3 conoscenza della metodologia per la gestione dello stress e dei conflitti;
- 4 acquisizione delle capacità di relazione nella comunicazione tra le diverse componenti della rete dell'emergenza.

2) Livello di formazione permanente e aggiornamento

I medici dipendenti del S.S.N. che già operano nel sistema di emergenza - urgenza sanitaria (D.E.A. e/o Pronto Soccorso, Punti di Primo Intervento, Centrali Operative, Mezzi di soccorso, etc.) mantengono per gli aspetti clinici organizzativi e relazionali un livello di formazione permanente e un aggiornamento specifico, mediante appositi corsi".

Per quanto riguarda la Regione Lombardia, risulta di interesse specifico il contenuto della DGR n° 45819 del 22 ottobre 1999, "Complesso degli interventi attuativi e degli indirizzi organizzativi volti ad assicurare concretamente lo sviluppo del servizio di Emergenza ed Urgenza 118" che, a proposito del reclutamento del personale medico, all'allegato 1, punto 5.2.1, precisa che *"quale requisito specifico di specializzazione nella disciplina cui riferire il concorso, risulta coerente privilegiare il possesso di: a. specializzazione in Anestesia e Rianimazione; b. specializzazione in Medicina e Chirurgia di accettazione d'urgenza. In subordine: specializzazione di area medica o di area chirurgica".*

1.3.2 Medici convenzionati dell'emergenza territoriale (D.P.R. 270/2000)³

"1) Livello di formazione di accesso

L'attuale requisito di accesso al sistema di emergenza-urgenza per i medici a rapporto convenzionale è definito dall'Allegato "P" del D.P.R. n. 270/2000.

2) Livello di formazione di base

I programmi dei corsi hanno lo scopo di raggiungere i seguenti obiettivi clinico-assistenziali e organizzativi e relazionali definiti e condivisi a livello regionale.

³ Conferenza Stato-Regioni, 22 maggio 2003: "Linee guida su formazione, aggiornamento, e addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza/urgenza", articolo 2.2.a2

Obiettivi clinico-assistenziali:

- 1. conoscenza e gestione delle procedure di triage intra ed extra-ospedaliero;*
- 2. sostegno di base ed avanzato delle funzioni vitali nell'età adulta e pediatrica;*
- 3. trattamento di base e avanzato nella fase pre-ospedaliera e ospedaliera del paziente traumatizzato nell'età adulta e pediatrica;*
- 4. conoscenza e capacità di attuare i percorsi clinici che garantiscono la continuità delle cure;*

Obiettivi organizzativi:

- 1. conoscenza dell'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale;*
- 2. conoscenza dell'organizzazione del sistema di emergenza-urgenza e dei relativi protocolli;*
- 3. conoscenza delle modalità complessive del trasporto sanitario della rete regionale dell'emergenza;*
- 4. acquisizione delle capacità di predisporre e utilizzare i protocolli operativi organizzativi, clinici, ospedalieri e territoriali;*
- 5. conoscenza e capacità di utilizzo dei sistemi di comunicazione e delle tecnologie in uso;*
- 6. conoscenza degli aspetti medico-legali nell'urgenza ed emergenza;*
- 7. conoscenza delle modalità di coordinamento con Enti istituzionali preposti all'emergenza non sanitaria;*
- 8. conoscenza e capacità di gestione di protocolli organizzativi e assistenziali, attivati nell'ambito di maxiemergenze, grandi eventi ed emergenze non convenzionali;*
- 9. conoscenza dei sistemi di autoprotezione e sicurezza.*

Obiettivi relazionali:

- 1. acquisizione delle capacità di relazione d'aiuto;*
- 2. conoscenza e gestione del lavoro di equipe;*
- 3. gestione dello stress e dei conflitti;*
- 4. acquisizione delle capacità di relazione nella comunicazione tra le diverse componenti della rete dell'emergenza;*

3) Livello di formazione permanente e aggiornamento

I medici dell'emergenza territoriale che già operano nel sistema di emergenza-urgenza sanitaria (D.E.A. e/o Pronto Soccorso, Punti di Primo Intervento, Centrali Operative, Mezzi di soccorso, etc.) mantengono, per gli aspetti clinici organizzativi e relazionali, un livello di formazione permanente e un aggiornamento specifico, mediante appositi corsi. Il tirocinio guidato previsto per il livello di accesso, di cui all'allegato "P" del D.P.R. 270/2000 e per il livello di formazione permanente, si svolge presso le Centrali Operative del 118, i mezzi di soccorso dell'emergenza territoriale e i D.E.A. Tale percorso formativo è raccomandato per tutti i medici che operano nel sistema dell'emergenza intra ed extraospedaliera".

1.3.3 Infermieri⁴

"Al fine di garantire una tempestiva, appropriata ed efficace risposta del sistema di emergenza-urgenza sanitaria, indipendentemente dal livello formativo già acquisito, si ritiene opportuno avviare programmi

⁴ Conferenza Stato-Regioni, 22 maggio 2003: "Linee guida su formazione, aggiornamento, e addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza/urgenza", articolo 2.2.b

uniformi di formazione ed aggiornamento per gli infermieri operanti nel sistema, inclusi coloro che svolgono funzioni di coordinamento. I programmi dei corsi hanno lo scopo di raggiungere obiettivi clinico-assistenziali, organizzativi e relazionali, definiti e condivisi a livello regionale.

1) Livello di formazione di base specifica

Obiettivi clinico-assistenziali:

- 1. gestione delle procedure di triage intra ed extraospedaliero;*
- 2. sostegno di base ed avanzato delle funzioni vitali nell'età adulta e pediatrica;*
- 3. supporto di base avanzato nella fase preospedaliera e ospedaliera del paziente traumatizzato nell'età adulta e pediatrica;*
- 4 conoscenza dei percorsi assistenziali che garantiscono la continuità delle cure.*

Obiettivi organizzativi:

- 1. conoscenza dell'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale;*
- 2. conoscenza dell'organizzazione del sistema di emergenza urgenza e dei relativi protocolli;*
- 3. conoscenza delle modalità complessive del trasporto sanitario della rete regionale dell'emergenza;*
- 4. acquisizione delle capacità di predisporre e utilizzare i protocolli operativi organizzativi, assistenziali, ospedalieri e territoriali;*
- 5. conoscenza e utilizzo dei sistemi di comunicazione e delle tecnologie in uso;*
- 6. conoscenza degli aspetti medico-legali nell'urgenza ed emergenza;*
- 7. conoscenza delle modalità di coordinamento con Enti istituzionali preposti all'emergenza non sanitaria;*
- 8. conoscenza e utilizzo di protocolli organizzativi e assistenziali, attivati nell'ambito di maxiemergenze, grandi eventi ed emergenze non convenzionali;*
- 9. conoscenza dei sistemi di autoprotezione e sicurezza.*

Obiettivi relazionali:

- 1. acquisizione delle capacità di relazione d'aiuto;*
- 2. conoscenza e gestione del lavoro di equipe;*
- 3. gestione dello stress e dei conflitti;*
- 4. acquisizione delle capacità di relazione nella comunicazione tra le diverse componenti della rete dell'emergenza.*

2) Livello di formazione permanente e aggiornamento

Gli infermieri, inclusi quelli con funzioni di coordinamento, operanti nel sistema dell'emergenza-urgenza, mantengono un livello di formazione permanente e un aggiornamento specifico per gli aspetti assistenziali, organizzativi e relazionali mediante appositi corsi".

Giova, altresì ricordare come, ai sensi del DPR 27 marzo 1992, articolo 10, "Prestazioni del personale infermieristico", "Il personale infermieristico professionale, nello svolgimento del servizio di emergenza, può essere autorizzato a praticare iniezioni per via endovenosa e

fleboclisi, nonché a svolgere le altre attività e manovre atte a salvaguardare le funzioni vitali, previste dai protocolli decisi dal medico responsabile del servizio”.

1.3.4 Soccorritori (e Infermiere Volontarie CRI)⁵

“Il personale volontario o dipendente di pertinenza delle Organizzazioni di cui art. 5, commi 2 e 3 del D.P.R. 27/3/92 (inclusi gli autisti) che svolge la sua attività sui mezzi di soccorso di base e avanzati del “sistema 118”, deve essere in possesso della qualifica di Soccorritore. Tale qualifica viene conferita dopo la frequenza ed il superamento di un apposito corso, secondo modalità organizzative definite in ambito regionale. Il Soccorritore deve possedere, inoltre, le conoscenze di base e le capacità utili per l'espletamento delle attività inerenti il trasporto ordinario per conto del S.S.N., secondo programmi, modalità di svolgimento e verifiche da stabilirsi a livello regionale. Nello svolgimento dei percorsi formativi, programmati e coordinati dalle Centrali Operative del 118 territorialmente competenti, le Regioni e le Province Autonome possono avvalersi anche di Enti e Associazioni di volontariato convenzionati aventi articolazione regionale. Il personale Soccorritore, operante nel sistema dell'emergenza – urgenza sanitaria ed in particolare nel “sistema 118”, deve ricevere una formazione che rispetti gli stessi requisiti di uniformità del personale sanitario. I programmi dei corsi hanno lo scopo di raggiungere i seguenti obiettivi formativi che assicurino conoscenza, operatività e comportamenti tali da garantire un livello idoneo di prestazioni.

1) Livello di formazione di base specifica

Obiettivi assistenziali e organizzativi

- 1. conoscenza dei sistemi di autoprotezione e sicurezza;*
- 2. conoscenza delle procedure di triage extraospedaliero;*
- 3. nozioni di organizzazione del sistema di emergenza sanitaria;*
- 4. conoscenza e abilità nelle manovre di supporto alle funzioni vitali di base e utilizzo del defibrillatore semiautomatico;*
- 5. conoscenza e abilità nelle manovre di immobilizzazione e gestione del paziente traumatizzato;*
- 6. conoscenza dei protocolli attivati all'interno della Centrale Operativa e sui mezzi di soccorso;*
- 7. conoscenza dei protocolli attivati nelle strutture ospedaliere ed extraospedaliere inserite nel sistema dell'emergenza – urgenza sanitaria;*
- 8. conoscenza dei protocolli di coordinamento con gli altri servizi pubblici addetti all'emergenza (Polizia, Vigili del Fuoco, etc.);*
- 9. conoscenza e capacità di controllo di attrezzature di competenza presenti sui mezzi di soccorso e degli strumenti di radiocomunicazione;*
- 10. conoscenza delle modalità di integrazione dei protocolli operativi per maxiemergenze, grandi eventi ed emergenze non convenzionali;*
- 11. capacità di relazione con l'équipe e con l'utenza;*

⁵ Conferenza Stato-Regioni, 22 maggio 2003: “Linee guida su formazione, aggiornamento, e addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza/urgenza”, articolo 2.2.c

12. elementi di medicina legale.

I corsi devono prevedere la simulazione delle reali condizioni in cui il soccorritore dovrà operare e l'apprendimento di abilità specifiche, avvalendosi anche della collaborazione, in qualità di docenti, di operatori già impegnati nel sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria.

2) Livello di formazione permanente e aggiornamento

Per i soccorritori che già operano nel sistema dell'emergenza – urgenza sanitaria è prevista una formazione e aggiornamento sulle principali attività ordinarie a garanzia della continuità della preparazione raggiunta. Il medesimo percorso formativo dovrà essere adottato per tutti gli operatori e le figure dipendenti del S.S.N. che svolgono la loro attività nel sistema di emergenza-urgenza, compreso il personale non infermieristico addetto all'assistenza”.

Sezione 2. La responsabilità

2.1 L'esercizio della medicina (e delle professioni sanitarie) e la responsabilità medica (e dei sanitari)

In Italia, l'esercizio delle professioni sanitarie è subordinato al possesso di specifici requisiti legali: nel caso della professione medica sono richiesti il conseguimento della laurea in medicina e chirurgia, il titolo di abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo e l'iscrizione all'albo dei medici chirurghi presso l'ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della provincia di residenza o della provincia in cui viene svolta l'abituale attività professionale. L'esercizio delle professioni sanitarie costituisce professione intellettuale e, quindi, ricade sotto le disposizioni dell'art. 2229⁶ del codice civile, che stabilisce appunto, per l'esercizio, la necessità di iscrizione in appositi albi o elenchi, sulla cui tenuta vigilano le competenti associazioni professionali. Queste controllano i requisiti per l'iscrizione ed hanno potere disciplinare sugli iscritti. Lo Stato svolge il ruolo di garante del corretto esercizio della professione medica, del decoro del suo svolgimento e della tutela delle esigenze sanitarie della collettività.

I principi fondamentali di riferimento per l'esercizio dell'attività professionale del medico, e più in generale di tutte le professioni sanitarie, codificati in ambito deontologico e giuridico, sono la perizia, la prudenza e la diligenza.

Parlando di responsabilità, in genere si ritiene responsabile colui che sa fornire un *redde rationem* della propria condotta, che "risponde" cioè delle conseguenze delle proprie azioni. Nel campo del diritto, responsabilità professionale significa *"una adesione cosciente, attiva e partecipata alle regole di condotta tecnica (linee guida) e relazionale, assunzione seria e convinta del complesso onere dei doveri professionali, consapevolezza di poterne rispondere in sede penale, civile e disciplinare"*⁷. Affermare che una persona è

⁶ Codice Civile, Art. 2229: "La legge determina le professioni intellettuali per l'esercizio delle quali è necessaria l'iscrizione in appositi albi o elenchi. L'accertamento dei requisiti per la iscrizione negli albi o negli elenchi, la tenuta dei medesimi e il potere disciplinare sugli iscritti sono demandati alle associazioni professionali, sotto la vigilanza dello Stato salvo che la legge disponga diversamente. [...]"

⁷ Barni M, "Diritti-doveri: responsabilità del medico, dalla bioetica al biodiritto, Giuffrè, Milano, 1999, p.329.

giuridicamente responsabile di una azione o di una omissione, significa attribuire alla stessa la paternità materiale (elemento oggettivo del reato) e psicologica (elemento soggettivo) del fatto commesso, con la conseguente necessità per l'autore del fatto di soggiacere alle sanzioni che la legge pone a suo carico.

Negli ultimi anni c'è stato un notevole incremento dei casi di presunta responsabilità professionale. I motivi di tale aumento di questi casi sono vari, tra cui si possono sicuramente annoverare la progressiva e costante spersonalizzazione del rapporto medico-paziente; l'incessante crescita del progresso scientifico, che permette di usufruire di procedimenti terapeutici sempre più elaborati ma talvolta rischiosi; l'aumento delle aspettative di vita, sia in termini quantitativi che qualitativi; la maggior consapevolezza dei diritti della persona e della loro tutela.

Definita la responsabilità in termini generali, esistono diversi ambiti, non mutuamente esclusivi tra loro, in cui è possibile valutare la responsabilità stessa: penale, civile, disciplinare, amministrativa.

Nell'ambito della **responsabilità penale**, quando viene violata una norma del Codice Penale, viene erogata una sanzione che può concretizzarsi nella privazione o nella limitazione di un bene individuale: può verificarsi una restrizione della libertà personale del cittadino (reclusione) e/o può essere inflitta una sanzione di natura pecuniaria (ammenda). La responsabilità penale ricade sempre solo sull'autore del fatto, è quindi personale, secondo quanto stabilito dell'art. 27 della Costituzione⁸.

In tema di responsabilità penale riveste fondamentale importanza la valutazione del concorso della volontà del soggetto attore del reato; infatti, secondo quanto stabilito dall'art. 42 C.P.: *"Nessuno può essere punito per un'azione od omissione preveduta dalla legge come reato, se non l'ha commessa con coscienza e volontà. Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come delitto, se non l'ha commesso con dolo, salvo i casi di delitto preterintenzionale o colposo espressamente previsti dalla legge. La*

⁸ Costituzione della Repubblica Italiana, Art. 27: *"La responsabilità penale è personale. L'imputato non è considerato colpevole sino alla condanna definitiva. Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato..."*

legge determina i casi nei quali l'evento è posto altrimenti a carico dell'agente, come conseguenza della sua azione od omissione /.../". Un comportamento penalmente rilevante può, per quanto attiene all'elemento psicologico del reato, essere di natura dolosa, colposa o preterintenzionale.

In base al dettato dell'art. 43 C.P., il delitto si definisce **doloso** o volontario, o secondo intenzione, quando l'evento, risultato di una condotta attiva od omissiva, è dall'agente previsto e voluto proprio come conseguenza della propria azione o omissione. Il delitto è **preterintenzionale**, o oltre l'intenzione, quando dall'azione o dall'omissione deriva un evento dannoso più grave di quello previsto e voluto dall'agente. Infine, sempre in base al dettato dell'art. 43 C.P., il delitto è **colposo**, o contro l'intenzione, "*/.../ quando l'evento, anche se preveduto, non è voluto dall'agente, e si verifica a causa di negligenza o imprudenza o imperizia, ovvero per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline".*

In altre parole, nel reato colposo vi è coscienza e volontà di azione, prevedibilità almeno teorica dell'evento come conseguenza delle azioni-omissioni messe in atto, ma in nessun caso è ravvisabile la volontà, l'intenzione di produrre l'evento, il quale si verifica a causa di imprudenza, imperizia, negligenza, inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline. Per **negligenza** si intende l'assenza della diligenza che è richiesta all'uomo comune, la disattenzione, lo scarso impegno, la superficialità ovvero un comportamento passivo che si traduce in una omissione di determinate precauzioni. L'**imprudenza** consiste nella realizzazione di una condotta che non si accompagna a tutte quelle precauzioni che l'ordinaria esperienza consiglia di utilizzare a tutela della incolumità propria ed altrui: in altri termini l'imprudenza si concretizza in un'azione avventata che supera i limiti normalmente posti dalla consueta prudenza. L'imprudenza è identificabile con l'insufficiente ponderazione di ciò che il sanitario è effettivamente in grado di fare. L'**imperizia** è l'insufficiente attitudine a svolgere un'attività che richiede specifiche conoscenze delle regole scientifiche e tecniche dettate dalla scienza e dall'esperienza. L'imperizia deve essere intesa non solo come violazione di determinate norme inerenti l'esercizio di particolari arti o professioni, ma anche nella mancanza di quel minimo di abilità richiesto nell'esercizio di una speciale incombenza o funzione.

