

Matteo Bolcato - Camilla Tettamanti - Alessandro Feola

---

**L'EPIDEMIA, LA CURA, LA  
RESPONSABILITÀ E LE SCELTE  
CHE NON AVREMMO MAI  
VOLUTO FARE**

---

Estratto

## L'EPIDEMIA, LA CURA, LA RESPONSABILITÀ E LE SCELTE CHE NON AVREMMO MAI VOLUTO FARE

*THE EPIDEMIC, THE CURE, THE RESPONSIBILITY AND THE CHOICES WE NEVER WANTED TO DO*

*“Non capita tutti i giorni di trovare una persona che meriti davvero di essere salvata. Dovrò far uscire un altro dall'ospedale; ma troverò sicuramente qualcuno peggiore di lui”*

*Il dilemma del dottore. Bernard Shaw, 1906*

**Matteo Bolcato\*<sup>1)</sup>, Camilla Tettamanti<sup>2)</sup>, Alessandro Feola<sup>3)</sup>**

### RIASSUNTO

*L'emergenza dovuta all'epidemia di COVID 19 in Italia ha costretto ad importanti cambiamenti nel modo di vivere dei cittadini e a livello sanitario. Nel contributo sono discussi alcuni aspetti medico legali inerenti alle Raccomandazioni emanate dalla Società Italiana di Anestesia e Rianimazione (SIAARTI) in merito ai criteri di allocazione delle risorse di terapia intensiva. Oltre a questo, sono presi in considerazione aspetti legati ai possibili profili di responsabilità professionale medica inerenti a casi dovuti all'epidemia. Sono inoltre suggeriti ambiti di miglioramento delle strategie gestionali atte al mantenimento dei servizi essenziali e al contributo che può essere dato dalla medicina legale nella ricerca scientifica per il contrasto all'epidemia.*

### SUMMARY

*The emergency due to the COVID 19 epidemic in Italy has forced important changes in the way of life of citizens and in health care. The contribution discusses some medico-legal aspects inherent in the Recommendations issued by the Italian Society of Anesthesia and Resuscitation (SIAARTI) regarding the criteria for allocating intensive care resources. In addition, aspects related to possible medical professional liability profiles*

\* Corresponding Author: Matteo Bolcato, sede di Medicina Legale, Dipartimento di Neuroscienze, Università degli Studi di Padova, via Falloppio 50 - 35121 Padova. E-mail: matteo.bolcato@unipd.it.

1) Medicina Legale, Dipartimento di Neuroscienze, Università degli studi di Padova, Padova, Italia.

2) Dipartimento di Scienze della Salute (DISSAL), Università degli studi di Genova, Genova, Italia.

3) Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli studi della Campania "Luigi Vanvitelli", Napoli, Italia.

*related to cases due to the epidemic are taken into consideration. Areas of improvement of management strategies aimed at maintaining essential services and the contribution that can be made by forensic medicine in scientific research to combat the epidemic are also suggested.*

**Parole chiave:** COVID-19, responsabilità professionale medica, consenso informato.

*Keywords:* COVID-19, medical liability, informed consent.

### **SOMMARIO:**

1. Lo scenario; 2. Il documento SIAARTI; 3. La responsabilità; 4. L'informazione;
5. Il futuro.

## **1. Lo scenario.**

Nei primi mesi dell'anno 2020 è stata accertata un'importantissima diffusione di SARS-CoV-2 in Italia, un coronavirus caratterizzato da uno speciale tropismo per le vie respiratorie. L'infezione può comportare una sintomatologia particolarmente lieve o assente in molti soggetti, ma in una percentuale non trascurabile può causare una grave insufficienza respiratoria, molte volte necessitante di ricovero in ambiente intensivo al fine di sostenere la respirazione attraverso ventilazione invasiva.

La diffusione del virus è stata ubiquitaria, tanto che l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dichiarato l'infezione pandemica. Tale inaspettata situazione ha costretto il governo italiano a numerosi provvedimenti emergenziali di tipo logistico ed economico, misure di blocco delle attività produttive e degli spostamenti definiti come "lockdown", oltre a vari provvedimenti inerenti la sanità pubblica, investimenti nel servizio sanitario nazionale in termini di assunzioni di personale e riorganizzazione dei servizi ospedalieri al fine di rispondere alla accresciuta ed esponenziale domanda di cura della popolazione, legata in principal modo alle disponibilità di letti in terapia intensiva<sup>1)</sup>.

