



Protocollo 118 Brindisi **PROBLEMATICHE MEDICO-LEGALI**

Aggiornamento: 1 Febbraio 2007

Premessa

Nel corso dell'intervento di urgenza/emergenza territoriale è data l'occasione di confrontarsi con un soggetto deceduto o giunto a morte nonostante l'assistenza sanitaria tempestivamente fornita. Per chiarezza espositiva è opportuno separare questi due momenti, che vengono di seguito separatamente discussi.

1. Rinvenimento di corpo inanimato sul luogo dell'intervento

Nel caso di rinvenimento di un corpo inanimato sul luogo dell'intervento, è prioritariamente necessario accertare se questo sia soggetto vivo o morto. Formulare questa diagnosi differenziale spetta unicamente ad un laureato in medicina e chirurgia in possesso di abilitazione all'esercizio professionale.

In via generale, ed in assenza del medico, si deve sempre presumere che il corpo umano inanimato sia ancora vivo con conseguente obbligo al soccorso.

Nei casi in cui la realtà della morte è palese (decapitazione, maciullamento, fenomeni post-mortali trasformativi inequivocabilmente presenti) o quando si è accertata anche strumentalmente la simultanea cessazione della respirazione e della circolazione per un intervallo di tempo tale da comportare la perdita irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo, è lecito, da parte del medico, astenersi o sospendere le manovre rianimative. Tale facoltà può essere estesa anche al personale infermieristico del 118 purchè espressamente autorizzato dal medico della centrale operativa.

Al personale sanitario del sistema 118 intervenuto sul posto spetta il compito di comunicare la presenza del cadavere alla centrale operativa, affinché questa ne dia notizia alla centrale operativa della Polizia di Stato (113) o dei Carabinieri (112). Il medico intervenuto sul posto è tenuto a rilasciare il certificato di constatazione di morte, nel quale, a rigore, non necessariamente si deve precisare la causa di morte e l'epoca della stessa. Per svariate necessità, peraltro, è preferibile completare questa certificazione formulando, sulla base dei dati clinico-obiettivi in possesso in quel momento l'ipotesi più plausibile sulla causa e sull'epoca del decesso. Non è compito del medico del sistema 118 la compilazione della denuncia della causa di morte e del certificato necroscopico.

Salvo casi di assoluta eccezionalità e previa esplicita autorizzazione del magistrato di turno, l'ambulanza non può trasportare il corpo di un soggetto dichiarato morto.

2. Decesso durante il soccorso o il trasporto prestato con ambulanza medicalizzata.

Nel caso in cui la morte del paziente avvenga durante il trasporto, il medico operante sul mezzo di soccorso deve darne immediata comunicazione alla centrale operativa ed il mezzo di soccorso deve raggiungere regolarmente la destinazione prevista. Il medico a bordo redige il certificato di constatazione di morte che consegna al collega del Pronto Soccorso assieme alla copia del verbale di intervento.

Indirizzi operativi

a- Intervento su un soggetto inanimato con mezzo di soccorso medicalizzato.

In simili situazioni il medico del sistema 118 deve:

- constatare clinicamente il decesso;
- identificare, se possibile, il cadavere;
- informare la centrale operativa 118 perchè sia allertata la centrale operativa della Polizia di Stato (113) o dei Carabinieri (112);
- vigilare sul cadavere e sulle cose circostanti, nonchè evitare, compatibilmente alle condizioni ambientali in cui sta operando, qualsiasi modificazione del luogo del rinvenimento;
- redigere il certificato di constatazione di morte all'autorità che ne abbia fatta richiesta;
- informare la centrale operativa 118 prima di allontanarsi dal luogo dell'intervento.

b- Intervento su un soggetto inanimato con mezzo di soccorso non medicalizzato.

In simili situazioni l'infermiere del sistema 118 deve:

- iniziare le manovre di rianimazione cardio-polmonare;
- comunicare l'apparente stato di morte alla centrale operativa 118;
- attenersi alle istruzioni ricevute direttamente dal medico della centrale operativa;
- se è evidente la realtà della morte (decapitazione, maciullamento, fenomeni post-mortali trasformativi inequivocabilmente presenti), informare la centrale operativa 118 sullo stato del cadavere e quindi attenersi alle istruzioni di cui al punto 3;
- chiedere l'autorizzazione della centrale operativa 118 prima di allontanarsi dal luogo dell'intervento.