Imperizia, imprudenza, negligenza caratterizzano la colpa generica, mentre l'inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline la colpa specifica.

In termini generali, la prevedibilità e prevenibilità del fatto-reato costituiscono i presupposti perché un comportamento imprudente e negligente possa qualificarsi come tale. E' quindi necessario stabilire se l'evento fosse evitabile o prevenibile tramite l'osservanza delle norme di condotta e delle regole professionali. La prevedibilità dell'evento costituisce il cardine della responsabilità per colpa, senza la quale non è possibile formulare alcun giudizio di colpevolezza. Essendo infatti logicamente inconcepibile prevedere ciò che non è prevedibile, non si può imputare al soggetto agente di non aver tenuto una condotta diversa per evitare di produrre l'evento in questione. Altrimenti la responsabilità per colpa comporterebbe una responsabilità di tipo oggettivo, intaccando così un fondamento etico del diritto penale. Tutto ciò che si porta al di là della prevedibilità costituisce dunque il caso fortuito, pur risultando connesso all'azione-omissione da un nesso di causalità materiale.

In generale, affinché sussista una responsabilità penale a carico del sanitario è quindi necessario: che egli abbia realizzato nell'espletamento della sua attività un comportamento attivo od omissivo contrario al Codice Penale; che tale comportamento sia caratterizzato da imperizia, imprudenza, negligenza, inosservanza di leggi, regolamenti, ordini, discipline ai sensi dell'art 43 C.P.; che sia stato realizzato un danno alla persona assistita, caratterizzabile per natura e gravità; che vi sia un nesso di causa tra il comportamento colposo del medico ed il danno (dimostrando cioè che una diversa condotta avrebbe certamente o in termini di alta probabilità evitato l'evento).

Per **responsabilità civile** si intende l'obbligo di sopportare le conseguenze stabilite dalla legge per un comportamento illecito che abbia cagionato ad altri un danno ingiusto. È interessante considerare come la valutazione della responsabilità sia sempre una valutazione di tipo civilistico, cioè in sede penale il giudice mutua la norma civile della metodologia valutativa in termini di responsabilità che adotta il giudice civile. Questo perché il codice penale non contiene alcun riferimento specifico per quanto riguarda la responsabilità professionale medica o, più in generale, dei sanitari.

Nell'ambito dell'esercizio dell'attività medica si distinguono due tipologie di responsabilità: contrattuale ed extra-contrattuale. La **responsabilità contrattuale** trae la sua origine dall'inadempimento di una prestazione cui un soggetto è tenuto in virtù di un contratto: al fine di valutare se il sanitario abbia correttamente adempiuto alla prestazione richiesta, si

deve far riferimento alle norme di carattere generale sull'adempimento delle obbligazioni contenute negli articoli 1176⁹ e 1218¹⁰ del Codice Civile.

La **responsabilità extracontrattuale**, cosiddetta aquiliana, è basata sull'art. 2043¹¹ C.C. Tramite l'art. 2236¹² C.C., viene sancita una limitazione di responsabilità -qualora la prestazione del medico riguardasse la soluzione di problemi di particolare complessità- ai soli casi di dolo e colpa grave.

Si parla di prestazione di particolare complessità, allorché attraverso una valutazione del caso concreto, siano ravvisabili condizioni tali da renderlo di speciale difficoltà. La difficoltà non può essere valutata *una tantum* e in maniera "decontestualizzata", ma occorre tenere a mente sia il bagaglio di conoscenze del singolo medico sia le condizioni che hanno caratterizzato l'intervento.

Per **Responsabilità disciplinare** si intende un comportamento illecito, sbagliato, deontologicamente non corretto di chi, essendo iscritto ad una associazione di volontariato e obbligato al rispetto, ad esempio, anche dei regolamenti della Croce Rossa Italiana, viene meno al rispetto delle regole di condotta previste. La responsabilità disciplinare viene valutata dagli organi preposti nei confronti dei soci che si rendano colpevoli di abusi o mancanze durante lo svolgimento del servizio o che siano ritenuti autori di fatti disdicevoli e comportanti danno all'Ente. Le sanzioni previste, in ambito CRI, per il Corpo delle

⁹ Codice Civile, art. 1176, Diligenza nell'adempimento: *"Nell'adempire l'obbligazione il debitore deve usare la diligenza del buon padre di famiglia. Nell'adempimento delle obbligazioni inerenti all'esercizio di un'attività professionale, la diligenza deve valutarsi con riguardo alla natura dell'attività esercitata"*.

¹⁰ Codice Civile, art. 1218, Responsabilità del debitore: *"Il debitore che non esegue esattamente la prestazione dovuta è tenuto al risarcimento del danno, se non prova che l'inadempimento o il ritardo è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa a lui non imputabile"*.

¹¹ Codice Civile, art. 2043 C.C., Risarcimento per fatto illecito: *"Qualunque fatto doloso o colposo, che cagiona ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno"*. Tale principio normativo trova espressione anche nel Codice Penale all'art. 185, Restituzione e Risarcimento del danno: *"Ogni reato obbliga alle restituzioni, a norma delle leggi civili..."*). La responsabilità derivante dall'articolo 2043 del Codice Civile è anche detta responsabilità da provare; ciò significa che il danneggiato deve dimostrare: che taluno ha commesso il fatto; che questo fatto è in relazione di causale con il danno; che il comportamento del danneggiante è stato doloso o colposo. L'onere della prova è dunque a carico del danneggiato secondo la regola generale sancita dall'art. 2697 del Codice Civile: *"chi vuol far valere un diritto in giudizio deve provare i fatti che ne costituiscono il fondamento"*.

¹² Codice Civile, art. 2236, Responsabilità del prestatore d'opera: *"Se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, il prestatore d'opera non risponde dei danni, se non in caso di dolo o di colpa grave"*

Infermiere Volontarie, sono le seguenti¹³: rimprovero; censura (intesa come nota scritta, allegata agli atti e al fascicolo personale dell'I.V.); sospensione temporanea dal servizio (per un periodo non inferiore a due mesi e non superiore a dodici, inflitta con atto scritto allegato agli atti e al fascicolo personale dell'I.V.); radiazione dai ruoli delle Infermiere Volontarie.

Per **Responsabilità amministrativa** si intende, infine, alla responsabilità, di natura e a contenuto patrimoniale, di amministratori o dipendenti pubblici (e figure ad essi equiparati, poiché responsabili di enti di diritto pubblico, quale è la Croce Rossa Italiana) per i danni causati all'Ente, e quindi allo Stato, nell'ambito o in occasione del proprio rapporto di lavoro o d'ufficio. L'accertamento della responsabilità comporta la condanna al risarcimento del danno a favore dell'amministrazione pubblica danneggiata.

2.2 Aspetti giuridici del rapporto medico-paziente e della responsabilità dei sanitari

Sotto il profilo strettamente giuridico, il rapporto medico-paziente è un contratto d'opera intellettuale, e, come tale, regolato dagli articoli 2229-2238 del codice civile¹⁴.

Si tratta di un contratto avente, in estrema sintesi, le seguenti caratteristiche: bilateralità, consensualità, effetti obbligatori tra le parti, sinallagmaticità e, soprattutto al di fuori dall'ambito assistenziale pubblico, titolo oneroso. Nel contratto di prestazione di opera intellettuale, quale è l'attività medica, le obbligazioni assunte dal professionista sono, a seconda della teoria accettata, obbligazioni di mezzi (in base alla quale il medico si obbliga a prestare la propria opera mettendo in atto tutte le conoscenze e risorse di cui dispone, prescindendo dal conseguimento della finalità di guarire il paziente) oppure di risultato (in

¹³ Regio Decreto 12 maggio 1942, n° 918 "Regolamento per il Corpo delle Infermiere Volontarie della Croce Rossa Italiana, Art. 48

¹⁴ Codice Civile, Titolo III - Capo II Delle professioni intellettuali: art. 2229 (Esercizio delle professioni intellettuali); art. 2230 (Prestazione d'opera intellettuale); art. 2231 (Mancanza di iscrizione); art. 2232 (Esecuzione dell'opera); art. 2233 (Compenso); art. 2234 (Spese e acconti); art. 2235 (Divieto di ritenzione); 2236 (Responsabilità del prestatore d'opera), art. 2237 (Recesso); art. 2238 (Rinvio).

base alla quale il medico si obbliga a realizzare una determinata finalità a prescindere dagli strumenti impiegati).

Un contratto di prestazione d'opera intellettuale è diverso da un qualsiasi contratto d'opera. Mentre quest'ultimo, infatti, determina una modificazione dello stato preesistente di una cosa, nel contratto di prestazione d'opera intellettuale *"la prestazione consiste [...] nell'attuazione di un determinato comportamento rispetto ad un risultato"*¹⁵. Il carattere intellettuale della prestazione comporta un contenuto discrezionale nella sua attuazione, in base al quale il professionista sanitario gode della massima libertà nello scegliere i modi d'attuazione dell'incarico ricevuto. *"Tale discrezionalità scaturisce dalla natura dell'attività che, per essere definita in rapporto all'ampia scelta che il professionista esercita nell'adempimento della sua prestazione comporta, come connotato peculiare, la libertà di attuazione"*¹⁶.

Mentre il contratto d'opera, trattandosi d'obbligazione di risultato, prevede che il rischio ricada sul prestatore d'opera, il contratto di prestazione d'opera intellettuale implica il gravare del rischio sul paziente. Obbligazione di mezzi significa porre in atto *"un comportamento diligente ed esperto, caratterizzato dall'impiego di mezzi idonei a realizzare un risultato ma non ha per oggetto la realizzazione del risultato"*¹⁷. Sulla obbligatorietà dei mezzi la Corte di Cassazione si è espressa più volte, rimarcando che *"è noto che il lavoro intellettuale comporta una tipica prestazione di mezzi al fine del raggiungimento di un determinato risultato, il cui conseguimento potrà dipendere poi da una serie di circostanze estranee alla volontà dell'obbligato"*¹⁸. Nella obbligazione di mezzi trova applicazione la norma di cui all'art. 1176 C.C., per cui il debitore deve provare che il suo comportamento sia stato diligente; mentre nella ipotesi della obbligazione di risultato si applica l'art. 1218 C.C. con la conseguenza che la diligenza adoperata dal debitore è sostanzialmente irrilevante ai fini della esclusione della responsabilità circa i risultati raggiunti.

¹⁵ Baldassarri A., Baldassarri S., *"La responsabilità civile del professionista"*, Giuffrè, Milano, 1993.

¹⁶ Giacobbe G, Voce *"Professioni intellettuali"*, Enciclopedia del Diritto, Giuffrè, Milano, 1987.

¹⁷ Galgano F., *"Diritto civile e commerciale"*, CEDAM, Padova, 1990.

¹⁸ Cassazione., III sez. civile., 15 Gennaio 1997., n. 364. Testo citato in, Fiori A., *"Medicina legale della responsabilità professionale medica"*, Giuffrè, Milano, 1999, p. 324.

La natura della responsabilità del medico nei confronti del paziente è spesso controversa in giurisprudenza, anche se esiste una prevalenza della tesi favorevole a ricondurre tale tipologia di obbligazione a quella di mezzi¹⁹. Di conseguenza il medico, ai fini della obbligazione assunta, e fatta eccezione per alcuni ambiti specialistici della medicina quali, ad esempio, la chirurgia estetica e l'odontoiatria, risponderebbe della adeguatezza o meno del proprio comportamento professionale e non dei risultati raggiunti. Nel caso di prestazione medica, quindi, ricorrere all'art. 1176 C.C. o all'art. 1218 C.C. produce notevoli conseguenze circa il criterio di distinzione da adottare a seconda che trattasi di obbligazione di mezzi o di risultati.

Da una lettura dell'art. 1176 C.C. appare, in prima battuta, che il medico sia tenuto a dimostrare di essere stato diligente in merito alla propria prestazione, in caso contrario scatterebbe l'ipotesi di responsabilità²⁰. L'art. 1218 C.C. presuppone, invece, che il medico dimostri la non imputabilità del fatto specifico che ha provocato l'evento a se stesso. In tema di responsabilità di mezzi, si può affermare che con la conclusione del contratto il medico si obbliga nei confronti del malato a svolgere l'attività professionale necessaria ed

¹⁹ La Cassazione, già a decorrere dal 1985, ha sollevato dubbi circa il dualismo esistente tra le due tipologie di responsabilità, così come elaborate dalla dottrina. Sentenze: n. 1280 del 6 febbraio 1998, la quale ha stabilito che la mancata realizzazione del risultato è di per sé un elemento caratterizzante la negligenza; n. 6416 del 10.12.1979 la quale è arrivata a concludere che la "...a differenza dell'obbligazione di mezzi, la quale richiede al debitore soltanto la diligente osservanza del comportamento pattuito, indipendentemente dalla sua fruttuosità rispetto allo scopo perseguito dal creditore, nell'obbligazione di risultato, nella quale il soddisfacimento effettivo dell'interesse di una parte è assunto come contenuto essenziale ed irriducibile della prestazione, l'adempimento coincide con la piena realizzazione dello scopo perseguito dal creditore, indipendentemente dall'attività e dalla diligenza spiegate dall'altra parte per conseguirlo...". Sentenza n. 9617 del 10.9.1999 "L'obbligazione assunta dal medico, consistente nel provocare la definitiva infertilità di una paziente è, come tale, di risultato e non di mezzi. In tal caso l'obbligazione di risultato può considerarsi adempiuta solo quando si sia realizzato l'evento previsto come conseguenza dell'attività esplicata dal debitore, nell'identità di previsione negoziale e nella completezza quantitativa e qualitativa degli effetti previsti, e, per converso, non può ritenersi adempiuta se l'attività dell'obbligato, quantunque diligente, non sia valsa a far raggiungere il risultato previsto. Ne deriva che una volta che sia provata la mancanza del risultato, va riconosciuto l'inadempimento del medico stesso, anche quale presupposto della risoluzione del contratto d'opera professionale".

²⁰ Cassazione Civile, Sezione III, 10/02/2003, n. 1939: "Il debitore, al fine di liberarsi della responsabilità nei confronti del creditore, non può di regola limitarsi ad allegare di aver usato, nell'adempire, la diligenza del buon padre di famiglia, dovendo invece dimostrare la sussistenza del requisito dell'impossibilità della prestazione per causa a lui non imputabile". Cassazione Civile, Sezione II, 18/07/2002, n. 10454: "Le obbligazioni inerenti all'esercizio dell'attività professionale sono, di regola, obbligazioni di mezzi e non di risultato, in quanto il professionista, assumendo l'incarico, si impegna a prestare la propria opera per raggiungere il risultato desiderato ma non a conseguirlo. Pertanto, ai fini del giudizio di responsabilità nei confronti del professionista, rilevano le modalità dello svolgimento della sua attività in relazione al parametro della diligenza fissato dall'art. 1176, comma 2, codice civile, che è quello della diligenza del professionista di media attenzione e preparazione".

utile in relazione al caso concreto e in vista del risultato che attraverso il mezzo tecnico-professionale il malato spera di conseguire. Il professionista si obbliga a prestare la sua opera con la dovuta necessaria diligenza senza garantire al malato la guarigione che dovrebbe essere prodotta dal trattamento, l'inadempimento consiste nella violazione dei doveri inerenti allo svolgimento dell'attività professionale, cioè nell'inosservanza della diligenza prevista dall'art. 1176, comma 2° C.C. In tale ottica, il medico risponderà per inadempimento della obbligazione quando non abbia posto in essere le cure appropriate, da valutare sulla scorta dei protocolli terapeutici, oppure abbia commesso un errore terapeutico. Tale responsabilità scatta anche nel caso in cui la prestazione sia andata a buon fine, cioè quando l'utente sia guarito.

In tema di responsabilità professionale, particolare attenzione merita il concetto di "diligenza" che è alla base della disciplina delle obbligazioni ed è chiaro che, parlando di una obbligazione di mezzi e non di risultato, per definire tale categoria non è sufficiente fermarsi al concetto di "diligenza del *pater familias*", ma si deve tenere a mente la specifica attività posta in essere dal professionista medico. Del resto lo stesso art. 1176 C.C. al primo comma fa riferimento alla "diligenza del buon padre di famiglia", mentre al secondo comma, parlando di obbligazioni che scaturiscono dall'esercizio di un'attività professionale, stabilisce che la diligenza "*deve valutarsi con riguardo alla natura dell'attività esercitata*". Si può quindi a ragione parlare di una diligenza "qualificata" nel senso di aggiuntiva a quella "di base", cioè del *pater familias*. Tutto questo supportato anche da pronunce della Corte di Cassazione²¹.

L'attribuibilità di un evento ad una determinata persona necessita della esistenza di un nesso di causalità tra la condotta, attiva od omissiva, e l'evento. Atteso che la produzione dell'evento può scaturire dalla presenza di una pluralità di condizioni, occorre stabilire, caso per caso, quando al soggetto possa imputarsi l'evento.

²¹ Corte di Cassazione, sentenza n. 2439 del 18.6.1975: "*La diligenza che il professionista deve porre nello svolgimento dell'attività professionale in favore del cliente è quella media: la diligenza, cioè, del professionista di preparazione media e di attenzione media nell'esercizio della propria attività: in definitiva, la diligenza che, a norma dell'art. 1176, secondo comma codice civile, deve valutarsi con riguardo alla natura dell'attività esercitata*".

Tema di eccezionale importanza nell'ambito dell'emergenza sanitaria è quello della causalità di tipo omissivo, disciplinata dall'art. 40 C.P., comma 2: *"/.../ non impedire l'evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo'*. Si norma, quindi, una imputabilità nei confronti del soggetto che viola uno specifico obbligo di azione ed intervento; nel nostro caso, ci si riferisce al mancato adempimento al quale è tenuto il professionista sanitario nello svolgimento delle sue funzioni. Poiché il medico ha nei confronti del paziente un ruolo di garanzia rispetto al bene "salute", nel caso di colposa mancanza da parte del sanitario, si configura una fattispecie di reato omissivo improprio. In tema di nesso di causalità riguardante la responsabilità professionale per omissioni la Corte di Cassazione ha adottato nel corso degli anni posizioni diverse, come bene sintetizzato nella sentenza n. 25233/2005²².