La pandemia in corso ha violentemente aggredito e, in molti casi, profondamente sovvertito diversi aspetti del nostro rapporto con la vita, la società e i diritti, sollevando criticità e imponendo limiti che credevamo ormai totalmente superati. L'Italia è un paese che ha, sia nel suo ordinamento legislativo costitutivo sia nelle modalità sociali di fruizione dei diritti, la consapevolezza dell'universalità delle cure, tanto che negli ultimi decenni ha

1) ROSENBAUM L (2020). Facing Covid-19 in Italy-Ethics, Logistics, and Therapeutics on the Epidemic's Front Line. *N Engl J Med*;14;382:1873-1875.

mostrato molte più difficoltà ad accettare che una persona decidesse in autonomia quando fermare le attività medico assistenziali da eseguire sulla sua persona<sup>2),3),4),5)</sup> rispetto a ritrovarsi in un contesto in cui non è la volontà dell'individuo a mancare, ma sono le risorse terapeutiche a non essere disponibili per tutti. Credevamo, più o meno consciamente, che il nostro sistema potesse far fronte a qualsiasi necessità ed emergenza, ma esso ha mostrato, al contrario, tutta la sua vulnerabilità davanti ad un nemico invisibile delineando un nuovo scenario.

Nonostante sforzi compiuti in epoca recente, in alcune zone del paese si è assistito ad una eccezionale domanda di cure intensive creando un evidente e grave squilibrio tra necessità e disponibilità di risorse ospedaliere. Da tale situazione sono sorti dilemmi e situazioni inediti<sup>6)</sup> che hanno trovato una presa di posizione da parte della Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI) attraverso la pubblicazione di un documento intitolato “Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili”<sup>7)</sup>. Il documento affronta concretamente una questione, sicuramente di non facile analisi, che comporta una prassi applicativa complessa ed articolata<sup>8)</sup>, proponendo un metodo per la valutazione etico-scientifica dei criteri di accesso a trattamenti intensivi da parte di operatori e professionisti sanitari a vario titolo coinvolti. Essendo già state espresse da altri Autori, su questa Rivista, riflessioni in merito ai risvolti etici del documento, nel presente contributo vogliamo concentrarci su alcuni aspetti di interesse specificamente medico legale.

## 2. Il documento SIAARTI.

Il documento si compone di una breve parte introduttiva e di 15 sintetiche raccomandazioni. Nella parte introduttiva si esplicitano sinteticamente gli obiettivi e il razionale delle raccomandazioni: “È uno scenario in cui potrebbero essere necessari criteri di

2) SOLARINO B, BRUNO F, FRATI G et al (2011). A national survey of the attitudes of Italian physicians towards end-of-life decisions following the death of Eluana Englaro. *Intensive Care Med*;37:542-9.

3) MORESCHI C, DA BROI U, RODRIGUEZ D et al (2013). The Eluana Englaro Case: cause of death after the withdrawal of artificial nutrition and hydration in a subject in a permanent vegetative state and with quadriplegia. *Forensic Sci Int*;10;231(1-3):e24-9.

4) RUBULOTTA F, RUBULOTTA G, SANTONOCITO C et al (2010). End-of-life care is still a challenge for Italy. *Minerva Anestesiol*;76(3):203-8.

5) GRISTINA GR, DE GAUDIO R, MAZZON D, CURTIS JR (2011). End of life care in Italian intensive care units: where are we now? *Minerva Anestesiol*;77(9):911-20.

6) SPINSANTI S (2020). La cura: una questione di merito? *Recenti Prog Med*;111(4):184-185.

7) Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva. Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments, in exceptional, resource-limited circumstances. Vers. 1. 06.03.2020.

8) RICCIONI L, BERTOLINI G, GIANNINI S et al (2020). (Gruppo di lavoro SIAARTI – Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva) Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili. *Recenti Prog Med*;111(4):207-211.

accesso alle cure intensive non soltanto strettamente di appropriatezza clinica e di proporzionalità delle cure, ma ispirati anche a un criterio il più possibile condiviso di giustizia distributiva e di appropriata allocazione di risorse sanitarie limitate”. Si fa, dunque, chiaro ed esplicito riferimento ad uno scenario inquadrabile nella “medicina delle catastrofi” e, dal punto di vista etico, si richiama l’estensione del principio di proporzionalità delle cure in un contesto di grave carenza (*shortage*) delle risorse sanitarie. Si considera attuabile una allocazione delle stesse che deve puntare a garantire i trattamenti di carattere intensivo ai pazienti con maggiori possibilità di successo terapeutico: si tratta pertanto di privilegiare la “maggior speranza di vita”.

