

# QUESTIONE GIUSTIZIA



Leggi e istituzioni

Magistratura e società

Osservatorio Internazionale

Prassi e orientamenti

Giurisprudenza e documenti



Leggi e istituzioni

## Risposta all'emergenza sanitaria e triage. Appunti per una lettura penalistica

di Giuseppe Iattarino

Magistrato collaboratore della Commissione bicamerale d'inchiesta sulle ecomafie

Il contenimento e la gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 stanno producendo una rapida evoluzione delle tecniche e prassi terapeutiche, della farmacologia, dell'organizzazione sanitaria e suggeriscono una rivisitazione del rapporto tra metodi scientifici e valutazione giuridica delle azioni di risposta all'emergenza sanitaria

### Newsletter

Email:

iscriverti



Leggi e istituzioni



Leggi e istituzioni

[http://www.questionegiustizia.it/articolo/risposta-all-emergenza-sanitaria-e-triage-appunti-per-una-lettura-penalistica\\_26-03-2020.php](http://www.questionegiustizia.it/articolo/risposta-all-emergenza-sanitaria-e-triage-appunti-per-una-lettura-penalistica_26-03-2020.php)

### *sintesi*

*Il contenimento e la gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 stanno producendo una **rapida evoluzione** delle tecniche e prassi terapeutiche, della farmacologia, dell'organizzazione sanitaria e suggeriscono una rivisitazione del rapporto tra metodi scientifici e valutazione giuridica delle azioni di risposta all'emergenza sanitaria.*

Una **ragionevole valutazione** dell'operato dei sanitari impegnati in questa difficile situazione è possibile già sulla base della legislazione vigente, rifacendosi all'applicazione rigorosa dei **metodi scientifici di triage**, considerato come criterio di individuazione delle priorità assistenziali, basato sulla valutazione delle condizioni del paziente, applicato sia nell'emergenza sanitaria territoriale, che dipartimenti ospedalieri di emergenza urgenza, che nelle situazioni di grande emergenza (eventi maggiori, catastrofi).

In tali contesti si potrà verificare un insieme di fatti di lesione o messa in pericolo di beni primari (vita, integrità fisica) multipli, simultanei, ovvero occorsi in tempo circoscritto, che, a causa delle modalità di tempo e di luogo in cui si verificano, renderanno le risorse sanitarie disponibili per farvi fronte **insufficienti a fornire una risposta completa e contestuale**.

La selezione delle priorità avviene secondo criteri scientificamente convalidati, in attuazione di una metodica fondata sulla qualificazione delle malattie e delle lesioni e sulla definizione delle cure da prestare per categorie di pazienti.

Il *trriage* non è dunque attività etica o umanitaria, ma **sanitaria-terapeutica**, il cui presupposto è la possibilità che le risorse destinate alla cura dei potenziali pazienti divengano insufficienti; lo scopo dell'applicazione delle metodiche è quello di **ridurre nel massimo grado possibile**, in condizioni di insufficienza di risorse, eventi lesivi della vita o dell'integrità fisica delle persone soccorse.

I protocolli di *trriage* sono diversi ma accomunati dalla diretta evidenza, dalla possibilità di rapida valutazione della situazione del paziente e sono finalizzati alla classificazione; caratteristica tipica del *trriage* è la sua **natura dinamica**; la valutazione dell'insieme dei pazienti dovrà infatti essere sorvegliata e nuovamente condotta in forma continua a distanza di tempo, per riesaminare le condizioni dei singoli e il *matching* con le risorse disponibili, sia progressivamente impegnate che eventualmente sopravvenute.

In quanto processo continuo di valutazione delle situazioni nel loro presentarsi e nel loro evolvere, il *trriage* comporta qualificazione e selezione dei pazienti per una conseguente scelta delle priorità, non mai rifiuto deliberato di assistenza: **ogni paziente** verrà [progressivamente] curato, nessuno verrà [definitivamente] abbandonato.

Così considerato, il *trriage* comportando in un intervento selettivo previa valutazione dell'insieme dei pazienti secondo metodiche scientificamente note e convalidate, costituisce una **modalità dell'azione terapeutica complessiva** e uno **strumento finalizzato all'azione terapeutica individuale**: è questa contestualizzazione dell'intervento che ne muta il carattere e la valutazione giuridica.

Non si può cioè considerare isolatamente il mancato o ritardato intervento su *un paziente*, se non in relazione all'intervento effettuato su *tutti i pazienti*, che rappresenterà espressione di una condotta professionale priva di profili di colpa addebitabili a uno o più operatori sanitari, quando il singolo intervento, oltre che in maniera tecnicamente corretta in sé, sia stato effettuato correttamente dal punto di vista dell'applicazione delle metodiche scientifiche di *trriage* e delle cure progressivamente prestate ai singoli pazienti.

L'esame di modi e tempi della singola azione terapeutica "finale" va integrato con la definizione del contesto in cui si è reso necessario il *trriage* a causa della molteplicità degli eventi e con la predisposizione delle risorse e dell'organizzazione necessarie a far fronte a quegli eventi.

La necessità di risalire lungo la "catena dei soccorsi" e, ancora oltre ai presupposti gestionali, rende particolarmente sensibile e complessa, in questi casi, la

**ricostruzione** delle serie causali, della prevedibilità e prevenibilità degli eventi, dell'esigibilità delle condotte da parte di ciascun soggetto collocato lungo quella catena. E come dice la Corte di Cassazione "tanto maggiore dovrà essere la **propensione a considerare lieve l'addebito** nei confronti del professionista che, pur essendosi uniformato ad una accreditata direttiva, non sia stato in grado di produrre un trattamento adeguato" quanto più difficili (o, in taluni casi di applicazione del *triage*, estreme) siano state la situazione ambientale, le eventuali ragioni di urgenza, la difficoltà di cogliere e legare le informazioni cliniche, il grado di atipicità o novità della situazione, l'approccio a una vicenda "problematica, oscura, equivoca o segnata dall'impellenza".