In passato, la sussistenza del nesso causale era fondata su spiegazioni di natura probabilistica, che non consentivano di arrivare a giudizi di certezza, ma a giudizi basati sulla considerazione che le possibilità di successo dell'intervento medico mancato erano "notevoli", "rilevanti", ... Da ciò si desume che la Cassazione, nel passato, nella ricerca del nesso di causalità tra la condotta del medico e l'evento, riteneva sufficiente basarsi sul criterio della probabilità e della idoneità della condotta a produrre determinati effetti, giungendo a quantificare al 50% l'esistenza di una probabilità giuridicamente rilevabile. Gli orientamenti giurisprudenziali più recenti hanno, invece, affermato che l'esistenza del nesso di causalità deve essere provata attraverso l'esistenza e l'impiego di una legge scientifica di copertura, al fine di potersi parlare di un coefficiente probabilistico "prossimo a cento". Non è quindi sufficiente l'esistenza di una "elevata probabilità" circa il verificarsi dell'evento, in quanto la rilevanza causale del fatto nella produzione dell'evento dannoso

²² Corte di Cassazione, Sezione IV, sentenza n. 25233 /2005 *"...è stato talora affermato che a far ritenere la sussistenza del rapporto causale, 'quando è in gioco la vita umana anche solo poche probabilità di successo...sono sufficienti' (Sez. 4, n. 4320/83); in altra occasione si è specificato che, pur nel contesto di una 'probabilità anche limitata', deve trattarsi di serie ed apprezzabili possibilità di successo'...; altra volta, ancora, ...'in tema di responsabilità per colpa professionale del medico, se può essere consentito il ricorso ad un giudizio di probabilità in ordine alla prognosi sugli effetti che avrebbe potuto avere, se tenuta, la condotta dovuta..., è necessario che l'esistenza del nesso causale venga riscontrata con sufficiente grado di certezza, se non assoluta...almeno con un grado tale da fondare su basi solide un'affermazione di responsabilità, non essendo sufficiente a tale fine un giudizio di mera verosimiglianza (Sez. IV, n. 10437/93). In tempi meno remoti...è stato posto l'accento sulle serie e rilevanti (o apprezzabili) possibilità di successo, sull'alto grado di possibilità...è stata apprezzata una percentuale del 75% di probabilità di sopravvivenza della vittima, ove fossero intervenute una diagnosi corretta e cure tempestive"*.

deve essere accertata in termini di assoluta certezza. Così facendo si è voluto sancire il concetto che non ha senso parlare in astratto di "alto grado di probabilità" se manca una legge scientifica che permetta di enunciare una connessione tra eventi in una percentuale vicina a cento. In tema di causalità omissiva è stato altresì sancito che è possibile ravvisare il nesso causale se l'azione doverosa omessa avrebbe impedito l'evento con alto grado di probabilità logica, ovvero con elevata probabilità razionale, cioè con una probabilità vicina alla certezza. In ambito sanitario, la condotta omissiva postula come modello alternativo una condotta attiva, imposta dall'ordinamento giuridico. A fronte di tale condotta esistono sia una posizione di garanzia, sia degli specifici doveri di diligenza, entrambi i quali sono alla base della colpa dell'agente. Il nesso causale va individuato, quindi, in termini di certezza non oggettiva ma di certezza processuale che, in quanto tale, non può essere individuata se non con l'utilizzo degli strumenti di cui il giudice dispone per le sue valutazioni probatorie: certezza che deve essere, pertanto, raggiunta valorizzando tutte le circostanze del caso concreto, secondo un procedimento logico – analogo a quello seguito allorché si tratta di valutare la prova indiziaria - che consenta di ricollegare un evento ad una condotta omissiva "al di là di ogni ragionevole dubbio".

2.3 La responsabilità dell'équipe

In merito agli interventi sanitari svolti in equipe la giurisprudenza, allorché è stata chiamata a pronunciarsi sulle responsabilità dei singoli componenti, lo ha fatto in maniera contrastante.

La Cassazione, attraverso una sentenza²³, ha affermato vigere il principio del "controllo incrociato" in base al quale ciascuno dei sanitari impegnati nell'operazione avrebbe il dovere di controllare l'operato dei colleghi al fine di accertarsi dell'assenza di comportamenti negligenti o imprudenti. Altra sentenza sancisce, invece, una delimitazione

²³ Cassazione, Sezione IV, 5.1.1982, secondo la quale: *"nel caso di evento colposo determinato da negligenza nel corso di un'operazione chirurgica, va ritenuto responsabile sia il chirurgo, principale esecutore dell'intervento, che il suo assistente, poiché quest'ultimo, nella sua qualità di collaboratore e potenziale continuatore dell'operazione, ha il compito di vigilare sulla intera esecuzione"*.

delle singole responsabilità dei sanitari operanti in equipe, per cui ciascuno risponderebbe per il proprio ambito di specializzazione²⁴.

Appare chiaro che il criterio della prevedibilità e evitabilità ritorna in ogni caso ad integrare quello dell'affidamento. Al fine di potersi parlare di attività professionale medica svolta in equipe non necessita l'esercizio di una attività medica di tipo chirurgico, in quanto il lavoro in equipe viene svolto ogni volta che sono presenti operatori sanitari – medici e non medici – ciascuno dei quali sia titolare di una specifica competenza. In base al principio di affidamento, il singolo membro della equipe confida che gli altri componenti lavorino nel rispetto delle regole e valorizzando al massimo le proprie conoscenze e competenze professionali. Il principio di affidamento permette di circoscrivere la responsabilità del singolo componente della equipe alla attività svolta. Poiché l'attività medica svolta in equipe presuppone il concorso di più professionisti per il raggiungimento di un unico fine, la salute del paziente, in caso di esito negativo il singolo professionista non potrà invocare solo il rispetto dei canoni di diligenza e prudenza ma dovrà, necessariamente, avere preso contezza degli altri aspetti dell'intervento.

La Cassazione ha sancito, in merito a tale aspetto, che il principio di affidamento non potrà essere invocato quale esimente nei seguenti casi: "a) errore commesso da altro operatore ma in una materia non specialistica, rientrante nel bagaglio professionale di ogni professionista medio; b) nel caso di un errore commesso in un settore specialistico cui abbia assistito altro operatore pure specializzato in tale settore; c) errore commesso in un settore specialistico, ma talmente grossolano da non poter sfuggire ad altro professionista, pur non specialista in quel settore".

Il sanitario medico che si avvale della prestazione del sanitario non medico, ad esempio del personale infermieristico, risponde comunque del dovere di vigilanza sull'attività degli ausiliari. L'Ente entro cui si svolge l'attività sanitaria esaminata risponde anche dei comportamenti colposi cagionati da queste categorie di lavoratori, sia a causa di una loro

²⁴ Cassazione, Sezione IV, 9.4.1984 "in una equipe medica, che svolge un'operazione chirurgica, l'anestesista è deputato a controllare lo stato di insensibilità del paziente all'azione chirurgica, la sua reazione e magari la sua sicurezza dal punto di vista circolatorio, mentre non ha nessuna competenza e quindi nessun incarico di porre o estrarre tamponi dalla cavità soggetta all'operazione. Ne consegue che l'anestesista non risponde del fatto che venga dimenticata nell'addome del paziente una garza laparatomica, che dia luogo ad un processo infiammatorio endoperitoneale (...) produttore lesioni colpose gravi".

non idonea formazione, sia per una carenza, in termini numerici, degli stessi. E la responsabilità dei sanitari non si limita alla prestazione di tipo sanitario *strictu senso* ma coinvolge il più ampio concetto di "assistenza sanitaria".

2.4 La responsabilità del personale sanitario in attività di volontariato sanitario

Non è infrequente la presenza di personale sanitario, medico, infermieristico ed ostetrico, nei ruoli delle Associazioni di Soccorso Sanitario (Croce Rossa Italiana, Associazioni Federate ANPAs, ecc.).

Tale presenza sanitaria ingenera, purtroppo, soventemente equivoci circa i compiti ed i limiti dell'operatività del sanitario che rivesta anche il ruolo di soccorritore. È necessario ricordare che gli unici limiti all'azione del personale sanitario, legalmente abilitato all'esercizio professionale, sono quelli che la legge individua a carico di ogni singolo profilo professionale: l'acquisizione di un titolo universitario e il conseguimento dell'abilitazione all'esercizio professionale non solo permette al sanitario di svolgere la professione, ma soprattutto implica l'adesione del sanitario stesso alle norme giuridiche e deontologiche, imperative e prevalenti sui regolamenti delle Associazioni di Soccorso, qualora questi presentassero elementi di contrasto.

I Codici Deontologici, sotto il profilo strettamente giuridico, a mente dell'art. 43 del Codice Penale, hanno natura di disciplina, per cui la violazione di norme deontologiche comporta, oltre alla sanzione disciplinare, anche quella "*inosservanza di leggi, regolamenti, ordini e discipline*", momento fondante della colpa. Proprio in questa direzione è orientato, a titolo di esempio, il Codice di Deontologia Medica, nella vigente versione del 16 dicembre 2006, dove, all'art. 1, Definizione, si legge "*Il Codice di Deontologia Medica contiene principi e regole che il medico-chirurgo e l'odontoiatra... devono osservare nell'esercizio della professione ...il comportamento del medico anche al di fuori dell'esercizio della professione deve essere consono al decoro e alla dignità della stessa, in armonia con i principi di solidarietà, umanità e impegno civile che la ispirano...*".

Per quanto riguarda il medico, volontario e non, nel riferimento contestuale dell'emergenza-urgenza sanitaria, il Codice Deontologico contiene riferimenti puntuali e fondamentali: art. 3, Doveri del medico: *"Dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo e il sollievo dalla sofferenza /.../";* art. 4, Libertà e indipendenza della professione: *"L'esercizio della medicina è fondato sulla libertà e sull'indipendenza della professione che costituiscono diritto inalienabile del medico /.../";* art. 8, Obbligo di intervento: *"Il medico, indipendentemente dalla sua abituale attività, non può mai rifiutarsi di prestare soccorso o cure d'urgenza e deve tempestivamente attivarsi per assicurare assistenza";* art. 9, Calamità: *"Il medico, in caso di catastrofe, di calamità o di epidemia, deve mettersi a disposizione dell'Autorità competente";* art. 36, Assistenza d'urgenza: *"Allorché sussistano condizioni d'urgenza, tenendo conto delle volontà della persona se espresse, il medico deve attivarsi per assicurare l'assistenza indispensabile."*

Analoghe considerazioni valgono anche per l'infermiere e per l'ostetrico, professioni che, con l'entrata in vigore della Legge 26 febbraio 1999, n° 42 hanno abbandonato la connotazione di ausiliarietà rispetto alla professione medica, assumendo la natura giuridica di professione intellettuale e protetta dallo Stato, analogamente a quanto avviene per la professione medica stessa.

Nel Codice Deontologico degli Infermieri si legge: art. 1.2 *"l'assistenza infermieristica è servizio alla persona e alla collettività /.../";* art. 1.3 *"la responsabilità dell'infermiere consiste nel curare e prendersi cura della persona /.../";* art. 1.4 *"il codice deontologico guida l'infermiere nello sviluppo della identità professionale e nell'assunzione di un comportamento eticamente responsabile. È uno strumento che informa il cittadino sui comportamenti che può attendersi dall'infermiere";* art. 3.6 *"l'infermiere, in situazioni di emergenza, è tenuto a prestare soccorso e ad attivarsi tempestivamente per garantire l'assistenza necessaria. In caso di calamità, si mette a disposizione dell'autorità competente".*

Nel Codice Deontologico dell'ostetrica/o si legge: *"il presente Codice indica i principi e le regole che l'ostetrico deve osservare, nell'interesse esclusivo degli assistiti, ai fini del corretto esercizio della professione, ovunque e in qualunque forma svolta. I principi e le*

regole di correttezza che contraddistinguono lo svolgimento eticamente responsabile dell'attività professionale, secondo il presente Codice, devono ispirare i comportamenti dell'ostetrico in ogni momento della sua vita di relazione /.../"; art. 1.1 "/.../ l'ostetrico si pone come obiettivo ogni intervento volto alla promozione, tutela e mantenimento della salute globale della persona /.../ con piena autonomia e responsabilità per quanto è di sua competenza"; art. 2.1 "nell'esercizio dell'attività professionale l'ostetrico opera secondo scienza e coscienza, ispirandosi in ogni momento ai valori etici fondamentali della professione /.../"; art. 2.6 "l'ostetrico deve sempre rispondere alla richiesta di bisogno di salute, anche quando questa esuli dalla sua abituale attività o comporti disagio o rischio personale. Nei casi di urgenza deve attivarsi tempestivamente per assicurare adeguata assistenza. Il rifiuto di prestare soccorso costituisce in tali casi grave mancanza deontologica".

In sintesi: quando il personale sanitario, anche in veste di soccorritore volontario, si trova in presenza di situazioni sanitarie in cui è necessario un intervento di natura professionale, non può limitarsi a svolgere i compiti, assai più limitati e per definizione non invasivi e non terapeutici, propri del volontario del soccorritore non sanitario, ma ha l'obbligo giuridico e deontologico di attivarsi secondo quanto previsto dal proprio specifico profilo professionale.

2.5 La responsabilità dei soccorritori volontari

Nell'ambito del servizio pubblico di emergenza-urgenza si inserisce a pieno titolo e con piena legittimità il volontariato sanitario, il cui inquadramento giuridico è stato definito²⁵ e normato organicamente nel nostro paese dalla Legge 11 agosto 1991, n° 266 "Legge-quadro sul volontariato".

In realtà, la legge sul volontariato norma in linea generale le associazioni di volontariato, senza entrare nello specifico delle associazioni di volontariato operanti in ambito sanitario.

²⁵ Legge 11 agosto 1991, n° 266, art. 2, comma 1: "Per attività di volontariato deve intendersi quella prestata in modo personale, spontaneo e gratuito, tramite l'organizzazione di cui il volontario fa parte, senza fini di lucro anche indiretto ed esclusivamente per fini di solidarietà"

Un importante precedente di natura legislativa è contenuto nella Legge 23 dicembre 1978, n° 833, Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, all'art. 45, Associazioni di volontariato: *"È riconosciuta la funzione delle associazioni di volontariato liberamente costituite aventi la finalità di concorrere al conseguimento dei fini istituzionali del servizio sanitario nazionale. Tra le associazioni di volontariato di cui al comma precedente sono ricomprese anche le istituzioni a carattere associativo, le cui attività si fondano, a norma di statuto, su prestazioni volontarie e personali dei soci..."*. La legge riconosce quindi il valore e la funzione specifica del volontariato sanitario, il quale concorre, quindi, al raggiungimento dei fini istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale, operando in regime di convenzione²⁶ con la struttura pubblica. Inoltre, la Legge delega alle Regioni la regolamentazione dell'organizzazione e delle attività del volontariato sanitario.

Per la natura convenzionale con la struttura pubblica, per la concorrenza ai raggiungimento dei fini istituzionali della stessa, per lo svolgimento di un pubblico servizio, ai soccorritori volontari delle associazioni di soccorso, lo Stato riconosce la qualifica giuridica di incaricati di pubblico servizio²⁷ ²⁸ durante lo svolgimento delle attività istituzionali. I soccorritori volontari sono, in gran parte, soggetti privi di specifica competenza e formazione sanitaria, svolgendo nella propria vita altre attività professionali.

²⁶ Legge 11 agosto 1991, n° 266, art. 1: *"Lo Stato, le Regioni, le Province autonome, gli enti locali e gli altri enti pubblici possono stipulare convenzioni con le organizzazioni di volontariato iscritte da almeno sei mesi nei registri di cui all'articolo 6 e che dimostrino attitudine e capacità operativa. Le convenzioni devono contenere disposizioni dirette a garantire l'esistenza delle condizioni necessarie a svolgere con continuità le attività oggetto della convenzione, nonché il rispetto dei diritti e della dignità degli utenti. Devono inoltre prevedere forme di verifica delle prestazioni e controllo della loro qualità nonché le modalità di rimborso delle spese"*

²⁷ Codice Penale, art. 358, Nozione della persona incaricata di un pubblico servizio: *"Agli effetti della legge penale sono incaricati di pubblico servizio coloro i quali a qualunque titolo prestano un pubblico servizio. Per pubblico servizio deve intendersi un'attività disciplinata nelle stesse forme della pubblica funzione, ma caratterizzata dalla mancanza dei poteri tipici di quest'ultima..."*

²⁸ Cassazione Penale, Sezione VI, Sentenza 9 luglio 1997 n° 6687: *"In tema di nozione della persona incaricata di un pubblico servizio, i dipendenti di un ente o di una società cessionari, anche in via non esclusiva, di un servizio di interesse pubblico, debbono essere considerati incaricati di un pubblico servizio, in quanto concorrono allo svolgimento dell'attività ad esso connessa, a nulla rilevando la natura pubblica o privata dell'ente o dell'imprenditore al quale questa attività sia riferibile"*

I programmi di formazione e aggiornamento e la relativa certificazione, secondo quanto indicato dalla Conferenza Stato Regioni del 22 Maggio 2003, devono essere definiti dalle Regioni e dalle Province Autonome. La stessa Conferenza ha stabilito che *"il personale operante nel sistema dell'emergenza-urgenza deve sostenere un percorso formativo uniforme, prescindendo dall'appartenenza al Servizio Sanitario Nazionale e/o ad Enti, Associazioni di Volontariato"* in quanto *"l'obiettivo generale è rappresentato dalla qualità delle cure mediante l'integrazione funzionale ed operativa di ogni settore del sistema dell'emergenza - urgenza sanitaria."*

In ambito CRI, la formazione di personale non sanitario da adibire all'attività di soccorritore è regolamentata dai Regolamenti della Croce Rossa Italiana e, per quanto riguarda, a titolo di esempio, la Regione Lombardia, deve conformarsi alla DGR 22 ottobre 1999, n° VI/45819, allegato 14: *"Corso di formazione per operatori non sanitari del soccorso extraospedaliero"*, corso di natura teorico-pratica della durata di 120 ore. Il programma del corso di formazione prevede che l'aspirante soccorritore acquisisca le seguenti competenze:

"IL SOCCORRITORE: RUOLO E RESPONSABILITÀ"

Legislazione nazionale e regionale

Aspetti medico-legali del soccorso extraospedaliero

L'organizzazione dei sistemi di soccorso

La relazione con le altre figure professionali

IL CORPO UMANO E LA VALUTAZIONE DEL PAZIENTE

Aspetti anatomico-fisiologici

Valutazione primaria e rilevazione dei parametri vitali

La valutazione secondaria, l'esame obiettivo e il colloquio soggettivo

IL TRATTAMENTO PRIMARIO

La cura cardiaca d'emergenza e la catena della sopravvivenza

La persona priva di coscienza

La pervietà delle vie aeree

Segni di ostruzione delle vie aeree e dell'arresto respiratorio

La ventilazione artificiale

Segni di arresto cardiaco

RCP a uno e due soccorritori

Le emorragie interne ed esterne

Lo stato di shock

La perdita di coscienza transitoria

IL TRAUMA

Il problema trauma e i sistemi di risposta

L'ora d'oro

La valutazione della scena, l'autoprotezione

I meccanismi di lesione e l'indice di sospetto

La valutazione primaria: scopo e fasi ABCDE

La valutazione secondaria: l'esame testa piedi

Le lesioni delle parti molli e ossee

Ferite, contusioni, lussazioni, fratture, amputazioni

Lesioni della colonna

Indicatori di sospetto, segni e sintomi, regole generali

I collari cervicali, la rimozione del casco, rimozione e immobilizzazione atraumatica

Indicazioni e uso degli strumenti per l'immobilizzazione

Il trauma cranico

Segni e sintomi, il danno secondario

La valutazione secondo lo schema AVPU

Le lesioni toraciche

Segni e sintomi, pneumotorace e volet costale

Le ferite penetranti

Lesioni dell'addome

Valutazione e trattamento delle principali lesioni

Il trauma in casi particolari

Bambino, anziano, gravida

Il paziente incastrato

Linee guida per il trasporto primario

Il triage

EMERGENZE MEDICHE

Generalità, l'evento acuto

L'ABC e la raccolta di informazioni

L'insufficienza respiratoria e cerebrale

La dispnea, il TIA e l'ICTUS

L'insufficienza cardiocircolatoria, il dolore toracico

Segni, sintomi, cause e trattamento per:

Le convulsioni

L'anafilassi

Il dolore addominale

L'abuso di alcol e sostanze stupefacenti

Contatto con sostanze tossiche

Morsi e punture di animali

Malattie infettive

Diabete

LE EMERGENZE OSTETRICO GINECOLOGICHE

Anatomia e fisiologia del parto

Assistenza al nascituro e alla madre nel parto fisiologico

La gravidanza e il parto complicato

Le emergenze ginecologiche

EMERGENZE LEGATE ALL'AMBIENTE

Colpo di calore, ipotermia e congelamento

Emergenze in acqua e lesioni da tuffo

USTIONI E MATERIALI PERICOLOSI

Cause e trattamento delle ustioni

EMERGENZE PEDIATRICHE

Il BLS pediatrico

Le convulsioni, iperpiressia, dispnea

I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

Trattamento e normativa per il TSO

ASPETTI PSICOLOGICI DEL SOCCORSO PREOSPEDALIERO

I bisogni del paziente in situazione di urgenza

Aspetti particolari per approccio al: bambino, anziano, disabile, straniero, psichiatrico, alcolista, terminale.

LE OPERAZIONI D'AMBULANZA

Il mezzo di soccorso: come mantenerlo in ordine e operativo

Le convenzioni e i regolamenti tecnici

L'avvicinamento al posto e il trasporto in condizioni di sicurezza

Norme di igiene e prevenzione dei rischi biologici

Le fasi del soccorso e le comunicazioni con la CO

Il caricamento e trasporto del paziente in condizioni di sicurezza

La raccolta dati del servizio e del paziente

La consegna del paziente alle cure del PS"

E che il personale soccorritore volontario, al termine del corso di formazione, sia in grado di:

- ↪ Riconoscere e valutare i parametri vitali e le loro principali alterazioni
- ↪ Eseguire manovre rianimatorie di base (BLS)
- ↪ Somministrare ossigeno, secondo i protocolli
- ↪ Immobilizzare colonna vertebrale, bacino ed arti
- ↪ Praticare un'emostasi
- ↪ Proteggere e medicare le ferite
- ↪ Assistere un parto d'emergenza
- ↪ Trasportare un paziente nella posizione più idonea
- ↪ Sottrarre un paziente da imminenti situazioni di pericolo

Per quanto riguarda il corpo delle Infermiere Volontarie CRI, con D.M. del Ministero della Salute del 2 agosto 2005, pubblicato in Gazzetta Ufficiale, serie generale, n° 202 del 31 agosto 2005 è normata la "Disciplina del corso di studio delle infermiere volontarie della Croce Rossa Italiana", basata sulla necessità di *aggiornare il percorso formativo biennale delle infermiere volontarie della Croce Rossa Italiana finalizzandolo al conseguimento di una preparazione teorico-pratica in ambito socio sanitario, principalmente indirizzata alla gestione di emergenze di vario tipo che coinvolgono la collettività*²⁹. Giova inoltre ricordare in questa sede come, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1 della Legge 4 febbraio 1963, n° 95, sia sancita dal legislatore l'equiparazione a tutti gli effetti del diploma rilasciato alle

²⁹ D.M. 2 agosto 2005, "Disciplina del corso di studio delle infermiere volontarie della Croce Rossa Italiana"

Infermiere Volontarie della Croce Rossa Italiana al *certificato di abilitazione all'esercizio dell'arte ausiliaria di infermiera*³⁰

Di seguito si riporta lo schema sintetico del piano di studi biennale previsto per le allieve infermiere volontarie.

1° ANNO

Modulo 1 "Orientamento – Motivazioni"

Modulo 2 "Conoscenze di Base"

Psicologia generale

Psicologia dello sviluppo e delle età dell'uomo

Psicologia sociale

Modulo 3 "Bisogni dell'Uomo"

Anatomia e Fisiologia

Organizzazione del corpo

Citologia

Tessuti-Organismi

Apparati e loro funzioni

Sostegno e Movimento

Comunicazione – controllo – integrazione

Sistemi di trasporto e di difesa

Respirazione – nutrizione – escrezione

Riproduzione e sviluppo

Patologia Generale e Immunologia

Concetto di malattie

Malattie ereditarie

Malformazioni embrionali e fetali

Immunologia generale

Chirurgia Generale

L'ambiente chirurgico

Le tecniche chirurgiche elementari

Il nursing del paziente chirurgico

Le infezioni in chirurgia

Problemi psicologici del paziente chirurgico

Complicazioni post-operatorie – Problemi del sangue – Shock

Modulo 4 "Assistenza Infermieristica di base"

Il nursing (con particolare riguardo ai temi della gravidanza, parto, puerperio)

Metodi organizzativi – Piani di lavoro – Piani delle attività

Comfort e igiene ambientale

Unità del Malato: il letto, la stanza, l'arredamento

Modulo 5 "Tutela della salute – Prevenzione – Cura – Riabilitazione"

Definizione di salute

Definizione di malattia

Igiene e microbiologia

Nozioni di farmacologia

Assunzione dei farmaci

Conservazione

³⁰ Come peraltro recentemente confermato nell'interrogazione parlamentare a risposta scritta ai Ministri della Salute e della Difesa, seduta 396 del 4 dicembre 2003, proponente Caminiti.

Somministrazione

Norme di sicurezza (D.Lgs. 626/94)

Mobilizzazione e posture

Modulo 6 "Problemi assistenziali prioritari"

Modulo 7 "Nozioni di Primo Soccorso, BLS, BLS-D"

Modulo 8 "Lingua Straniera"

Tirocinio Pratico

2° ANNO

Modulo 1 "Assistenza infermieristica di base"

L'assistenza – Gli strumenti informativi

Alimentazione

Eliminazione

Igiene e Comfort

Respirazione

Circolazione

Termoregolazione

Comunicazione

Medicazione e cura delle ferite

Il problema del significato dell'esistenza

Modulo 2 "Funzioni educative e comportamentali"

Fondamenti

L'educazione sanitaria

La relazione d'aiuto

La bioetica

Modulo 3 "Funzioni infermieristiche mirate"

Fondamenti. Il processo di assistenza

Il piano di assistenza

Protocollo

Scheda e cartella infermieristica

Patologia

Patologia clinica

Patologie mediche

Le urgenze in medicina

Patologie chirurgiche – Parte speciale

Modulo 4 "Funzioni Organizzative in Emergenza"

La Croce Rossa Italiana e le sue Componenti

Le Forze Armate

Impiego dei Corpi Ausiliari delle FF.AA.

Stralcio dal D.C.M. 5 luglio 2002, n° 208

Riferimenti legislativi

Il Corpo della Sanità Militare

Ruolo della CRI nella Protezione Civile

Elementi di difesa civile e suoi settori

Fasi di intervento

La legislazione

Compiti affidati alla CRI nell'ambito di interventi di sua competenza, tra cui:

Strutture operative della CRI (Attivazione in emergenza, Sala operativa, il Modulo e i suoi Nuclei,

Gestione dell'Emergenza, Struttura campale/residenziale in Emergenza)

Elementi di difesa: Nucleare – Biologica – Chimica

Psicologia dell'emergenza

Sostegno psicologico dei soccorritori

Sostegno psicologico degli assistenti

Etica

Modulo 5 "Supporti tecnici in emergenza"

Il soccorso sanitario extra-ospedaliero: mezzi di soccorso sanitario (ambulanza – elisoccorso)

Le radiocomunicazioni nel soccorso per emergenza extra-ospedaliera

La cartografia nei servizi di emergenza e protezione civile

La conoscenza dei sistemi informatici

Modulo 6 "DIU – Diritto Internazionale Umanitario"

Origini della Croce Rossa

I Principi Fondamentali

La Croce Rossa Internazionale e l'Associazione Italiana di Croce Rossa

Modulo 7 "Lingua Straniera"

Tirocinio

Esame Finale

Dalla disamina delle competenze e delle attività che le leggi nazionali e regionali prevedano debbano essere acquisite e conosciute dal soccorritore volontario, si evince come il processo di formazione e di continuo aggiornamento del personale sia fondamentale e fondante: la responsabilità della rispondenza del volontario, per quanto concerne formazione ed abilità alle mansioni cui sarà destinato, ricade sull'organizzazione di volontariato e, in particolare, sul direttore sanitario della stessa.

Al soccorritore volontario viene affidato un primario ruolo di supporto del sistema di emergenza-urgenza sanitaria: il limite dell'operato dei volontari non sanitari, che fondano la propria azione in un contesto di prestazioni di solidarietà competente, può quindi essere individuato nell'invasività (con la prevista eccezione dell'introduzione delle cannule orofaringee come supporto alle attività ventilatorie previste nei protocolli di rianimazione cardiopolmonare BLS e l'ovvia eccezione dei soccorritori che siano in possesso di titoli e abilitazione all'esercizio professionale delle diverse professioni sanitarie, ivi comprese le infermiere volontarie in servizio in ambito CRI). Lo sconfinamento verso manovre maggiormente invasive potrebbe ragionevolmente integrare i presupposti del reato di esercizio abusivo della professione medica³¹ e infermieristica, oltre che quello di lesioni personali colpose e volontarie.

Sotto il profilo della valutazione dell'eventuale responsabilità civile e penale del personale volontario, l'assenza di legislazione specifica *ah hoc* e l'assenza, almeno nel contesto di emergenza-urgenza (diverso il caso dei trasporti non urgenti secondari), di

³¹ Codice Penale, art. 348, Abusivo esercizio di una professione.

clausole contrattuali, fanno rientrare la valutazione della responsabilità nell'ambito extra-contrattuale (ex art. 2043 del Codice Civile).

Per quanto concerne i parametri per la valutazione della responsabilità dei soccorritori non sanitari, può essere, estensivamente e a titolo di orientamento, fatto riferimento ai principi che regolano la responsabilità del personale sanitario non medico.

Infatti, nonostante esistano orientamenti interpretativi dottrinali e giurisprudenziali non univoci in merito, il soccorritore volontario, per essere abilitato ad operare, segue un apposito corso di formazione con programmi omogenei su scala nazionale, definiti da precisi riferimenti normativi e viene certificato da un organismo "terzo" rispetto a quello che ne ha curato la formazione (accreditamento del soccorritore-esecutore a cura del personale medico ed infermieristico in servizio presso le centrali operative 118; commissione di esame con presidente di commissione nominato dal Ministero della Salute per quanto riguarda le infermiere volontarie CRI).

Sezione 3. Situazioni particolari

Vengono di seguito prese in considerazione alcune situazioni e attività, di frequente riscontro nell'ambito dell'emergenza sanitaria extra-ospedaliera e di particolare delicatezza sotto il profilo giuridico-normativo e medico-legale.

3.1 Omissione di soccorso

Codice Penale, Art. 593: "Chiunque, trovando abbandonato o smarrito un fanciullo minore degli anni dieci, o un'altra persona incapace di provvedere a se stessa, per malattia di mente o di corpo, per vecchiaia o per altra causa, omette di darne immediato avviso all'autorità è punito con la reclusione fino a un anno o con la multa fino a 2.500 euro. Alla stessa pena soggiace chi, trovando un corpo umano che sia o sembri inanimato, ovvero una persona ferita o altrimenti in pericolo, omette di prestare l'assistenza occorrente o di darne immediato avviso all'autorità. Se da siffatta condotta del colpevole deriva una lesione personale, la pena è aumentata; se ne deriva la morte, la pena è raddoppiata".

Si tratta di un reato comune (che può essere ciò compiuto da qualsiasi persona), di pericolo, di mera condotta, istantaneo, omissivo proprio, procedibile d'ufficio. Elemento soggettivo caratterizzante il reato è il dolo generico. Gli oggetti giuridici tutelati sono l'incolumità individuale e la vita. Il reato si consuma all'atto dell'omissione dell'avviso all'autorità o all'omissione di soccorso.

L'obbligo di avviso all'autorità e l'obbligo di intervento per prestare assistenza non costituiscono condotte mutuamente esclusive o alternative: l'obbligo di avvisare unicamente l'autorità (senza intervento) ricorre solo nel caso in cui non si a concretamente possibile prestare assistenza.

Il legislatore e la giurisprudenza pongono in capo al cittadino "laico", non sanitario, un obbligo di dare avviso all'autorità e di restare sulla scena (assunzione di una posizione di garanzia nei confronti dell'infortunato) sino all'intervento della componente sanitaria ed, eventualmente, delle forze dell'ordine. In altre parole, al "laico" è richiesto di effettuare un corretto allertamento del sistema di emergenza-urgenza sanitaria mediante chiamata e

informativa, completa, veritiera comunicazione con l'operatore del 118 il quale, sulla base delle informazioni acquisite dall'utente-chiamante attiverà le risorse umane e logistiche più adatte alla tipologia di intervento. L'obbligo di prestare, oltre all'avviso all'autorità, anche assistenza in prima persona trova limitazioni nel caso in cui il soggetto, a motivo dell'età, delle condizioni psico-fisiche o della preparazione teorico-pratica in ambito di soccorso di base, sia effettivamente impossibilitato o impreparato ad agire.

Sotto il profilo concettuale l'obbligo è di intervento, non di risultato.

Chiaramente al personale sanitario, ai soccorritori "formati", è richiesto di intervenire e prestare soccorso con abilità e possibilità tecnico-strumentali superiori, in ogni caso coerenti con la preparazione professionale acquisita.

Il tema dell'omissione di soccorso ha acquistato, recentemente, maggiore attenzione da parte del legislatore rispetto al passato, tanto che con la Legge 9 aprile 2003, n° 72 sono state significativamente inasprite le sanzioni previste dall'art. 593 C.P., è stata introdotta la possibilità di arresto in flagranza di reato, escluso per il conducente di mezzo di trasporto che, entro 24 ore dal fatto, si metta spontaneamente a disposizione dell'autorità giudiziaria.

3.2 La ricerca del consenso e lo stato di necessità

L'acquisizione del consenso informato da parte dell'assistito, preliminarmente a qualsiasi atto medico, è un elemento irrinunciabile ed imprescindibile nell'esercizio professionale della medicina e delle professioni sanitarie in genere, nonché nell'ambito del soccorso sanitario extra-ospedaliero.

Si può affermare che il consenso informato espresso dall'assistito sia la premessa stessa che conferisce liceità³² all'atto medico, costituendo una *conditio sine qua non*, un limite

³² Comitato Nazionale di Bioetica, "Informazione e consenso all'atto medico", 20 giugno 1992

oggettivo privato del quale qualsiasi agire dei sanitari finisce con l'integrare diversi profili di reato³³.

In condizioni cliniche "ordinarie" l'acquisizione del consenso informato del paziente segue, dovrebbe seguire, un idoneo momento di confronto con il sanitario, cui spetta l'onere di fornire tutte le informazioni e le spiegazioni utili per far maturare nell'assistito una ponderata autodeterminazione. In altre parole, il consenso informato rappresenta una garanzia di protezione della libertà di scelta dell'individuo e di rispetto della sua autonomia e non è riducibile alla mera compilazione di un modulo di consenso. Costituisce un vero e proprio processo dinamico di valutazione e decisione che deve coinvolgere tanto il sanitario che l'assistito.

Questa impostazione concettuale mantiene la sua validità teorica anche nelle condizioni cliniche dell'emergenza-urgenza, in cui, tuttavia, la concreta possibilità pratica operativa può subire importanti stravolgimenti, sino al caso estremo in cui l'assistito si trovi nella materiale impossibilità di ricevere la necessaria informazione e/o di esprimere un valido consenso.

Va da subito chiarito che quando ci si riferisce a condizioni di emergenza-urgenza, il riferimento deve nascere da una valutazione delle condizioni cliniche dell'assistito e non, come erroneamente spesso creduto, alle mere modalità, alle condizioni spazio-temporali ed organizzative con cui l'intervento sanitario viene messo in atto.

Relativamente al consenso, nel soccorso sanitario in condizioni di emergenza-urgenza ci si trova spesso a confronto con due problemi: il rifiuto delle cure da parte dell'assistito e l'impossibilità del soggetto di manifestare la propria volontà.