Si afferma che: “Il bisogno di cure intensive deve pertanto essere integrato con altri elementi di “idoneità clinica” alle cure intensive, comprendendo quindi: il tipo e la gravità della malattia, la presenza di comorbidità, la compromissione di altri organi e apparati e la loro reversibilità. Questo comporta di non dover necessariamente seguire un criterio di accesso alle cure intensive di tipo “*first come, first served*”.

Si indica in modo chiaro che quanto proposto riveste carattere di eccezionalità legato al momento e si riconosce che in circostanze “normali” la disponibilità di risorse non rientrerebbe nel processo decisionale e nelle scelte del singolo caso. A questo proposito è inserita una precisazione prudenziale e cautelativa ossia che “l’applicazione di criteri di razionamento è giustificabile soltanto dopo che da parte di tutti i soggetti coinvolti (in particolare le “Unità di Crisi” e gli organi direttivi dei presidi ospedalieri) sono stati compiuti tutti gli sforzi possibili per aumentare la disponibilità di risorse erogabili (nella fattispecie, letti di Terapia Intensiva) e dopo che è stata valutata ogni possibilità di trasferimento dei pazienti verso centri con maggiore disponibilità di risorse”.

Si sostiene, quindi, una applicazione dei criteri subordinata alle condizioni del momento nel singolo caso, in assenza di altre alternative, e non una indiscriminata applicazione delle stesse, giustificata dalla mera esistenza della pandemia. È, inoltre, raccomandato che una modifica dei criteri di accesso possa essere condivisa il più possibile tra gli operatori coinvolti e che sia garantita l’informazione verso i cittadini quando si attuano misure straordinarie, per una questione di dovere di trasparenza e di mantenimento della fiducia nel servizio sanitario pubblico.

Sono poi esplicitati i seguenti scopi delle raccomandazioni: a) sollevare i clinici da una parte della responsabilità nelle scelte, che possono essere emotivamente gravose, compiute nei singoli casi; b) rendere espliciti i criteri di allocazione delle risorse sanitarie in una condizione di una loro straordinaria scarsità.

È encomiabile che una società scientifica abbia dato indicazioni utili in uno scenario grave e privo di linee guida di riferimento per le scelte tragiche<sup>9)</sup>. Ciò è, invece, apparso ad alcuni osservatori non del tutto corretto in quanto compito del legislatore e/o della codificazione deontologica. In realtà i criteri con cui allocare le scarsissime risorse di

9) CALABRESI G, BOBBIT P (1986). *Scelte tragiche*, Giuffrè, Milano.

terapia intensiva in un tempo di emergenza sanitaria possono essere decisi a livello scientifico<sup>10</sup>). La Corte costituzionale con le sentenze n. 282/2002 e n. 169/2017 ha stabilito che non è il legislatore a poter stabilire quali siano le pratiche terapeutiche da effettuare, con quali limiti e a quali condizioni e che la regola di fondo in questa materia è costituita dalla autonomia e dalla responsabilità del medico che, con il consenso del paziente, opera le scelte professionali basandosi sullo stato delle conoscenze a disposizione. L'elaborazione del documento dal punto di vista tecnico scientifico non è quindi fuori dalle competenze di SIAARTI, soggetto qualificato a elaborare raccomandazioni in tale ambito, anche rispetto a quanto previsto dall'art. 5 della legge n. 24 dell'8 marzo 2017.

Ferme dunque restando le competenze di SIAARTI, gli annunciati scopi delle raccomandazioni si prestano ad approfondimento sul piano medico-legale in ambito di a) responsabilità e b) informazione.

### 3. La responsabilità.

Uno dei due scopi delle raccomandazioni, quello di “di sollevare i clinici da una parte della responsabilità nelle scelte”, è da approfondire dal punto di vista medico-legale. È da premettere che nessun documento potrà portare ad una esclusione della responsabilità del medico circa la terapia, la scelta e la proporzionalità di esse in qualsiasi contesto, emergenziale o meno<sup>11</sup>). Questo documento crediamo si proponga piuttosto come guida di riferimento per rendere manifesta la responsabilità del professionista sanitario, al fine di fornire supporto scientifico capace di uniformare le strategie di scelta su scala nazionale.