Il quadro consolidato dell'organizzazione sanitaria e della scienza medica dell'emergenza e delle catastrofi ha sinora dimostrato una **straordinaria capacità di adattamento e di risposta** alle esigenze e alle criticità determinate dalla gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19.

Gli elementi che qualificano l'attuale emergenza epidemiologica rispetto alla visione tradizionale del *triage* si sono in parte rivelati e si riveleranno progressivamente.

Il presupposto del *triage* è, come si è visto, un'**insufficienza di risorse** che viene assunta come transitoria e superabile, in cui il saldo tra risorse di cura progressivamente impegnate e successivamente disponibili (perché sopravvenute o disimpegnate) tende al positivo.

Un'insufficienza, dunque, tendenzialmente sincronica e non diacronica; laddove dovesse prevalere la tendenziale diacronicità, le tecniche di *triage* dovrebbero diversamente affrontare la questione della rivalutazione dei pazienti.

L'applicazione delle metodiche di *triage* – e la valutazione a fini giuridici – necessita della definizione di un **contesto** spaziale e temporale: ad esempio nell'ambito del pronto soccorso di un ospedale gravato in tempi ristretti da un rilevante numero di accessi, sulla scena di un incidente ferroviario o nei pressi di un edificio crollato.

Un'emergenza da epidemia o da patologie diffuse connotata da un certo grado di permanenza nel tempo tende ad allargare il contesto, ragion per cui la valutazione delle priorità dovrà tenere conto di una scala più ampia; e lo stesso criterio di valutazione non potrà più essere diretto esclusivamente sul singolo soggetto, ma sarà rivolto anche alla salvaguardia della collettività.

Si può assumere come esempio l'opera attualmente svolta dalla Centrale remota operazioni soccorso sanitario - CROSS del Dipartimento della protezione civile nel costante reperimento di risorse per il trasferimento di pazienti in più regioni.

Queste specificità vanno coordinate con con la l. 8 marzo 2017, n. 24, che ha introdotto nel codice penale, nell'articolo 590-*sexies*, i parametri di valutazione della condotta del sanitario costituiti dalle **linee-guida** e dalle **buone pratiche clinico-assistenziali**.

Quando si fa questione dell'ipotetica responsabilità penale per eventi avversi si renderà necessario valutare sin dalle indagini se il caso concreto sia regolato da linee-guida o, in mancanza, da buone pratiche clinico-assistenziali; ricostruire il nesso causale tenendo conto anche del comportamento indicato quei parametri, segnalando se e in quale misura la condotta del sanitario si sia discostata da linee-guida o da buone pratiche clinico-assistenziali anche in relazione alle specificità del caso concreto.

Le linee-guida, che di per sé costituiscono **sapere tecnico-scientifico** codificato dalla comunità scientifica ("raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni scientifiche"), devono passare attraverso una **formalizzazione** ("definite e

pubblicate ai sensi di legge”), ai sensi dell’articolo 5, della l. n. 24/2017 che prevede la loro provenienza da istituzioni individuate dal Ministero della salute e la loro verifica da parte dell’Istituto superiore di sanità.

Il **professionista sanitario** è tenuto ad attenersi alle linee-guida, sia pure con gli adattamenti propri di ciascuna fattispecie concreta; e ha la legittima aspettativa vedere giudicato il proprio comportamento alla stregua delle medesime direttive.

La novità costituita dalla risposta all’emergenza epidemiologica da COVID-19 fa sì che siano in uso, per conseguire l’obiettivo di massimo possibile di cura al massimo possibile di pazienti, i criteri scientifici specifici della medicina di emergenza e delle catastrofi e in particolare le metodologie di *triage*: che, sinora, non risultano “codificate” come linee-guida ai sensi dell’articolo 5, della l. n. 24/2017.

Esse si rinvergono, invece, in due tipi di fonti: un’elaborazione di molti decenni della comunità scientifica, che ha prodotto un sapere tecnico del tutto consolidato; e la traduzione in atti giuridici di natura diversa, dalla normazione secondaria a provvedimenti amministrativi che hanno regolato nel corso del tempo l’attività sanitaria in emergenza.

Entrambe queste tipologie di fonte sono per loro natura soggette a un **forte dinamismo**, determinato, anche in tempi ordinari, dalla parallela crescita delle conoscenze gestionali sulle cure e delle esigenze organizzative di una realtà complessa quale è il sistema di risposta all’emergenza sanitaria.

L’emergenza epidemiologica in corso rende questo processo accelerato, e più difficile la codificazione ai sensi dell’articolo 5, della l. n. 24/2017. Piuttosto che interventi modificativi delle norme di legge è quindi auspicabile un più **dinamico recepimento** nelle linee-guida dell’evoluzione delle tecniche e prassi terapeutiche, della farmacologia, della tecnologia, dell’organizzazione sanitaria e comunque una loro riconduzione alle buone pratiche clinico-assistenziali.

I **confini di responsabilità** si possono infatti anche rinvenire nell’applicazione corretta da parte dei sanitari impegnati nella risposta all’emergenza di linee-guida non codificate ma che rappresentano la cristallizzazione di conoscenze scientifiche, di buone pratiche assistenziali declinate nello specifico delle conoscenze scientifiche sulla gestione dell’emergenza; del rispetto di norme organizzative a loro volta fondate su principi scientifici, che, quandanche non abbiano veste di “leggi” o “regolamenti” si qualificheranno come “ordini o discipline”.