Relativamente al problema del **rifiuto delle cure**, appare di tutta evidenza come in siffatte condizioni il sanitario si trovi a dover conciliare i propri doveri deontologici di

³³ Possono essere integrate le seguenti fattispecie di reato, previste e punite dal Codice Penale: sequestro di persona (art. 605), violenza privata (art. 610), incapacità procurata mediante violenza (art. 613), lesioni personali colpose (art. 590), lesioni personali volontarie (artt. 582, 583), omicidio colposo (art. 589), morte o lesioni come conseguenza di altro delitto (art. 586), omicidio volontario (art. 575)

intervento³⁴, assistenza³⁵ e di garanzia³⁶ nei confronti del paziente, con la necessità di rispettare l'autodeterminazione³⁷ di quest'ultimo anche nel caso le decisioni del paziente vadano nella direzione del diniego del consenso alle cure. Purtroppo, in caso di manifestazione di rifiuto del trasporto e delle cure da parte dell'assistito, è frequente nei sanitari e, più in generale, nel personale di soccorso l'atteggiamento "sbrigativo" di acquisizione di una testimonianza documentale di tale diniego. Il personale di soccorso, nel caso in cui solo sospetti che le condizioni cliniche siano tali da richiedere interventi terapeutici non accettati dall'assistito, ha il dovere di non limitarsi al ruolo di "testimone del diniego", quanto di attivarsi alla ricerca del consenso e al tentativo di dissuasione del dissenso. Non va, infine, dimenticato che il consenso, e quindi anche il diniego, acquista validità giuridica solo se espresso da persona in condizioni psico-fisiche tali per cui si possa parlare di piena capacità di intendere e volere, con l'ovvia esclusione, ad esempio, dei soggetti nei confronti dei quali sia stata pronunciata sentenza di interdizione³⁸ o che si trovino in condizione di incapacità naturale.

³⁴ Codice di Deontologia Medica, 16 dicembre 2006: Art. 8, Obbligo di intervento: *Il medico, indipendentemente dalla sua abituale attività, non può mai rifiutarsi di prestare soccorso o cure d'urgenza e deve tempestivamente attivarsi per assicurare assistenza. Art. 36, Assistenza d'urgenza: Allorché sussistano condizioni di urgenza, tenendo conto delle volontà della persona se espresse, il medico deve attivarsi per assicurare l'assistenza indispensabile.*

³⁵ Codice di Deontologia Medica, 16 dicembre 2006: Art. 3, Doveri del medico: *Dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo e il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana... La salute è intesa nell'accezione più ampia del termine, come condizione cioè di benessere fisico e psichico della persona.*

³⁶ Codice di Deontologia Medica, 16 dicembre 2006: Art. 38, Autonomia del cittadino e direttive anticipate: *Il medico deve attenersi, nell'ambito della autonomia e indipendenza che caratterizza la professione, alla volontà liberamente espressa della persona di curarsi e deve agire nel rispetto della dignità, della libertà e autonomia della stessa...*

³⁷ Codice di Deontologia Medica, 16 dicembre 2006: Art. 35, Acquisizione del Consenso: *"Il medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l'acquisizione esplicita del consenso esplicito e informato del paziente... In ogni caso, in presenza di documentato rifiuto di persona capace, il medico deve desistere dai conseguenti atti diagnostici e/o curativi, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà della persona".* Cfr anche "Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dell'essere umano riguardo all'applicazione della biologia e della medicina: Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina, fatta a Oviedo il 4 aprile 1997, nonché del Protocollo addizionale del 12 gennaio 1998, n. 168, sul divieto di clonazione di esseri umani", pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 95 del 24 aprile 2001, art. 9, Desideri precedentemente espressi *"I desideri precedentemente espressi a proposito di un intervento medico da parte di un paziente che, al momento dell'intervento, non è in grado di esprimere la sua volontà saranno tenuti in considerazione"*.

³⁸ Codice di Deontologia Medica, 16 dicembre 2006: Art. 37, Consenso del legale rappresentante: *Allorché si tratti di minore o di interdetto il consenso agli interventi diagnostici e terapeutici, nonché al trattamento dei dati sensibili, deve essere espresso dal rappresentante legale. Il medico, nel caso in cui sia stato nominato dal giudice tutelare un amministratore di sostegno deve debitamente informarlo e tenere nel massimo conto le sue istanze. In caso di opposizione da parte del rappresentante legale al trattamento necessario e indifferibile a favore di minori o di incapaci, il medico è tenuto a informare l'autorità giudiziaria; se vi è*

In caso di **soggetto impossibilitato a manifestare la propria volontà**, l'attivazione, deontologicamente prevista, dei sanitari e dei soccorritore trae legittimazione giuridica innanzitutto sul concetto di consenso presunto, il cui presupposto si basa sulla considerazione che ogni essere umano, messo in condizioni di poter scegliere liberamente, privilegierebbe la conservazione della vita. Si tratta di una visione, dal punto di vista dell'assistito, del cosiddetto "*privilegio terapeutico del medico*" che permette, nell'esclusivo interesse del paziente e in condizioni di emergenza, il trattamento del soggetto senza il suo consenso. Inoltre, sempre in tema di cure in difetto di consenso dell'avente diritto, rileva il contenuto dell'art. 54 del Codice Penale³⁹, anche se in realtà l'ambito di applicazione di tale articolo dovrebbe essere circoscritto a fatti costituenti reato e non a giustificazione di un dovere di attivazione previsto in altri ambiti non certo afferenti al diritto, quanto piuttosto all'etica e alla deontologia.

In tema di consenso alle cure, nel contesto dell'emergenza sanitaria extra-ospedaliera, un significativo interesse acquista il **consenso espresso dal minore**. Se si considera il piano meramente giuridico, la capacità di agire viene notoriamente acquisita, con l'eccezione e le limitazioni previste per il minore emancipato, al compimento della maggiore età; sino ad allora il minore è soggetto alla potestà genitoriale e proprio ai genitori, o alle figure ad essi equiparati dalla legge, viene demandata la possibilità di esprimere il consenso per il minore. Tuttavia, il Codice di Deontologia Medica, pur ribadendo all'art. 37 che in caso di soggetto minorenni il consenso debba essere espresso dal legale rappresentante, prevede, all'art. 38⁴⁰ che il giudizio del minore venga tenuto in considerazione. Per determinare se il minore sia in grado di esprimere un valido consenso, per valutarne la

pericolo per la vita o grave rischio per la salute del minore e dell'incapace, il medico deve comunque procedere senza ritardo e secondo necessità alle cure indispensabili.

³⁹ Codice Penale, art. 54, Stato di necessità: "*Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionale al pericolo. Questa disposizione non si applica a chi ha un particolare dovere giuridico di esporsi al pericolo. La disposizione della prima parte di questo articolo si applica anche se lo stato di necessità è determinato dall'altrui minaccia; ma, in tal caso, del fatto commesso dalla persona minacciata risponde chi l'ha costretto a commetterlo*".

⁴⁰ Codice di Deontologia Medica, 16 dicembre 2006: Art. 38, Autonomia del cittadino e direttive anticipate ... *Il medico, compatibilmente con l'età, con la capacità di comprensione e con la maturità del soggetto, ha l'obbligo di dare adeguate informazioni al minore e di tenere conto della sua volontà. In caso di divergenze insanabili rispetto alle richieste del legale rappresentante deve segnalare il caso all'autorità giudiziaria...*

competence, devono essere prese in considerazione l'età, la maturità e lo stato psicologico. Spesso, infatti, anche se il minore non ha raggiunto l'età legale per poter esprimere un valido consenso informato, può comunque essere in grado di comprendere le implicazioni connesse al consenso ed esprimere posizioni cui i sanitari devono certamente prestare considerazione nell'intraprendere le decisioni operative seguenti.

Emergenti, a motivo della presenza nella nostra società di immigrati, spesso portatori di culture e riferimenti valoriali diversi e talora contrastanti con quelli della società occidentale, sono i problemi legati al **multiculturalismo**, anche nell'ambito del soccorso. Emblematica, ad esempio, la possibilità di "accesso al corpo" ed alla possibilità di espressione di consenso da parte della donna di tradizione culturale islamica. È nota agli operatori dell'emergenza-urgenza la difficoltà di interazione ed azione, soprattutto in presenza di famigliari di sesso maschile, i quali rivendicano il diritto di esprimere consenso o manifestare il diniego al posto della donna. Sotto il profilo giuridico, il titolare del diritto non può che essere, in questi casi, la donna, a maggior ragione quando maggiorenne e capace di intendere e volere. Del resto, proprio analizzando le caratteristiche peculiari del consenso informato appare di tutta evidenza che, per assumere valore, esso deve essere sicuramente informato, espresso, attuale, ma soprattutto libero e personale. Non può quindi essere accettato, né del resto avrebbe valore legale, un consenso o un diniego espresso da un soggetto terzo rispetto a quello titolare del bene costituzionalmente tutelato rappresentato dalla salute.

3.3 Il Segreto Professionale e la riservatezza

Codice Penale, art. 622, Rivelazione di segreto professionale: *"Chiunque, avendo notizia, per ragione del proprio stato o ufficio, o della propria professione o arte, di un segreto, lo rivela, senza giusta causa, ovvero lo impiega a proprio o altrui profitto, è punito, se dal fatto può derivare nocumento, con la reclusione fino a un anno o con la multa da euro 30 a euro 516. La pena è aggravata se il fatto è commesso da amministratori, direttori generali, dirigenti preposti alla redazione dei documenti contabili societari, sindaci o liquidatori o se è commesso da chi svolge la revisione contabile della società. Il delitto è punibile a querela della persona offesa"*.

[Codice Penale, art. 326, Rivelazione ed utilizzazione di segreti d'ufficio: *"Il Pubblico ufficiale e la persona incaricata di un pubblico servizio, che, violando i doveri inerenti alla funzioni o al servizio, o comunque abusando della sua qualità, rivela notizie d'ufficio, le quali debbano rimanere segrete, o ne agevola in qualsiasi modo la conoscenza, è punito con la reclusione da 6 mesi a 3 anni. Il Pubblico Ufficiale o la persona incaricata di un pubblico servizio, che, per procurare a sé o ad altri un indebito profitto patrimoniale, si avvale illegittimamente di notizie d'ufficio, le quali debbono rimanere segrete, è punito con la reclusione da due a cinque anni. Se il fatto è commesso al fine di procurare a sé o ad altri un ingiusto profitto non patrimoniale o di cagionare ad altri un danno ingiusto, si applica la pena della reclusione fino a due anni".*]

Perché si configuri il reato è necessario dimostrare il dolo, cioè la semplice intenzione di rivelare un segreto, che non deve essere confusa con la volontà di nuocere a qualcuno. Poiché si tratta di un reato di pericolo e non di danno, non è necessario che si realizzi un nocumento a terzi. Infatti non necessariamente la rivelazione punibile può avvenire al fine di provocare un danno (può essere sufficiente l'intento di arrecare un vantaggio), purché ci sia la volontà di rivelare quanto appreso e che costituisce segreto professionale.

Per segreto professionale si intende *"ciò che non è comunemente noto, che fa ragionevolmente parte dell'intimità dell'individuo, del suo modo di vivere e del suo modo di essere non ovviamente palesi, non destinati comunque all'altrui comune conoscenza"*⁴¹ e di cui il sanitario viene a conoscenza in ragione della propria attività professionale. Il concetto di segreto professionale in ambito medico-sanitario va quindi intesa nell'accezione più vasta possibile, come tutto ciò che concerne la sfera più intima e personale dell'assistito e che egli non abbia interesse che venga reso noto. Può riguardare aspetti non necessariamente legati alla psicofisicità dell'individuo ma anche di tipo patrimoniale, sentimentale, familiare, emozionale. Non è concessa la facoltà al sanitario di poter discriminare su cosa costituisca segreto e che cosa non lo sia: prerogativa di discernimento concessa unicamente al singolo paziente, al singolo assistito.

⁴¹ Barni M., "Riservatezza ed esigenze pubbliche nel rapporto medico-paziente". In Barni M., Santosuosso A., a cura di: *Medicina e Diritto.*, Giuffrè., Milano., 1995., pp. 355-368.

L'obbligo di segreto e riservatezza non decade anche qualora il fatto sia di pubblico dominio oppure nel caso il paziente sia deceduto oppure ancora inconsapevole e ignaro del fatto destinato a rimanere segreto.

Nell'ambito delle attività sanitarie è ammessa la **trasmissione di segreto**, cioè il suo affidamento, per fini connessi al trattamento e cura, ad altre figure sanitarie anch'esse vincolate dall'obbligo di segreto e riservatezza. Esistono giuste cause imperative di rivelazione del segreto professionale, costituite da: denunce sanitarie obbligatorie, referto-denuncia di reato all'Autorità Giudiziaria, certificazioni obbligatorie, perizia e consulenza tecnica, le visite medico-legali di controllo richieste ed eseguite per conto di una struttura sanitaria pubblica. Sono invece giuste cause permissive di rivelazione del segreto professionale: il consenso dell'avente diritto (art. 50 C.P.), l'esercizio di un diritto (art. 51 C.P.), la legittima difesa (art. 52 C.P.), lo stato di necessità (art. 54 C.P.), il caso fortuito e la forza maggiore (art. 45 C.P.), la coercizione fisica (art. 46 C.P.), l'errore di fatto (art. 47 C.P.), l'errore determinato dall'altrui inganno (art. 48 C.P.).

Giova ricordare come gli addetti del soccorso siano tenuti, oltre ad evitare condotte che integrino il reato di specie, ad osservare l'obbligo deontologico della **riservatezza**, il quale ha una portata ed una estensione ben più ampia della nozione di segreto professionale⁴².

⁴² Si riporta, a titolo di esempio quanto previsto dal Codice di Deontologia Medica, art. 10, Segreto professionale: *"Il medico deve mantenere il segreto su tutto ciò che gli è confidato o di cui venga a conoscenza nell'esercizio della professione. La morte del paziente non esime il medico dall'obbligo del segreto. Il medico deve informare i suoi collaboratori dell'obbligo del segreto professionale. L'inosservanza del segreto medico costituisce mancanza grave quando possa derivarne profitto proprio o altrui o vvero nocumento della persona assistita o di altri. La rivelazione è ammessa ove motivata da una giusta causa, rappresentata dall'adempimento di un obbligo previsto dalla legge (denuncia e referto all'Autorità Giudiziaria, denunce sanitarie, notifiche di malattie infettive, certificazioni obbligatorie) ovvero da quanto previsto dai successivi artt. 11 e 12. Il medico non deve rendere al Giudice testimonianza su fatti e circostanze inerenti il segreto professionale. La cancellazione dall'albo non esime moralmente il medico dagli obblighi del presente articolo"*; art. 11, Riservatezza dei dati personali: *"Il medico è tenuto al rispetto della riservatezza nel trattamento dei dati personali del paziente e particolarmente dei dati sensibili inerenti la salute e la vita sessuale. Il medico acquisisce la titolarità del trattamento dei dati sensibili nei casi previsti dalla legge, previo consenso del paziente o di chi ne esercita la tutela. Nelle pubblicazioni scientifiche di dati clinici o di osservazioni relative a singole persone, il medico deve assicurare la non identificabilità delle stesse. Il consenso specifico del paziente vale per ogni ulteriore trattamento dei dati medesimi, ma solo nei limiti, nelle forme e con le deroghe stabilite dalla legge. Il medico non può collaborare alla costituzione di banche di dati sanitari, ove non esistano garanzie di tutela della riservatezza, della sicurezza e della vita privata della persona"*; art. 12, Trattamento dei dati sensibili: *"Al medico, è consentito il trattamento dei dati personali idonei a rivelare lo stato di salute del paziente previa richiesta o autorizzazione da parte di quest'ultimo, subordinatamente ad una preventiva informazione sulle conseguenze e sull'opportunità della rivelazione stessa. Al medico peraltro è consentito il trattamento dei dati personali del paziente in assenza del consenso dell'interessato solo ed esclusivamente quando sussistano le specifiche ipotesi previste dalla legge ovvero*

Inoltre, la tutela della dignità e della riservatezza della persona assistita è imperativa anche sulla stessa scena dell'intervento sanitario: agli operatori è richiesto di attivarsi, oltre che per il soccorso propriamente detto, anche allontanando gli astanti e i curiosi, con facoltà di allertare e attivare le forze di pubblica sicurezza.

quando vi sia la necessità di salvaguardare la vita o la salute del paziente o di terzi nell'ipotesi in cui il paziente medesimo non sia in grado di prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire e/o di intendere e di volere; in quest'ultima situazione peraltro, sarà necessaria l'autorizzazione dell'eventuale legale rappresentante laddove precedentemente nominato. Tale facoltà sussiste nei modi e con le garanzie dell'art. 11 anche in caso di diniego dell'interessato ove vi sia l'urgenza di salvaguardare la vita o la salute di terzi".

Sezione 4. Aspetti medico-legali della Defibrillazione Precoce

Con la promulgazione della Legge 3 aprile 2001, n° 120, "Utilizzo dei defibrillatori semiautomatici in ambiente extraospedaliero", seguita, in regione Lombardia dalla DGR 10306 del 16 settembre 2002, "Approvazione linee guida regionali sulla defibrillazione semi-automatica", il legislatore ha introdotto la possibilità di utilizzo del defibrillatore semiautomatico in sede extraospedaliera, all'interno dell'ambito di attività istituzionali del servizio di emergenza-urgenza 118, anche a personale sanitario non medico (infermieri professionali, ostetriche, e) ed al personale non sanitario in possesso di formazione specifica nell'attività di rianimazione cardiopolmonare (Soccorritori delle Associazioni di Volontariato Sanitario, Forze dell'ordine, Vigili del Fuoco, ecc.).

Si legge, all'art. 1 della sopra citata legge: "è consentito l'uso del defibrillatore semiautomatico in sede extraospedaliera anche al personale sanitario non medico, nonché al personale non sanitario che abbia ricevuto una formazione specifica nelle attività di rianimazione cardiopolmonare. Le regioni e le province autonome disciplinano il rilascio da parte delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere dell'autorizzazione all'utilizzo extraospedaliero dei defibrillatori da parte del personale di cui al comma 1, nell'ambito del sistema di emergenza 118 competente per territorio o, laddove non ancora attivato, sotto la responsabilità dell'azienda unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera di competenza, sulla base dei criteri indicati dalle linee guida adottate dal Ministero della Sanità, con proprio decreto, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge".