È possibile avvertire la preoccupazione dei professionisti sanitari che il tema della responsabilità possa essere al centro del dibattito nel prossimo futuro. Di conseguenza, l'elaborazione di documenti che esprimano raccomandazioni circa percorsi condivisi e criteri di riferimento costituisce supporto organico per guidare le scelte e la relativa assunzione di responsabilità. Nel futuro, riguardo questi temi potranno sorgere pretese risarcitorie nell'individuazione di molteplici profili, come ad esempio circa la capacità di cura e trattamento dei soggetti resa impossibile o limitata dall'insufficienza delle risorse disponibili, oppure in merito al contagio di pazienti avvenuto all'interno di ospedali o strutture residenziali destinate all'accoglienza per mancata osservanza di pratiche e raccomandazioni atte a scongiurarlo.

Su tali aspetti il dibattito si è già aperto e sarà, in ogni caso, da eseguire una attenta e completa analisi medico-legale specifica sulle circostanze, diverse per ogni vertenza e

10) PICCINI M, APRILE A, BENCIOINI P et al (2020). Considerazioni etiche, deontologiche e giuridiche sul Documento SIAARTI “Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili”. *Recenti Prog Med*;111(4):212-222.

11) RODRIGUEZ D (9 marzo 2020). Dagli anestesisti-rianimatori una difficile presa in carico di responsabilità che merita rispetto. *Quotidiano Sanità*. Disponibile su: <https://bit.ly/2VoRvBv>.

paziente. Nelle prime settimane di pandemia si era pensato ad uno “scudo” legale, inserendo brevi norme all’interno dei vari decreti atte a limitare, per il periodo pandemico, la responsabilità professionale, ipotesi che non si sono poi tradotte in concreto con provvedimenti legislativi. È utile, tuttavia, ricordare che il nostro ordinamento contiene alcune norme che possono essere richiamate in questo contesto seppure, ovviamente, da declinare nel caso concreto.

Quanto al diritto penale<sup>12),13)</sup>, potrebbero profilarsi situazioni in cui il medico venga interessato da un’ipotesi di responsabilità professionale. Una di queste potrebbe costituirsi nel caso in cui un paziente deceda per mancate cure intensive a seguito della decisione del curante di non destinarlo a tali trattamenti, avendo assegnato le risorse insufficienti ad altro paziente; in questo caso potrebbe prospettarsi l’ipotesi di un reato di omicidio. Esiste anche la possibilità di immaginare il reato di epidemia nel caso in cui si palesi negligenza o inosservanza di norme igieniche atte a contrastare il contagio, per esempio all’interno di strutture di ricovero. Qualunque sia l’ipotesi di reato, risulterà necessario considerare in modo attento due elementi specifici. Il primo riguarda l’assenza di consolidate evidenze scientifiche circa la natura, trasmissibilità e terapia dell’infezione da SARS-CoV-2. All’inizio dell’epidemia non esistevano linee guida o documenti di raccomandazione basati su solide basi di evidenza che potessero orientare in modo motivato e specifico le scelte degli operatori; ne è conseguita una difficile definizione della condotta possibile oggetto di censura. Il secondo elemento di interesse è rappresentato dal fatto che scelte dei singoli operatori siano rese necessarie per una primitiva sostanziale mancanza di risorse strutturali, non addebitabili in alcun modo al singolo operatore, ma a decisori istituzionali. Tale elemento risulta di fondamentale peso, soprattutto all’interno del contesto penalistico in cui la responsabilità è di tipo personale.

Circa la responsabilità nel diritto civile del singolo operatore, che dovesse essere impossibilitato a prestare cure anche salva-vita di un paziente per insufficienza di risorse, si potrebbe inserire in una situazione di incapacità ad adempiere alla prestazione per causa non imputabile e quindi verrebbe esonerato dall’obbligazione risarcitoria ai sensi dell’art. 1218 e 1256 del codice civile. Tali norme appaiono maggiormente calzanti per la responsabilità del singolo operatore rispetto a quella delle strutture, che dovranno in ogni caso dimostrare oggettivamente che non sono state in grado di adempiere all’obbligazione per una causa oggettivamente imprevedibile ed inevitabile<sup>14)</sup>.