3. Il consenso all'atto medico

Il principio che nessuno può essere sottoposto obbligatoriamente ad un trattamento sanitario, se non per disposizione di legge, è affermato nelle norme costituzionali e nel codice di deontologia medica, ed è contenuto in numerose leggi dello Stato ed è stato più volte ribadito dalla Suprema Corte di Cassazione. Ne discende che la liceità di qualsiasi atto sanitario presuppone l'acquisizione del consenso dell'avente diritto. Diversamente, se l'intervento sanitario è effettuato in difetto dell'assenso del paziente o nonostante il suo dissenso, si possono configurare comportamenti antigiuridici sanzionabili penalmente (quali violenza privata, lesioni personali, sequestro di persona, procurata incapacità mediante violenza).

Il paziente, purchè adeguatamente informato ed in possesso della capacità di agire, è quindi l'unico soggetto a poter decidere interventi sanitari sul proprio corpo.

Un'autorizzazione all'atto sanitario da parte di altri soggetti, diversi dal paziente maggiorenne e non interdetto o inabilitato, non ha alcuna validità giuridica potendo assumere solo mera rilevanza morale. Nel caso di paziente minorenni il consenso all'atto medico, purchè comunque finalizzato alla tutela della salute del figlio, è espresso dai genitori in comune accordo, esercitando, questi, la potestà sul minore. Generalmente, in assenza di una delle due figure genitorili, l'accordo fra i coniugi deve ritenersi presunto.

A questa modalità comportamentale può sostituirsi quella che discende dalla tendenza giurisprudenziale ed anticipare cronologicamente, per quanto attiene le disposizioni del proprio corpo, la capacità di agire. Infatti, se il minore ha un'età compresa fra i 14 ed i 17 anni è anche possibile ritenere il soggetto capace di offrire un valido consenso. In questo caso spetta all'operatore sanitario accertarsi che, in base al profilo psicologico, alla preparazione culturale ed in relazione all'atto medico da attuare, il paziente abbia raggiunto un adeguato livello di maturità tale da

consentirgli di comprendere le informazioni fornite, di considerare le conseguenze, di aderire volontariamente al trattamento in assenza di coercizioni o influenze esterne di qualsiasi tipo.

Nell'ipotesi che l'intervento assistenziale debba essere prestato ad un soggetto infraquattordicenne, e questi non sia accompagnato da almeno uno dei genitori, la prestazione è lecita, con riferimento al dovere costituzionale, proprio dell'operatore sanitario, di operare per la salute del cittadino.

Qualora vi sia una conflittualità fra i genitori o questi esprimano un dissenso che di fatto comporterebbe un danno per la salute del minore, si deve coinvolgere ed acquisire il parere del magistrato di turno presso il tribunale dei minori. Nel caso di soggetto interdetto o inabilitato, il potere di rappresentanza è affidato al tutore o al curatore.

In condizioni di estrema urgenza o emergenza, nei quali la prestazione sanitaria deve essere erogata senza che vi sia il tempo di ottenere un valido consenso o l'assistito non sia in grado di prestare un consenso valido per infermità psichica anche transitoria, l'operatore sanitario potrà procedere al soccorso nell'ambito dello stato di necessità o in quello della tutela della salute del cittadino.

4. Trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale

La possibilità di ricorrere ad un trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale, ai sensi della legge 833/78, è lecito qualora sussistano simultaneamente le seguenti situazioni:

1. il paziente presenta alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici;
2. mancata accettazione da parte del paziente del progetto terapeutico proposto;
3. impossibilità di adottare tempestive misure sanitarie extraospedaliere.

Dal punto di vista pratico l'attuazione del TSO presuppone tre passaggi operativi:

1. proposta motivata di TSO da parte di un qualunque medico;
2. convalida della proposta di TSO da parte di un medico dell'USL territorialmente competente;
3. convalida del TSO da parte del sindaco, o di persona da lui delegata, del comune ove viene effettuato l'intervento.

Poichè il compito di dare attuazione all'ordinanza del Sindaco spetta alla Polizia Municipale, la presenza ed i compiti del personale sanitario riguardano la sfera della sola tutela della salute dell'infermo di mente. In questo senso i compiti della centrale 118-Brindisi sono quelli di organizzare l'intervento del mezzo di trasporto più idoneo, attivare, ove occorre, le Forze dell'Ordine ed allertare il Pronto Soccorso territorialmente competente dell'arrivo del paziente psichiatrico. In ogni caso l'ambulanza del 118 deve garantire solo l'aspetto sanitario e quindi per il tempo strettamente limitato a tale scopo, al fine di garantire l'operatività del mezzo per il soccorso primario del territorio competente.

Dott. Massimo Leone