Il razionale dell'impiego dei defibrillatori di tipo semiautomatico esterni (DAE) consiste nell'offrire anche a personale non sanitario la possibilità di utilizzo di uno strumento che, inserito nel contesto della rianimazione cardiopolmonare di base BLS ed avanzata ALS, ha dimostrato di migliorare significativamente l'esito delle manovre rianimatorie, inserite nella cosiddetta "catena della sopravvivenza". In tal senso si esprimono le linee guida regionali lombarde, allegate alla DGR 10306, dove si legge, nell'introduzione "1. La defibrillazione elettrica rappresenta senza dubbio l'evento terapeutico più importante nel trattamento dell'arresto cardiocircolatorio conseguente a fibrillazione ventricolare (FV) e tachicardia

ventricolare senza polso (TV). 2. La rianimazione cardiopolmonare di base senza defibrillazione è in grado di prolungare il persistere di un ritmo defibrillabile ma non rappresenta un trattamento definitivo. 3. L'intervallo di tempo tra esordio della FV o TV e l'inizio della defibrillazione è il maggior determinante per la sopravvivenza del paziente, è stata dimostrata una riduzione della sopravvivenza del 7-10% per ogni minuto trascorso dall'esordio della FV/TV e l'inizio della defibrillazione. 4. E' indispensabile inserire la defibrillazione in un più ampio contesto organizzativo noto con la metafora di "catena della sopravvivenza" (pronto riconoscimento ed attivazione immediata dei soccorsi, rianimazione di base precoce, defibrillazione precoce, rianimazione avanzata precoce). 5. Per ottenere una precoce defibrillazione è necessario che altri soggetti non medici possano applicare la defibrillazione. 6. Evidenze cliniche e scientifiche identificano l'implementazione di un programma di defibrillazione precoce (entro 5 minuti dalla chiamata) come unica strategia accettabile ed obiettivo ad alta priorità". Sempre nella DGR 10306, vengono esplicitati gli obiettivi della defibrillazione precoce: "Obiettivo delle linee guida è quello di fornire indicazioni operative, organizzative e didattiche per l'utilizzo del defibrillatore semiautomatico esterno (DAE) da parte di personale non medico, includendo in questo gruppo: a. Infermieri operanti sui mezzi di soccorso sanitario extraospedaliero; b. Soccorritori volontari e professionisti operanti sui mezzi di soccorso sanitario extraospedaliero; c. Laici appartenenti ad organismi istituzionali; d. Laici operanti in contesti specifici".

Il momento critico della defibrillazione, cioè il momento decisionale sull'opportunità o meno di scaricare il paziente quando in presenza di ritmi effettivamente defibrillabili, viene demandato agli algoritmi interni dell'apparecchiatura, la quale avverte l'operatore dell'opportunità o meno di effettuare la scarica. In tale contesto, chi è legittimamente abilitato all'utilizzo dei defibrillatori semiautomatici ha l'onere di intervenire tempestivamente applicando il protocollo BLS-D, di utilizzare correttamente lo strumento (sia nella fase di acquisizione ed analisi del tracciato cardiaco, sia nella fase di scarica, quando ritenuta opportuna dalla macchina), di non omettere altre manovre di supporto vitale preliminari all'impiego del DAE, di mantenere informata la Centrale Operativa 118 del progresso di tutte le fasi della rianimazione cardiopolmonare, secondo i protocolli di attivazione locale.

In sostanza: ogni medico, infermiere o soccorritore addestrato in servizio convenzionato con il servizio sanitario di emergenza-urgenza 118 (SSUEm) che abbia a disposizione un DAE, sia a bordo di un mezzo di soccorso, che in una sede fissa pubblica o privata, è tenuto al suo impiego in caso di necessità. Le predette figure, abilitate all'utilizzo di un DAE effettivamente disponibile, che ne omettano l'impiego in caso di necessità possono incorrere nel reato di rifiuto-omissione di atti d'ufficio⁴³ e, nei casi più gravi, in quello di omicidio colposo⁴⁴. Per le figure abilitate all'utilizzo del DAE non inserite in un rapporto convenzionale con il SSUEm118 che omettano di utilizzare lo strumento può configurarsi il reato di omissione di soccorso.

La Centrale Operativa 118, cui è demandata dalla legge la facoltà di formare e abilitare il personale non sanitario all'utilizzo dei DAE mediante specifici corsi di formazione, è altresì responsabile del controllo della distribuzione sul territorio degli strumenti: *"Presso le Aziende Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere è depositato l'elenco dei defibrillatori semiautomatici con la specifica del modello e della sede ove sono disponibili, nonché l'elenco delle persone che lo possono utilizzare⁴⁵"* e della verifica costante del reale impiego delle macchine: *"...attraverso le Aziende Sanitarie Locali od Ospedaliere, sedi di 118 o territorialmente competenti, effettuano la verifica ed il controllo di qualità delle prestazioni⁴⁶ /.../".*

⁴³ Codice Penale, articolo 328, Rifiuto di atti d'ufficio. Omissione. *"Il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio, che indebitamente rifiuta un atto del suo ufficio che, per ragioni di giustizia o di sicurezza pubblica, o di ordine pubblico o di igiene e sanità, deve essere compiuto senza ritardo, è punito con la reclusione da sei mesi a due anni. Fuori dei casi previsti dal primo comma, il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio, che entro trenta giorni dalla richiesta di chi vi abbia interesse non compie l'atto del suo ufficio e non risponde per esporre le ragioni del ritardo, è punito con la reclusione fino ad un anno o con la multa fino a euro 1.032. Tale richiesta deve essere redatta in forma scritta ed il termine di trenta giorni decorre dalla ricezione della richiesta stessa".*

⁴⁴ Codice Penale, articolo 589, Omicidio colposo. *"Chiunque cagiona per colpa la morte di una persona è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni. Se il fatto è commesso con violazione delle norme sulla disciplina della circolazione stradale o di quelle per la prevenzione degli infortuni sul lavoro la pena è della reclusione da due a cinque anni. Nel caso di morte di più persone, ovvero di morte di una o più persone e di lesioni di una o più persone, si applica la pena che dovrebbe infliggersi per la più grave delle violazioni commesse aumentata fino al triplo, ma la pena non può superare gli anni dodici".*

⁴⁵ Accordo della Conferenza Stato-Regioni del 27 febbraio 2003 "Linee guida per l'autorizzazione al rilascio dell'autorizzazione all'utilizzo extraospedaliero dei defibrillatori semiautomatici", art. 2, lettera e

⁴⁶ Accordo della Conferenza Stato-Regioni del 27 febbraio 2003 "Linee guida per l'autorizzazione al rilascio dell'autorizzazione all'utilizzo extraospedaliero dei defibrillatori semiautomatici", art.2, lettera c

Per quanto attiene alla durata dell'abilitazione all'utilizzo del DAE in seguito al superamento del corso di formazione abilitante, *"l'autorizzazione all'uso del defibrillatore semiautomatico in sede extraospedaliera è nominativa ed ha durata di dodici mesi. Il rinnovo di autorizzazione all'uso del defibrillatore semiautomatico è accordato, ogni dodici mesi, previa verifica della permanenza dei criteri autorizzativi⁴⁷".*

Essendo l'abilitazione all'utilizzo dei DAE rilasciata su base provinciale, è dubbio se un abilitato all'utilizzo del DAE sia autorizzato all'utilizzo dello strumento al di fuori della provincia in cui ha ottenuto l'abilitazione. Tuttavia, essendo i percorsi formativi abilitanti omogenei su tutto il territorio nazionale, sembra logico, utilizzando un criterio analogico estensivo, ritenere che l'abilitazione conseguita in ambito provinciale possa essere legittimamente "spesa" su tutto il territorio nazionale.

Per quanto concerne la presenza dei defibrillatori sui mezzi di soccorso, nelle linee guida allegate alla DGR 10306 si esplicita che *"1. Si ritiene indispensabile che il personale, operante, nell'ambito dei servizi di urgenza ed emergenza, sui mezzi di soccorso di base (MSB) ed avanzato (MSA), sia addestrato ed in grado di applicare correttamente la procedura di defibrillazione semiautomatica unitamente alle manovre di rianimazione cardiopolmonare. 2. I MSB e i MSA, operanti sul territorio, dovrebbero essere dotati di apparecchiature in grado di eseguire la defibrillazione semiautomatica. 3. Il personale medico, operante sui MSA, deve essere addestrato all'utilizzo di defibrillatori semiautomatici e manuali, unitamente alle manovre di rianimazione cardiopolmonare di base ed avanzate. 4. Il personale infermieristico, operante sui MSA, deve essere addestrato all'utilizzo di defibrillatori semiautomatici, unitamente alle manovre di rianimazione cardiopolmonare di base ed avanzate. 5. Il personale infermieristico, operante sui MSB, deve essere addestrato all'utilizzo di defibrillatori semiautomatici, unitamente alle manovre di rianimazione cardiopolmonare di base. 6. Tutto il personale laico soccorritore, operante sui MSB, dovrebbe essere addestrato all'utilizzo di defibrillatori semiautomatici, unitamente alle manovre di rianimazione cardiopolmonare di base; in fase iniziale almeno un componente dell'equipaggio deve essere addestrato in tal senso. 7.*

⁴⁷ Accordo della Conferenza Stato-Regioni del 27 febbraio 2003 "Linee guida per l'autorizzazione al rilascio dell'autorizzazione all'utilizzo extraospedaliero dei defibrillatori semiautomatici", art.2, lettera d

L'utilizzo del defibrillatore manuale o del defibrillatore semiautomatico in modalità manuale non è consentito al personale non medico. 8. Un programma continuo di formazione per il personale operante, nell'ambito dei servizi di urgenza ed emergenza, sui mezzi di soccorso di base (MSB) ed avanzato (MSA), dovrebbe essere attivato per garantire adeguati standard di trattamento. 9. Il programma di formazione per la defibrillazione precoce deve garantire: a. supervisione medica esperta (Specialista in Anestesia e Rianimazione e/o Cardiologia) b. contenuti e percorso formativo aderenti agli standard riconosciuti internazionalmente c. valutazione e certificazione finale coordinati dal sistema sanitario di urgenza ed emergenza competente per territorio. 10. L'implementazione di un programma di defibrillazione precoce deve inoltre prevedere un sistema di audit clinico e verifica della qualità (VRQ), utilizzando protocolli standardizzati di raccolta dati ed un registro locale e regionale della casistica. 11. Il coordinatore medico del programma deve garantire la revisione di ogni caso clinico in cui sia stato utilizzato il defibrillatore semiautomatico ed il commento critico rivolto ai componenti dell'équipe coinvolta (debriefing). 12. Si ritiene di dover enfatizzare che la defibrillazione precoce rappresenta solo uno degli anelli della Catena della Sopravvivenza e che pertanto il programma formativo e la direzione medica, dovranno considerare la presenza degli altri anelli della catena quali elementi indispensabili. La defibrillazione precoce risulta essere di limitata efficacia, in termini prognostici, se non supportata da una rapida attivazione dei soccorsi, da una precoce esecuzione sul posto delle manovre rianimatorie di base e da un rapido intervento delle équipe di soccorso”.

Con il permesso degli autori, che si ringraziano per la collaborazione, offriamo il presente contributo, di sicuro interesse per il personale approfondimento sulle tematiche responsabilità e *triage*. Il testo del presente articolo è stato presentato in occasione del III International Congress on Disaster Management and Disaster Medicine, organizzato dal Comitato CRI della Provincia Autonoma di Bolzano (Bolzano, 11-12 novembre 2006), e successivamente pubblicato, in estratto, sulla Rivista N&A, marzo 2007, vol. 173. (mc, jmb)

ASPETTI ETICO-DEONTOLOGICI DEL TRIAGE E DELL'ALLOCAZIONE DELLE RISORSE NELL'EMERGENZA SANITARIA E NEI DISASTRI DI MASSA

M. Chiaravalli*, M. Picozzi*, G. Zocchi*

- * Medico Chirurgo, Specialista in Medicina Legale. Direttore Sanitario del Comitato Locale CRI Medio Verbano.
- * Medico Chirurgo, Professore Associato di Medicina Legale, Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi dell'Insubria.
- * Medico Chirurgo, Specialista in Anestesia e Rianimazione. Responsabile Medico della Formazione del Comitato Locale CRI Medio Verbano.

ABSTRACT

L'emergenza sanitaria ed i disastri di massa sono situazioni in cui i principi della comune e quotidiana pratica clinica vengono alterati, sino a risultarne stravolti. Accomunati da una disparità di base tra richiesta di assistenza sanitaria e possibilità concreta di intervento, entrambe le condizioni fondano l'approccio alla vittima sul triage, con il duplice scopo di assicurare un razionale per la distribuzione delle risorse sanitarie limitate e di individuare un criterio di scelta del paziente da trattare. Il presente articolo analizza sotto il profilo etico-deontologico il triage e il l'allocazione delle risorse in condizioni di emergenza, evidenziando i punti controversi delle motivazioni da cui derivano i processi decisionali. Scopo degli autori non è certamente quello di proporre modelli di comportamento o risposte definitive ed esaurienti sull'argomento, quanto piuttosto quello di proporre spunti critici di riflessione e interrogativi che possano contribuire ad alimentare la discussione tra i soggetti che, a diverso titolo, si occupano di emergenza sanitaria.

L'origine del concetto di triage, termine di derivazione etimologica francese⁴⁸ con cui definiamo il processo di scelta secondo una scala di priorità dei pazienti da trattare, non è sicuramente recente. Il triage nasce, infatti, in contesto militare, dalle lungimiranti intuizioni del Barone Dominique Jean Larrey, chirurgo dell'esercito di Napoleone. Per la prima volta nel corso della storia militare i feriti sul campo ricevevano assistenza secondo criteri correlati alla severità clinica e non al grado militare posseduto⁴⁹. L'evoluzione del concetto si avrà poi, sempre in contesto militare, nella metà del XIX secolo, grazie all'opera del Chirurgo della Reale Flotta Navale Britannica John Wilson; dalla criteriologia svincolata da aspetti gerarchici o comunque non sanitari

introdotta dal Barone Larrey, si giunge alla teorizzazione della priorità di intervento basata su un preliminare "quadro d'insieme" di tutti i feriti, seguito dal trattamento dei singoli casi basato sull'urgenza delle condizioni cliniche. È la nascita del triage come siamo abituati a concepirlo oggi: ad essere trattati per primi, quindi, non sono più né i più alti in grado, né i primi soggetti in cui ci si imbatte, ma i feriti più gravi, in pericolo di vita. Tutti coloro che non sono classificati come immediatamente urgenti, vengono inseriti in una "lista di attesa", ordinata per gravità decrescente, e trattati quando i primi soggetti hanno ricevuto le cure necessarie.

Da quanto si è fin qui detto, appare chiaro che la necessità di ricorrere al *triage* nasce quando il numero di persone da trattare in un determinato, e in genere ristretto lasso temporale, eccede le capacità del sistema di erogare una tempestiva risposta sanitaria in grado di far fronte efficacemente alle necessità tutti i singoli soggetti coinvolti. In queste situazioni, ben rappresentate dai

⁴⁸ Triage deriva dal verbo francese *Trier*, selezionare, scegliere tra persone o cose, smistare persone o cose secondo criteri definiti.

⁴⁹ Il Barone Dominique Jean Larrey è stato, inoltre, anche il precursore di quel sistema di approccio al paziente che oggi definiamo *stay and play*, basato cioè sul trattamento e la stabilizzazione immediati sul posto delle lesioni più gravi, prima del trasferimento dell'infortunato in ambiente ospedaliero.

contesti dell'emergenza sanitaria intra ed extra-ospedaliera e dai così detti disastri di massa, la limitatezza delle risorse disponibili rende ragione della necessità di operare delle scelte in tema di allocazione delle risorse, attingendo a principi che non sono propri della medicina, ma che afferiscono all'etica, alla deontologia e alla giurisprudenza. Si introduce, cioè, nell'operare dei sanitari un tema solo relativamente nuovo, ma che sta diventando sempre più incisivo e preponderante in sanità: il principio di giustizia. Equità e giustizia diventano quindi principi ispiratori ed asintoti cui il clinico deve riferirsi nell'agire quotidiano e nelle condizioni eccezionali. Questi principi, come del resto il sapere in generale e quello medico-scientifico in particolare, non sono realtà assolute, statiche, storiche e decontestualizzate. Proprio perché esprimono e riassumono i valori di ogni singola società in un particolare momento socio-culturale, equità e giustizia non sono né universalmente uniformi, né storicamente costanti nell'ambito di una determinata società. Solo a titolo di esempio, si riporta una interessante sintesi di Barni⁵⁰ circa l'evoluzione della medicina e del rapporto medico-paziente nella società occidentale:

- **In epoca pre-moderna.** In tale contesto l'idea comune di "buona medicina" è quello di una medicina che risponde alla domanda "quale trattamento porta maggior beneficio al paziente?" e che, sotto il profilo etico, privilegia il principio di beneficenza. Il "buon paziente" è caratterizzato da un atteggiamento obbediente nei confronti del medico, il quale, a sua volta, viene percepito dal paziente come figura paternalistica di indirizzo.
- **In epoca moderna.** La medicina moderna si caratterizza per la centralità dell'autonomia del paziente, il quale diventa parte attiva del rapporto medico-paziente (esprimendo, ad esempio, un consenso informato). Il medico si trasforma da figura paternalistica a detentore di una autorità democraticamente condivisa con il paziente. In tale contesto la buona medicina è quella che risponde alla

domanda "Quale trattamento rispetta il malato nei suoi valori e nell'autonomia delle sue scelte?"

- **In epoca post-moderna.** Il secolare rapporto medico-paziente si trasforma in un rapporto clientelare. Il paziente diventa cliente da soddisfare nelle sue richieste di salute, mentre il medico diventa il detentore della *leadership* morale, scientifica e organizzativa del rapporto. Valore dominante diviene il principio di giustizia, intesa come uguaglianza sostanziale di tutti i cittadini di fronte al diritto alla salute. Buona medicina diventa quella che soddisfa la domanda "quale trattamento ottimizza l'uso delle risorse e produce un paziente/cliente soddisfatto?"