Anche l’art. 2236 Codice civile contempla che “Se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, il prestatore d’opera non risponde dei danni, se

12) DI COSTANZO C, ZAGREBELSKY V (2020). L’accesso alle cure intensive fra emergenza virale e legittimità delle decisioni allocative. Online First. Instant Forum: Diritto, diritti ed emergenza ai tempi del Coronavirus. *BioLaw Journal - Rivista di Biodiritto*,2.

13) MERLI A (2019). Brevi note sul ruolo dell’art. 2236 c.c. nel settore della responsabilità penale colposa degli operatori sanitari e sul rapporto tra il nuovo art. 590-bis c.p. e la disposizione civilistica. *Cass Penale*;c 11: 4132-55.

14) FACCIOLO M (11 maggio 2020). Covid-19 e responsabilità civile sanitaria. *Ridare*. <http://ridare.it/articoli/focus/covid-19-e-responsabilit-civile-sanitaria>.

non in caso di dolo o di colpa grave”. Secondo alcuni<sup>15)</sup> questo potrebbe essere la prima barriera contro possibili attacchi soprattutto effettuati con finalità di tipo speculativo.

A questo si vuole aggiungere anche una riflessione in merito a quanto disposto dall’art. 9 della Legge n.24 del 2017, in cui si riporta circa l’azione di rivalsa che: “Ai fini della quantificazione del danno, fermo restando quanto previsto dall’articolo 1, comma 1-bis, della legge 14 gennaio 1994, n. 20, e dall’articolo 52, secondo comma, del testo unico di cui al regio decreto 12 luglio 1934, n. 1214, si tiene conto delle situazioni di fatto di particolare difficoltà, anche di natura organizzativa, della struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica, in cui l’esercente la professione sanitaria ha operato (...)”.

Sebbene la norma faccia riferimento alla rivalsa, si comprende come una particolare difficoltà di tipo organizzativo possa consentire, perlomeno, di graduare il *quantum* risarcitorio. L’epidemia sviluppatasi in Italia può senza alcun dubbio configurare come una eccezionale difficoltà di tipo medico, scientifico ed organizzativo. In definitiva, quindi, potrebbe non esserci bisogno di una norma *ad hoc* per limitare in modo arbitrario e generale la responsabilità professionale medica, ma piuttosto urge la necessità di una capacità valutativa legale e medico-legale di elevata qualità<sup>16)</sup>, forte di un rigore metodologico e scientifico<sup>17)</sup>,<sup>18)</sup>.

Rimane a nostro parere aperta la questione in merito alla responsabilità nelle scelte di chi ha determinato le condizioni generali nazionali di impreparazione e di costante riduzione dei servizi assistenziali e di sanità pubblica, non attuando politiche e ragionamenti atti a prevedere bisogni e situazioni in divenire e di carattere improvviso. Tale miopia di sistema, che certamente andrà approfondita nelle sue ragioni ed eventuali responsabilità ha comportato, oggi, da un lato la mancata tutela della dignità della persona essendo impossibile, in molti casi, destinare adeguate risorse terapeutiche alcuni pazienti e, non meno drammatico, il lato dei professionisti sanitari che si trovano ad operare scelte che mai avrebbero voluto fare.

Su tali temi appare rilevante la conclusione del comunicato stampa SIAARTI<sup>19)</sup> per la presentazione dei documenti di raccomandazione: “*Non è la SIAARTI, con questo Documento di Raccomandazioni, a proporre di trattare alcuni pazienti e di limitare i trattamenti su altri. Al contrario, sono gli eventi emergenziali che stanno costringendo gli anestesisti-rianimatori a focalizzare l’attenzione sull’appropriatezza dei trattamenti verso chi ne può trarre maggiore beneficio, laddove le risorse non sono sufficienti per tutti pazienti. La domanda che come SIAARTI*

15) HAZAN M, ZORZIT D (6 maggio 2020). Covid 19 e sicurezza delle cure: scenari prospettici per una responsabilità in cerca d’autore. Ridare. <http://ridare.it/articoli/focus/covid-19-e-sicurezza-delle-cure-scenari-prospettici-una-responsabilit-cerca-dautore>.

16) APRILE A, BOLCATO M, FABBRI LD, RODRIGUEZ D (2014). Proposta di un indicatore di qualità nella valutazione medico-legale della responsabilità professionale in ambito sanitario. Riv It Med Leg; 4:1180-1178.

17) FINESCHI V, TURILLAZZI E (2003). Responsabilità professionale medica, incertezza del sapere scientifico e valutazione medico-legale: necessità di una aggiornata metodologia. Riv It Med Leg;25:121-136.

18) FINESCHI V, FRATI P, NERI M et al (2013). La valutazione qualitativa delle evidenze scientifiche nel processo: aspettando Godot? Resp. civ. prev;78:698-712.

19) <http://www.siaarti.it/News/comunicato%20raccomandazioni%20di%20etica%20clinica%20siaarti.aspx>.



*ci sentiamo di fare in conclusione è dunque se l'insufficienza delle risorse poteva essere considerata, valutata e gestita in precedenza, ma la risposta a questo interrogativo (che si pone oggi di fronte ad un'epidemia che non ha eguali negli ultimi decenni) con ogni probabilità è nelle competenze e nelle disponibilità delle Istituzioni".*

#### 4. L'informazione.

Il secondo scopo dichiarato delle raccomandazioni SIAARTI è rappresentato dal "rendere espliciti i criteri di allocazione delle risorse sanitarie in una condizione di una loro straordinaria scarsità". Tale obiettivo è pregevole poiché delinea una volontà di trasparenza e chiarezza nei confronti delle istituzioni, dei mezzi di informazione, delle società scientifiche e soprattutto nei confronti dei pazienti e dei loro familiari.

Il documento di raccomandazione contiene numerosi *input* di questo tipo:

1) in premessa è indicato: "Ai pazienti e ai loro familiari interessati dall'applicazione dei criteri deve essere comunicata la straordinarietà delle misure in atto".

2) il punto 6 contempla che "la decisione di porre una limitazione alle cure (...) dovrebbe essere comunque motivata, comunicata e documentata" così anche al punto 12: "la decisione di limitare le cure intensive deve essere discussa e condivisa (...) e per quanto possibile in dialogo con il paziente (e i familiari), ma deve poter essere tempestiva".

Tali ambiziosi obiettivi sono saggiamente coerenti con quanto disposto dalla legge n. 219 del 2017 che stabilisce chiari principi che devono essere rispettati anche in un contesto emergenziale, come il diritto all'informazione del paziente, attuato in modo completo, aggiornato e comprensibile e di pari passo l'obbligo per il curante di ottemperarvi nel migliore dei modi. Di tale previsione legislativa è cosciente il collegio di redazione delle raccomandazioni SIAARTI, visto che al punto 5 prevede che "deve essere considerata con attenzione l'eventuale presenza di volontà precedentemente espresse dai pazienti attraverso eventuali DAT (...) e pianificazione condivisa delle cure". Siffatte indicazioni non dovrebbero essere utilizzate in modo scorretto, esse sono da intendersi con il fine di rimarcare l'importanza di conoscere le volontà del paziente, senza in alcun modo sostenere l'idea che i pazienti esprimenti con questi strumenti i loro desideri riguardo alla fine della propria vita dovrebbero essere considerati i primi "sacrificabili"; al contrario, DAT e pianificazioni condivise delle cure sono strumenti fruibili per la condivisione e la comprensione delle necessità di ciascuno, il richiamo ai dispositivi della legge n. 219 del 2017 riconosce il valore del possibile coinvolgimento di familiari e del fiduciario nominato, aspetti vevoli e potenzialmente preziosi, utilizzabili proficuamente anche in un contesto emergenziale.

Alcuni<sup>20)</sup> hanno osservato che questo contesto non permette decisioni condivise,

20) RINNENBURGER D (2020). Le scelte al tempo di CoViD-19. *Recenti Prog Med*;111:186-7.

concretizzandosi di fatto, decisioni prese sul paziente, non con il paziente: questo perché la scarsità delle risorse non permetterebbe di assumere come criterio la volontà della persona in trattamento. Su questo punto è da considerare che, sebbene situazioni emergenziali siano caratterizzate da urgenza e indisponibilità di momenti comunemente ritenuti idonei per riflessioni e pianificazioni, è comunque da ricordare che, seppure in limitata misura dal punto di vista temporale e in alcuni casi anche dal punto di vista della possibilità di strategie curative da attuare nella ricerca e il rispetto dei principi della legge 219, resta preponderante la prospettiva positiva, e quindi che si tratti di strumento di tutela della salute che permette a paziente e familiari di aver maggior consapevolezza del progetto di cura, anche se limitato, della rinuncia o della modifica dello stesso. L'informazione al paziente anche in merito all'impossibilità di cura intensiva e una seppure limitata pianificazione della strategia curativa risulta preferibile in ogni caso, divenendo una modalità formalmente organizzata di affrontare situazioni che spesso sono affrontate in forma estemporanea.