Introdurre nella pratica clinica il tema della giustizia potrebbe generare negli operatori l'illusoria attesa di un "metodo", di un "protocollo operativo" che regoli il delicato capitolo della distribuzione delle risorse in sanità, eliminando le responsabilità individuali nel processo. Tale aspettativa è impropria, considerato che il concetto stesso di giustizia non è né unico né univoco, per cui sarebbe, forse, più corretto parlare di "giustizie", intendendo così le diverse interpretazioni del concetto di giustizia, derivate dalle distinte teorie che interpretano il principio stesso.

La necessità di introdurre il principio di giustizia in sanità risponde a necessità primariamente etiche e deontologiche, ma anche a esigenze di natura pratica e giustificazionistica: diventa necessario adottare un criterio, possibilmente esplicitato preventivamente, che giustifichi le scelte che si andranno ad operare al fine di tutelare i diritti fondamentali dei pazienti.

Si possono descrivere diverse interpretazione del concetto di giustizia distributiva⁵¹:

- **Dare a ciascuno in parti eguali.** Premessa di questa interpretazione è che tutti gli uomini siano uguali⁵² e quindi ugualmente meritevoli, per cui la distribuzione delle

⁵⁰ Cfr. M. Barni, *Diritti, doveri, responsabilità del medico. Dalla bioetica al biodiritto*, Giuffrè, Milano 1999

⁵¹ Cfr. P. Cattorini, *Bioetica. Metodo ed elementi di base per affrontare problemi clinici*, 2° ed, Masson, Milano

⁵² Concetto di derivazione Aristotelica, secondo cui "gli eguali devono essere trattati da eguali, e i diseguali devono essere trattati da diseguali"

risorse deve avvenire in seguito a divisione in parti uguali delle stesse⁵³.

- **Dare a ciascuno proporzionalmente al suo bisogno**⁵⁴.
- **Dare a ciascuno proporzionalmente ai suoi sforzi individuali e ai suoi meriti**⁵⁵.
- **Dare a ciascuno in ragione del maggior benessere per il maggior numero di individui coinvolti**⁵⁶.
- **Dare a ciascuno proporzionalmente alla sua capacità contributiva**⁵⁷.
- **Dare a ciascuno secondo una equità di opportunità.**
- **Dare a ciascuno secondo un accordo preventivo.**

Delineati i possibili significati della nozione di giustizia distributiva, si può ulteriormente approfondire l'argomento, andando a delineare anche le principali teorie etiche che rendono ragione delle diverse interpretazioni del principio di giustizia:

⁵³ Limiti di questa concezione di giustizia distributiva sono, tra gli altri, la non considerazione delle differenze individuali che potrebbero determinare una dispersione delle risorse disponibili.

⁵⁴ Appare criticabile, di questa concezione, la concreta possibilità di individuare in modo esauriente i bisogni fondamentali "minimali", fondamentali per la vita della persona, da tenere ben separati dalle semplici aspirazioni e desideri. Se è vero, infatti che, secondo il dettato del Comitato Nazionale per la Bioetica del 2001 "la salute non è un bene a somma zero, la cui equa distribuzione implichi sottrarre qualcosa agli uni per beneficiare gli altri", certamente non si può dimenticare che la tutela della salute ha un costo anche di natura economica, tale per cui, in un contesto di risorse finite, l'accesso indiscriminato alle risorse di alcuni può tradursi in una mancata opportunità per altri.

⁵⁵ Di tutta evidenza che una simile interpretazione della giustizia distributiva implica, di necessità, il privilegiare le condotte definite "normali o sane" e la punibilità, per converso, di quelle condotte che, invece sono "rischiose o devianti", attraverso una penalizzazione nella distribuzione delle risorse. Non vengono prese in considerazione in una siffatta teoria le acquisizioni derivate dalla criminologia, secondo cui non tutte le scelte individuali, a maggior ragione quelle in senso "deviante", sono realmente e totalmente libere, non condizionate da fattori economici, sociali, culturali, sanitari,...

⁵⁶ È la teoria degli utilitaristi, "to do the most for the most". Criticabile l'estensione del significato di totalità a quello di maggioranza: distribuire risorse per una maggioranza di persone può implicare la penalizzazione dei diritti e delle legittime aspettative di gruppi di minoranza.

⁵⁷ In un'ottica di liberalizzazione di mercato, ottica che si estende anche alla sanità, privilegia la responsabilizzazione dei singoli nei confronti delle possibilità di accesso alle risorse. È di tutta evidenza l'iniustizia nei confronti dei non abbienti, i quali, non possedendo o avendo una assai limitata capacità contributiva, vedono grandemente ridotte le possibilità di accedere alla distribuzione delle risorse.

• **Teoria utilitarista.** Tale interpretazione del principio di giustizia può essere, estremizzando, riassunta nel postulato "le azioni, le scelte, sono tanto più giuste tanto più tendono a promuovere la felicità"⁵⁸. L'orizzonte di applicazione di tale teoria può riguardare, con conseguenze molto diverse, sia la società, sia il singolo individuo. Punto critico della teoria è la definizione dell'utile sul piano "sociale", perché muovendosi in questa prospettiva si annulla, di fatto la possibilità di tenere in debita considerazione le diverse aspirazioni dei singoli soggetti che compongono la società stessa, creando quindi una felicità maggiore per alcuni, minore per altri. In questa prospettiva è possibile che il diritto del singolo alla libertà di espressione e ricerca della felicità individuale, possa essere sacrificato in nome di un bene gerarchicamente superiore, quale quello della società in cui è inserito.

• **Teoria ugualitaristica.** Teoria secondo la quale giustizia consiste nel distribuire le risorse a tutti i soggetti in modo assolutamente equivalente (secondo le interpretazioni più rigorose della teoria).

• **Teoria liberale.** Secondo la teoria liberale, che potremmo considerare l'analogo in campo biomedico e del diritto del concetto di libero mercato, il valore ultimo e fondante del momento decisionale risiede nella libertà del singolo di operare delle scelte libere, autonome, indipendenti da imposizioni di terzi. In campo sanitario, il singolo non può vantare che bisogni, dal momento che nella prospettiva libertaria non sono contemplati diritti sociali, quali quello all'assistenza sanitaria⁵⁹. La giustizia si riduce a una definizione di giuste procedure, non al perseguire giusti obiettivi.

• **Teoria contrattualista.** Il momento fondante di questa teoria si colloca nell'individuazione dell'"equità" quale valore chiave nel processo decisionale. Equità che nasce da una distribuzione delle risorse basata sul principio "da ciascuno secondo la sua capacità, a

⁵⁸ Cfr. Mill JS, *Utilitarianism*, 2° ed., Hackett Publishing Company, Indianapolis, 2001

⁵⁹ "So understood, the right to life is not a right to receive welfare. In fact, there are no welfare rights in the libertarian view". (T.L. Beachamp, J.F. Childress, *Principle of biomedical ethics*, New York: Oxford University Press, 1994, 4° ed., 336)

ciascuno secondo il suo bisogno"⁶⁰. Punto critico della teoria è la determinazione di cosa sia "bisogno" e, traducendone le conseguenze in campo sanitario, quali bisogni meritino una tutela pubblica.

- **Teoria comunitaria.** Questa interpretazione del principio di giustizia privilegia la centralità del concetto di "bene comune" quale valore fondante i processi decisionali e le scelte, muovendosi dalla considerazione preliminare che una concezione di quanto sia giusto non può essere formulata se non all'interno di una concezione del bene⁶¹.

A partire da queste possibili interpretazioni del principio di giustizia, appare di immediata evidenza come nessuna di esse appaia completamente convincente, ma soprattutto che in tema di allocazione delle risorse in sanità, e in particolare nell'emergenza, nessuna scelta può essere neutra, indifferente, sotto il profilo più strettamente etico.

Ed allora, "il criterio di valutazione oggettivo riferibile a condizioni documentabili [...] è fortemente intrecciato con il criterio soggettivo del giudizio morale. Questo riconoscimento implica prendere le distanze dalle tesi secondo cui alle questioni distributive relative alla salute si debba rispondere facendo valere un criterio di eguaglianza. Esso significherebbe affermare un principio di natura descrittiva, nel senso che una volta individuati i criteri che rendono uguali e dunque tutti meritevoli della stessa considerazione, l'unico problema che si pone è quello di vedere se un certo individuo rientra o meno nell'una o nell'altra categoria [...]. È invece caratteristico delle concezioni che ricorrono alla nozione di equità chiamare in causa opzioni etiche che permettano di discriminare tra quella che è una distribuzione equa e quella che è una distribuzione iniqua"⁶².

⁶⁰ J.P. Sterba, *Justice*, in W.T. Reich, *Encyclopedia of Bioethics*, New York, Simon & Schuster MacMillan, 1995, vol. III, 1309-1315, 1309

⁶¹ J. Rawls, *Una teoria della giustizia*, 6° ed., Feltrinelli, Milano, 1997, 255-256

⁶² Comitato Nazionale per la Bioetica, *Orientamenti bioetici per l'equità nella salute*, Roma: Dipartimento per l'informazione e l'editoria, 2001, 15

In altre parole, l'allocazione delle risorse in sanità non può essere mai considerato un processo eticamente neutro, dal momento che si fonda su teorie, per loro stessa natura interpretative, e dati tecnici, i quali diventano significativi in un determinato contesto solo alla luce di un processo interpretativo che fornisca loro un senso.

Fatte tutte queste considerazioni, le istituzioni coinvolte nel soccorso e i singoli operatori dell'emergenza sanitaria dovrebbero fondare le diverse possibili strategie operative sulla preliminare riflessione: **Come allocheremo le risorse in caso di emergenze-urgenza? Come giustificheremo queste decisioni?**

Alla luce di quanto esposto in tema di giustizia in sanità, il triage può essere considerato come lo strumento, il protocollo operativo, mediante il quale allocare scarse risorse. Si tratta di tradurre in fatti, in scelte concrete e operative, quanto si è teorizzato in tema di giustizia, di porre in atto un processo decisionale estremamente complesso sotto il profilo professionale, ma soprattutto carico di implicazioni che con la sfera biomedica poco o nulla hanno a che fare. Infatti, dietro e al di là del triage c'è un giudizio che riguarda chi potrà vivere e chi no, chi riceverà assistenza sanitaria e chi no, chi verrà trattato prima e chi poi. È chiaro come tutte queste decisioni siano estremamente difficili per il medico, per l'operatore dei servizi di emergenza, da prendere e, ancora di più per le vittime e i loro familiari, per l'opinione pubblica, da comprendere. A questo si deve aggiungere la considerazione che nessun percorso formativo né universitario, né nell'ambito delle associazioni di soccorso, prevede un serio training formativo in tema di triage. Un percorso formativo, anche in riferimento alle teorie etiche e deontologiche, che dovrebbe prevedere sia l'addestramento a prendere decisioni in condizioni di emergenza ed urgenza, ma anche e soprattutto che formi anticipatamente gli operatori sui valori in gioco e sulle ripercussioni psicologiche con cui si confronta chi si trova a contatto con il dolore e la sofferenza, giocando un ruolo decisionale chiave nel destino della vittima.

Non da ultima, la considerazione che vi è una differenza essenziale tra il così detto triage

clinico, in cui l'allocazione di risorse limitate avviene in un contesto non di emergenza (si pensi, ad esempio ai criteri che stanno alla base dell'allocazione degli organi da trapiantare o alla disponibilità di posti letto), dal triage in emergenza, in cui decisioni anche fondamentali sulla vita o sul destino di un paziente devono essere prese nell'arco di pochi secondi o minuti. Il "peso" dei valori in gioco in queste due condizioni "limite" è, intuitivamente, assai diverso.

Prima di delineare le criticità del triage, sembra opportuno evidenziare il contesto normativo, da cui derivano importanti implicazioni pratiche per gli operatori.

La Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo, approvata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite il 10 dicembre 1948, all'articolo 25 afferma che **Ogni individuo ha il diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute ed il benessere proprio e della famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione, alle cure mediche e ai servizi sociali necessari [...]**

La nostra Carta Costituzionale, all'articolo 32 afferma che **La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure agli indigenti [...]**

La Convenzione di Oviedo, Convenzione del Consiglio d'Europa sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina, approvata ad Oviedo il 4 aprile 1997 e ratificata dal Parlamento Italiano con la legge 28 marzo 2001 n°145⁶³, afferma, all'articolo 2, **Primato dell'essere umano, che l'interesse e il bene dell'essere umano devono prevalere sull'esclusivo interesse della società o della scienza**. Ed ancora, all'articolo 3, **Accesso equo alle cure sanitarie, Le Parti prendono, tenuto conto dei bisogni della salute e delle risorse disponibili, le misure appropriate in vista di assicurare, ciascuna nella propria sfera di giurisdizione,**

⁶³ "Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dell'essere umano riguardo all'applicazione della biologia e della medicina: Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina, fatta a Oviedo il 4 aprile 1997, nonché del Protocollo addizionale del 12 gennaio 1998, n. 168, sul divieto di clonazione di esseri umani", pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 95 del 24 aprile 2001

un accesso equo a cure della salute di qualità appropriata, e all'articolo 8, **Situazioni d'urgenza, Allorquando in ragione di una situazione d'urgenza, il consenso appropriato non può essere ottenuto, si potrà procedere immediatamente a qualsiasi intervento medico indispensabile per il beneficio della salute della persona interessata.**⁶⁴

Il Codice Penale Italiano, all'articolo 593, **Omissione di soccorso**, recita **Chiunque [...]** trovando un corpo umano che sia o sembri inanimato, ovvero una persona ferita o altrimenti in pericolo, **omette di prestare l'assistenza occorrente o di darne immediato avviso all'Autorità**⁶⁵ [...]. Se da siffatta condotta del colpevole deriva una lesione personale, la pena è aumentata; se ne deriva la morte, la pena è raddoppiata.

Ancora il Codice Penale, all'articolo 54, Stato di necessità, che afferma **Non è punibile chi ha commesso il fatto per essersi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionale al pericolo**. Questa disposizione non si applica a chi ha un particolare dovere giuridico di esporsi al pericolo [...]

Il Codice Deontologico dei Medici Chirurghi, nella nuova e vigente versione del dicembre 2006, contiene, in diversi articoli, interessanti riferimenti sicuramente imperativi per gli esercenti la professione medica, ma che a nostro avviso hanno una valenza di indirizzo più ampia; all'articolo 3, **Doveri del medico**, afferma **Dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo e il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana,**

⁶⁴ Va in parte al di là degli obiettivi del presente lavoro, ma comunque significativo per un approfondimento culturale della tematica delle direttive anticipate e del testamento biologico, con le relative implicazioni in condizioni di emergenza-urgenza, il contenuto dell'articolo 9, **Desideri precedentemente espressi**, il quale afferma che **I desideri precedentemente espressi a proposito di un intervento medico da parte di un paziente che, al momento dell'intervento, non è in grado di esprimere la sua volontà saranno tenuti in considerazione**. Si ricorda che, in quanto ratificata da un atto Parlamentare, la Convenzione di Oviedo, con i suoi contenuti, è legge dello Stato Italiano.

⁶⁵ La giurisprudenza di merito si è espressa sul tema, chiarendo che l'obbligo di avviso e di prestare assistenza non sono condotte alternative; la limitazione all'obbligo di avviso ricorre solo ed esclusivamente in caso di impossibilità reale e concreta di portare soccorso e assistenza.

senza distinzioni di età, di sesso, di etnia, di religione, di nazionalità, di condizione sociale, di ideologia, in tempo di pace come in tempo di guerra, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera. **La salute è intesa nell'accezione più ampia del termine, come condizione cioè di benessere fisico e psichico della persona.**

All'articolo 4, Libertà e indipendenza della professione, recita [...] **Il medico nell'esercizio della professione deve attenersi alle conoscenze scientifiche e ispirarsi ai valori etici della professione, assumendo come principio il rispetto della vita, della salute fisica e psichica, della libertà e della dignità della persona [...]**

E ancora, all'articolo 8, Obbligo di intervento, **Il medico, indipendentemente dalla sua abituale attività, non può mai rifiutarsi di prestare soccorso o cure d'urgenza e deve tempestivamente attivarsi per assicurare assistenza,** e, all'articolo 9, Calamità, **Il medico, in caso di catastrofe, di calamità o di epidemia, deve mettersi a disposizione dell'Autorità competente.**

Interessante il contenuto dell'articolo 13, Prescrizioni e trattamento terapeutico, in cui viene esplicitamente trattato il tema dell'allocazione delle risorse in sanità; in esso, infatti si legge [...] **Le prescrizioni e i trattamenti devono essere ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche tenuto conto dell'uso appropriato delle risorse, sempre perseguendo il beneficio del paziente secondo criteri di equità.**

All'articolo 36, Assistenza d'urgenza, afferma **Allorché sussistano condizioni di urgenza, tenendo conto della volontà della persona se espressa, il medico deve attivarsi per assicurare l'assistenza indispensabile.**

Infine, all'articolo 38, Autonomia del cittadino e Direttive Anticipate, si legge **il medico deve attenersi, nell'ambito della autonomia e della indipendenza che caratterizza la professione, alla volontà liberamente espressa dalla persona di curarsi [...]** **Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà, deve tenere conto nelle proprie scelte di quanto precedentemente manifestato dallo stesso in modo certo e documentato.**

Alle norme citate, si affiancano, i principi dell'etica medica, cui ogni operatore sanitario dovrebbe rifarsi nel fondare le proprie scelte e decisioni professionali

coinvolgenti la vita di terzi: il principio dell'autonomia del malato, il principio di beneficenza e non maleficenza, il principio di giustizia, il principio dell'integrità morale della professione. Quasi mai un solo principio, in un processo decisionale, è preponderante sugli altri; più spesso principi diversi, e spesso fra loro non concorrenti se non addirittura contrastanti, coesistono, imponendo all'operatore sanitario un bilanciamento dei fattori in gioco, al fine di assumere una scelta, una decisione, che sia "composizione integrata" e non semplice somma.