## 5. Il futuro.

Gli eventi epidemici appaiono situazioni devastanti da ogni punto di vista e inevitabilmente impongono provvedimenti eccezionali, di carattere temporaneo che impattano sul nostro esercizio di diritti e possibilità. Proprio il carattere improvviso di questi eventi comporta un ineludibile sforzo di adattamento da parte del singolo e della società, tuttavia è da riconoscere che esiste, in epoca “di pace” la possibilità scientifica e tecnica di porre in essere piani e strategie atte a gestire situazioni di grave crisi per mancanza di risorse. Tali piani devono essere costruiti a livello istituzionale attingendo a tutte le possibilità create dall'innovazione scientifica disponibile, potendo così contare, nei momenti di maggiore difficoltà, su ogni elemento tecnico disponibile al fine di mantenere le attività essenziali ed elaborare risposte non solo logistiche ed economiche ma anche scientifiche alle crisi. Un primo esempio, tra i molti che si potrebbero fare di tale atteggiamento proattivo, al fine di garantire la continuità delle attività medico-chirurgiche anche in un contesto di emergenza protratta per un tempo non definibile quale quello della attuale pandemia, può provenire dalla corretta gestione della risorsa sangue. Nel citato contesto, può rilevarsi particolarmente difficile mantenere adeguate scorte ematiche sicure al fine di garantire l'espletamento degli interventi chirurgici necessari e di altre attività mediche. Tuttavia, se già in una situazione “di pace” si applicasse un approccio proattivo organizzato su questo tipo di fabbisogno come il *Patient Blood Management*<sup>21)</sup>, risulterebbe possibile, in circostanze di grave crisi, avere a disposizione una

21) La definizione è data dall'International foundation of PBM (IFPBM): Programma multidisciplinare, multimodale di strategie in grado di ridurre o eliminare la necessità di trasfusioni ematiche allogene attraverso la

risorsa eccezionale<sup>22),23)</sup> per garantire le attività chirurgiche, mediche e di sanità pubblica<sup>24)</sup>.

Non secondariamente, al fine di rispondere adeguatamente alle maxi emergenze in particolar modo alle epidemie da agenti infettivi in gran parte sconosciuti, risulta possibile e doveroso ricorrere a tutte le discipline scientifiche, in modo particolare al contributo che può dare la medicina legale. Risulta necessario, a questo proposito, il richiamo all'utilità dell'autopsia non solo dal punto di vista giudiziario, ma prima di tutto scientifico e clinico al fine di dirimere le cause di morte e contribuire a ricostruire i passaggi fisiopatologici che portano al decesso. Un siffatto approccio può offrire contributi scientifici determinanti per comprendere possibili interventi curativi altrimenti impossibili da ottenere<sup>25)</sup>. In definitiva, è necessaria l'adozione di una nuova mentalità proattiva per affrontare eventuali nuove future emergenze disponendo di risorse adeguate e razionalmente utilizzate.

---

gestione evidence-based dell'anemia, la riduzione delle perdite e l'ottimizzazione delle strategie volte al risparmio del sangue. <https://www.ifpbm.org/>.

22) BOLCATO M, RUSSO M, TRENTINO K et al (2020). Patient blood management: The best approach to transfusion medicine risk management. *Transfus Apher Sci*;27:102779.

23) BOLCATO M, RUSSO M, RODRIGUEZ D, APRILE A (2020). Patient Blood Management implementation in light of new Italian laws on Patient's Safety. *Transfus Apher Sci*;13:102811.

24) SHANDER A, GOOBIE SM, WARNER MA et al (2020). The Essential Role of Patient Blood Management in a Pandemic: A Call for Action. *Anesth Analg.* In press doi: 10.1213/ANE.0000000000004844.

25) SALERNO M, SESSA F, PISCOPO A et al (2020). No Autopsies on COVID-19 Deaths: A Missed Opportunity and the Lockdown of Science. *J. Clin. Med*;9(5):1472.