Dovrebbe comunque apparire chiaramente come le impostazioni legislative, giurisprudenziali e deontologiche oggi vigenti in Italia vadano nella direzione di considerare il diritto alla salute come un diritto intrinseco e imprescindibile dell'essere umano; diritto alla salute dal quale discende, come diritto secondario e derivato, quello all'assistenza sanitaria, realizzato in un'ottica di welfare state.

Se, tuttavia, il contesto normativo ci è di conforto circa i diritti dell'essere umano, sicuramente non contribuisce a semplificare le scelte cliniche, soprattutto quelle prese in urgenza e in un contesto di risorse sanitarie limitate. Infatti, all'obbligo legislativo e deontologico di tutelare sempre e comunque la vita e la salute, nell'accezione più ampia del termine, nell'esercizio della medicina dell'emergenza si contrappongono situazioni in cui l'adempimento di tale dovere non è materialmente possibile ed agli operatori si presenta, drammaticamente, la necessità di operare una priorità di intervento che probabilmente privilegerà alcuno a danno di altri. In queste situazioni non saranno leggi o disposizioni a suggerirci soluzioni e strategie operative.

E quindi, in un contesto di emergenza ed urgenza, con risorse limitate, **chi salveremo? E soprattutto, chi salveremo prima? Salveremo prima i pazienti più gravi? Salveremo prima i pazienti meno gravi, con maggiori possibilità di successo in termini di sopravvivenza? O sarà la sorte a decidere chi trattare, nel senso che il primo paziente in cui ci imbattemmo sarà anche il primo ad essere trattato? Tratteremo il maggior numero possibile di persone con le risorse disponibili, utilizzando il minimo possibile delle stesse per ogni singolo**

paziente? O ci concentreremo solo su alcuni pazienti, dando a ciascuno di essi una frazione di risorse superiore?

Possibili criteri da considerare nel tentativo di dare una risposta agli interrogativi proposti sono i seguenti⁶⁶:

Criteri Sociali

- **Massimizzare i benefici.** Dal momento che la società, attraverso il welfare state, investe risorse nel trattamento del paziente, essa diventa soggetto interessato al miglior esito del paziente stesso.
- **Progresso sociale e scientifico.** Criterio con cui si privilegiano quei pazienti i cui trattamenti daranno informazioni più utili.
- **Classi di persone.** Vengono privilegiate alcune categorie di persone o soggetti provenienti da determinate aree geografiche a scapito di altre.
- **Minori risorse.** È il criterio maggiormente invocato quando si vuole aumentare il numero delle persone trattate, privilegiando i casi che necessitano di minori risorse, a scapito a quelli che richiedono un dispendio "pro-capite" maggiore.
- **Responsabilità del singolo verso la vita di terzi.** Fattore che accorda una speciale priorità a particolari pazienti, da cui altre persone dipendono⁶⁷.

Criteri socioeconomici

- **Età.** In genere chi ricorre a questo criterio, fonda la propria posizione sostenendo che l'anziano, statisticamente, otterrà minori benefici dai trattamenti ricevuti, a motivo delle precarie condizioni fisiche di base.^{68 69}
- **Stabilità psicologica.** Si riferisce alla capacità del soggetto di collaborare al trattamento proposto, condizione ritenuta

indispensabile perché si possa avere efficacia del trattamento stesso⁷⁰.

- **Adeguatezza dell'ambiente.** Si riferisce alla presenza di facilitazioni, risorse materiali proprie del paziente, in grado di aumentare le possibilità di esito positivo del trattamento⁷¹.

Criteri medici

- **Bisogno.** È un elemento che va a costituire un punto problematico nel presupposto egualitaristico del principio di giustizia, introducendo un criterio di priorità temporale e materiale. Aspetto problematico connesso al criterio è l'individuazione di quali siano i bisogni così rilevanti da meritare una particolare tutela.
- **Urgenza.** Prescindendo da tutte le considerazioni legate alla possibilità prognostica in emergenza, il principio privilegia quei soggetti a rischio di vita se non trattati immediatamente. I pazienti meno urgenti vengono inseriti in una "lista di attesa" e hanno la possibilità che durante l'attesa si rendano disponibili eventuali ulteriori risorse.^{72 73}
- **Benefici attesi.** Prerequisito necessario per essere candidato a ricevere un trattamento è la possibilità che vi sia qualche possibilità di successo.^{74 75}
- **Estensione nel tempo dei benefici attesi.** Basa la valutazione dell'opportunità di un trattamento sulla base della speranza di vita attesa.^{76 77}

⁷⁰ J.F. Kilner, *Health-care resources, allocation of*, in W.T. Reich, *Encyclopedia of Bioethics*, New York, Simon & Schuster MacMillan, 1995, vol:II, 1067-1084, 1079

⁷¹ J.F. Kilner, *Health-care resources, allocation of*, in W.T. Reich, *Encyclopedia of Bioethics*, New York, Simon & Schuster MacMillan, 1995, vol:II, 1067-1084, 1079

⁷² Un rischio connesso all'utilizzo di questo criterio è connesso alla possibilità che chi beneficia delle risorse può non trarne alcun beneficio, lasciando nel frattempo nella sofferenza e nel bisogno chi, invece clinicamente meno urgente, potrebbe trarne un concreto beneficio.

⁷³ J.F. Kilner, *Health-care resources, allocation of*, in W.T. Reich, *Encyclopedia of Bioethics*, New York, Simon & Schuster MacMillan, 1995, vol:II, 1067-1084, 1080

⁷⁴ Con il rischio, utilizzando indiscriminatamente questo criterio, di introdurre una doppia discriminazione: a coloro che già versano in condizioni cliniche precarie, si potrebbero andare a negare i trattamenti a motivo della loro condizione clinica.

⁷⁵ J.F. Kilner, *Health-care resources, allocation of*, in W.T. Reich, *Encyclopedia of Bioethics*, New York, Simon & Schuster MacMillan, 1995, vol:II, 1067-1084, 1080

⁷⁶ Con la conseguenza che criterio per l'allocazione delle risorse non è più la vita in sé, quanto la sua durata.

⁶⁶ Cfr. M. Picozzi, F. Banfi, *Management ed etica delle risorse in sanità*, Milano, Franco Angeli (in corso di pubblicazione)

⁶⁷ J.F. Kilner, *Health-care resources, allocation of*, in W.T. Reich, *Encyclopedia of Bioethics*, New York, Simon & Schuster MacMillan, 1995, vol:II, 1067-1084, 1076-1078

⁶⁸ Appare, sotto un profilo etico, largamente criticabile un atteggiamento che privilegi un mero criterio anagrafico, svincolato dalle reali condizioni cliniche del singolo soggetto.

⁶⁹ J.F. Kilner, *Health-care resources, allocation of*, in W.T. Reich, *Encyclopedia of Bioethics*, New York, Simon & Schuster MacMillan, 1995, vol:II, 1067-1084, 1078

- **Qualità dei benefici.** Si basa sulla valutazione della qualità della vita residua e non su fattori connessi alla sopravvivenza quantitativa del paziente.^{78 79}

Criteria personali.

- **Autonomia.** Muove dalla considerazione che ogni persona ha il diritto di prendere autonomamente e liberamente le decisioni che riguardano la sua vita, sulla base dei singoli progetti, desideri, valori. In quest'ottica è solo il paziente ad essere legittimato a valutare il bilancio tra benefici attesi e i rischi previsti connessi ai trattamenti proposti. Secondo il criterio dell'autonomia, assume un particolare valore morale, di estrema generosità, la possibile decisione del paziente di rifiutare determinati trattamenti per "dirottarli" ad altri.⁸⁰
- **Responsabilità.** Presupposto è che i soggetti che hanno liberamente e volontariamente adottato uno stile di vita o comportamenti a rischio possono essere esclusi dalla distribuzione delle risorse. "Una simile scelta rischierebbe di far pesare su drammi umani, di cui è sempre difficile valutare le responsabilità soggettive, un giudizio spietato, in netto contrasto con ogni criterio di solidarietà. A questo argomento se ne può aggiungere un altro, cioè l'impossibilità di attribuire al personale sanitario l'autorità di sanzionare da un punto di vista morale la condotta dei propri pazienti".⁸¹
- **Capacità di pagare.** Criterio secondo il quale chi non ha sufficienti mezzi finanziari viene escluso da alcune prestazioni.⁸²
- **Randomizzazione.** Fondato sul principio secondo cui tutti i soggetti che presentano

la stessa patologia hanno il diritto di avere la stessa opportunità di ricevere una terapia adeguata.^{83 84}

Definiti e analizzati i criteri, ogni singola persona elaborerà una personale scala di priorità degli stessi, tenendo presente che il processo di integrazione e bilanciamento dei criteri proposti è particolarmente complesso, a motivo dell'appartenza dei criteri stessi a sfere diverse, non immediatamente comparabili tra loro.

Tutto quanto esposto trova la sua possibile applicazione nei casi in cui sia necessario procedere ad una selezione dei soggetti da trattare, in condizione di scarsità relativa delle risorse disponibili. In caso di emergenza e disastri di massa, gli schemi generali di intervento vengono motivati dalla necessità contingente di privilegiare un criterio utilitaristico nell'allocatione delle risorse, ben sintetizzato nell'assioma "fare il minimo indispensabile possibile, per il maggior numero possibile di persone, il più rapidamente possibile"⁸⁵. Il tutto con lo scopo di ottenere il massimo risultato possibile in termini di sopravvivenza dei feriti. È chiaro che un simile atteggiamento scardina il naturale comportamento dei sanitari e del personale di soccorso, i quali vengono formati per portare il massimo dell'aiuto possibile, secondo la propria preparazione culturale e tecnica, a chi lo necessita; a cambiare, in un contesto di disastro o di strage di massa, è l'orizzonte ultimo della finalità di intervento. Elemento fondante e giustificante le scelte operative non è più e soltanto l'interesse verso il singolo soggetto, quanto la valutazione del bilancio complessivo delle proprie azioni in termini di risultato sul piano della società ed il beneficio che viene portato, in termini complessivi, a

⁷⁷ J.F. Kilner, *Health-care resources, allocation of*, in W.T. Reich, *Encyclopedia of Bioethics*, New York, Simon & Schuster MacMillan, 1995, vol:II, 1067-1084, 1080

⁷⁸ Con tutti i limiti connessi alla concreta e oggettiva possibilità di valutare la qualità della vita di terze persone, soprattutto nel caso di soggetti fisicamente impossibilitati ad esprimersi.

⁷⁹ J.F. Kilner, *Health-care resources, allocation of*, in W.T. Reich, *Encyclopedia of Bioethics*, New York, Simon & Schuster MacMillan, 1995, vol:II, 1067-1084, 1081

⁸⁰ J.F. Kilner, *Health-care resources, allocation of*, in W.T. Reich, *Encyclopedia of Bioethics*, New York, Simon & Schuster MacMillan, 1995, vol:II, 1067-1084, 1081

⁸¹ Comitato Nazionale per la Bioetica, *Orientamenti bioetici per l'equità nella salute*, Roma: Dipartimento per l'informazione e l'editoria, 2001, 35

⁸² J.F. Kilner, *Health-care resources, allocation of*, in W.T. Reich, *Encyclopedia of Bioethics*, New York, Simon & Schuster MacMillan, 1995, vol:II, 1067-1084, 1081

⁸³ Una forma possibile di applicazione della norma è: chi prima arriva, prima riceve il trattamento. Tale possibile formulazione del criterio della randomizzazione finisce in realtà col privilegiare chi ha maggior accesso all'informazione e a chi si trova in condizioni cliniche di minor severità. Del resto la randomizzazione pura non consente di operare alcuna differenziazione tra i soggetti coinvolti. E non è detto che la scelta cieca sia in realtà rispettosa della dignità umana dei soggetti coinvolti.

⁸⁴ J.F. Kilner, *Health-care resources, allocation of*, in W.T. Reich, *Encyclopedia of Bioethics*, New York, Simon & Schuster MacMillan, 1995, vol:II, 1067-1084, 1081

⁸⁵ Baskett PJF, *Ethics in disaster medicine*, Prehospital Disaster Medicine 1994; 9, 4-5

quest'ultima. In altre parole, in un contesto di disastro di massa ad essere privilegiato non è il diritto individuale alla salute, quanto il valore gerarchicamente superiore di beneficio portato alla società. Ciò, di fatto, implica che quanto risulta giusto a livello di beneficio portato alla società, potrebbe non esserlo ai singoli livelli individuali dei soggetti coinvolti. Ad un triage fondato esclusivamente sul principio utilitaristico, si potrebbe obiettare che se da un lato è cogente l'obbligo morale, deontologico e giuridico di salvare la vita umana, quando si è formati per poterlo fare, d'altro canto nessuna norma impone il concetto che salvare di più (in termini strettamente quantitativi) sia realmente la scelta migliore.

Altra punto emblematico del triage in condizioni di emergenza ed in caso di disastri di massa concerne la reale preparazione del personale che giunge per primo sulla scena. Ci si chiede, infatti, se sia accettabile che i primi ad intervenire su uno scenario tanto complesso possano anche essere dei professionisti del soccorso, ma magari non dei sanitari in senso stretto. Questo tenendo presente che i primi ad intervenire, visti i tempi estremamente contratti in cui è necessario erogare una risposta in termini di valutazione ed erogazione delle risorse, saranno determinanti nel processo dell'iniziale selezione di chi dovrà essere trattato, perché ha possibilità di sopravvivenza, e chi no, o perché in condizioni cliniche non ritenute a rischio di vita o perché giudicato al di là di ogni possibilità terapeutica. Ne deriva che il momento valutativo iniziale dovrebbe essere idealmente condotto da personale sanitario, preparato allo scopo sia sotto il profilo culturale che pratico. L'eticista Kenneth Kipnis bene sintetizza il concetto appena esposto in questi termini "se qualcuno avesse la responsabilità di decidere che le mie ferite sono troppo gravi per essere trattate, vorrei che questa persona sia professionalmente la più competente possibile"⁸⁶. Estremizzando le conseguenze di un triage condotto da personale non sanitario, è stato proposto da alcuni che gli obiettivi di un triage di emergenza in un contesto extraospedaliero, condotto da personale non sanitario, si limiti

alla sola individuazione dei soggetti deceduti⁸⁷

Non secondaria appare, inoltre, la considerazione che in frequenti casi, l'unica risorsa realmente scarsa non è di natura sanitaria, ma coincide con il fattore tempo. In queste circostanze, magari concomitanti ad un sistema di risposta all'emergenza adeguato in termini umani e strumentali, appare difficilmente sostenibile il principio utilitaristico di considerare il beneficio netto in termini di società e non di singoli soggetti. Infatti, come è giustificabile solo per motivi di urgenza temporale, l'aver privilegiato pazienti meno gravi ma con maggiori probabilità di sopravvivenza (che avrebbero continuato ad avere le medesime chances anche se fossero stati trattati con un ritardo temporale), a scapito di pazienti ben più gravi, ma ancora potenzialmente salvabili?

Questione emblematica riguarda l'eventuale priorità di trattamento da riservare a vittime "sanitarie": medici, infermieri, soccorritori. I sostenitori di questo "privilegio della precedenza" fondano la propria teoria sostenendo che andare a salvare prima l'eventuale personale sanitario o di soccorso coinvolto potrebbe aumentare, con effetto "esponenziale", le risorse in campo. Secondo l'interpretazione utilitaristica, la scelta di dare la precedenza a questi particolari soggetti, si giustifica in termini di maggior beneficio netto portato, almeno in termini, potenziali alla società. In realtà, la questione è molto più complessa; innanzitutto perché non è sempre vero che la scarsità di risorse in campo coincide necessariamente con la scarsità di risorse umane; secondariamente non è detto che, in un contesto in cui è necessario agire rapidamente e in cui si ha a disposizione tempo limitato per trattare le vittime, il tempo impiegato per soccorrere un sanitario sia vantaggioso, dal punto di vista del maggior beneficio potenziale che quest'ultimo potrà effettivamente poi portare al contesto generale (magari nel frattempo lo scenario sarà dichiarato non più sicuro e la nuova risorsa umana ottenuta non potrà essere impiegata).

⁸⁶ Kipnis, *Overwhelming casualties: medical ethics in a time of terror*, Account Res 2003; 10, 57-68

⁸⁷ Einav S., Feigenberg Z., Weissman C. et al., *evacuation priorities in mass casualty terror-related events: implications for contingency planning*, Ann Surg 2004; 239, 304-310

Tornando, alla fine di questo percorso, alle domande che nel corso del presente contributo abbiamo proposto all'attenzione del lettore.

Come allocheremo le risorse in caso di emergenze-urgenza? Come giustificheremo queste decisioni? Chi salveremo? E soprattutto, chi salveremo prima? Salveremo prima i pazienti più gravi? Salveremo prima i pazienti meno gravi, con maggiori possibilità di successo? O è la sorte a decidere chi trattare, nel senso che il primo paziente in cui ci imbattiamo sarà anche il primo ad essere trattato? Tratteremo il maggior numero possibile di persone con le risorse disponibili, utilizzando il minimo possibile delle stesse per ogni singolo paziente? O ci concentreremo solo su alcuni pazienti, dando a ciascuno di essi una frazione di risorse superiore?

Ovviamente, non c'è risposta alle domande proposte, volutamente estremizzate e provocatorie.

O meglio, non c'è alcuna possibilità di fornire una risposta univoca, aprioristica,

decontestualizzata, valida per ogni possibile scenario in cui si può imbattere un operatore dell'emergenza.

Del resto fornire risposte non rientra tra gli obiettivi che ci si è proposti all'inizio di questo lavoro. Piuttosto, lo scopo dichiarato del presente contributo è di evidenziare criticità, per incoraggiare il processo di auto-analisi introspettiva dei valori che guidano i processi decisionali di ognuno di noi, per contribuire ad alimentare il dibattito e il confronto. Unica certezza è che non è mai utile interrogarsi sul triage e sulle sue criticità quando si è costretti a ricorrervi in condizioni di necessità. La discussione, necessariamente multidisciplinare, non può che avvenire in un contesto "freddo", con l'obiettivo esplicito di pianificare strategie di intervento per i casi di potenziale successivo bisogno.