

# ASPETTI MEDICO-LEGALI DEL SOCCORSO

Prestare soccorso è un dovere del cittadino, tanto più se è un medico. Ma quali sono le norme e le problematiche di legge correlate con il pronto soccorso ed il primo soccorso? Ecco gli aspetti medico-legali di base, con riportate anche le eventuali sanzioni previste.



tratto da: [ARRESTO CARDIACO E RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE](#)  
di Giuliano Altamura

Direttore U.O.C. Cardiologia – UTIC, Ospedale San Giacomo - ASL RMA  
Presidente Associazione Insieme per il Cuore ONLUS

A cura  
di:

- U.O.C. Cardiologia - UTIC Ospedale San Giacomo - Roma
- INSIEME PER IL CUORE Ospedale San Giacomo - Roma
- Ordine Provinciale di Roma dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri

## PRONTO SOCCORSO E PRIMO SOCCORSO

Il **Pronto Soccorso** è un insieme di attività sanitarie complesse (defibrillazione, intubazione, farmaci ...) che hanno come obiettivo il trattamento di emergenza di uno stato patologico insorto improvvisamente. Generalmente tali manovre sono di pertinenza sanitaria. Con il termine **Primo Soccorso** si intendono le manovre di assistenza di base (es. chiamata al 118, massaggio cardiaco, respirazione bocca a bocca ...) finalizzate al miglioramento delle condizioni cliniche della persona colta da malore e alla prevenzione delle complicanze; non vengono utilizzati farmaci o dispositivi medici.

**Il soccorso è un obbligo: Morale, Medico-legale e Deontologico.**

## OMISSIONE DI SOCCORSO

**Art. 593 del Codice Penale (CP).** Commette tale reato:

"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 avviso alla autorità".

Sanzioni penali (l. 72/2003) sono:

- Reclusione fino a 1 anno o multa fino a 2500 euro.
- Se dall'omissione del soccorso deriva una lesione personale, la pena è aumentata.
- In caso di morte la pena è raddoppiata.

### **Art 54 CP (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 proporzionato al pericolo. Questa disposizione non si attua a chi ha un particolare dovere giuridico di esporsi al pericolo".

L'unica eccezione all'obbligo del soccorso è costituita dalle cause di forza maggiore, cioè avvenimenti esterni naturali, inevitabili ed irresistibili, quali grave malattia del soccorritore, ostacoli fisici al raggiungimento della persona da soccorrere, soccorso in condizioni di reale e consistente pericolo (incendi, esalazione di gas tossici, presenza di cavi di corrente elettrica scoperti, ecc.). Se sussistono tali circostanze, **il soccorritore volontario non sanitario** può astenersi dal prestare il soccorso se la situazione può mettere a repentaglio la propria vita o sicurezza.

Al contrario, **il soccorritore sanitario**, avendo "un particolare dovere giuridico ad esporsi al pericolo" anche al di fuori della propria attività lavorativa, non può esimersi dal soccorso.

L'omissione di soccorso non è assolutamente giustificata dalla mancanza di specializzazione inerente la patologia della persona da soccorrere o dall'essere sprovvisto dell'attrezzatura adatta:

- **Art. 7 del Codice Deontologico:** "Il medico **indipendentemente dalla sua abituale attività** non può mai rifiutarsi di prestare soccorso o cure d'urgenza e deve tempestivamente attivarsi per assicurare ogni specifica e adeguata assistenza "
- **Sentenza n. 6804/2000 IV:** con questa sentenza è stato condannato un medico, che aveva ommesso di prestare le prime cure sul luogo di un incidente stradale, adducendo la giustificazione di non avere avuto a disposizione gli idonei strumenti di soccorso.

### **OMISSIONE DELLA RESPIRAZIONE BOCCA A BOCCA**

La riluttanza del soccorritore ed il timore di contrarre malattie sono le principali cause di tale omissione. In un'indagine su 1000 soccorritori BLS laici, solo il 15% ha dichiarato di essere disponibile ad eseguire la ventilazione bocca-a-bocca a sconosciuti.

La bassa probabilità di contrarre malattie, la conoscenza della letteratura in merito, l'obbligo del medico ad esporsi al pericolo, impongono al medico l'attuazione di tutte le manovre che possono contribuire a migliorare la prognosi della vittima.

### **CONSEGUENZE TRAUMATICHE DEL SOCCORSO**

Nel caso dell'Arresto Cardiaco, la proporzionalità tra fatto e pericolo è rappresentata dalle possibili complicazioni della RCP (es. fratture costali) rispetto al reale pericolo della progressione da morte clinica a biologica. In questo caso, quindi lo stato di necessità trasforma il fatto "aver fratturato le coste" da reato a non reato (art 54 C.P.).

## **QUANDO INTERROMPERE LA RCP**

Il soccorritore volontario non medico, espletato l'obbligo di denuncia all'autorità (118), se è in grado, inizia le elementari manovre di primo soccorso e le continua fino all'esaurimento fisico o all'arrivo dei soccorsi sanitari, non avendo le capacità per constatare il decesso.

Per quanto riguarda il **medico**, le indicazioni della letteratura scientifica non indicano un tempo minimo di RCP, in quanto sono troppe le variabili che possono condizionare l'esito: temperatura ambientale, ritmo presente all'esordio dell'arresto, determinazione sicura del tempo intercorso fra la comparsa dell'arresto e l'inizio della RCP.

La Pretura di Genova nel 1991 ha condannato per omicidio colposo 2 Anestesisti e 3 Chirurghi per non aver protratto la RCP per un tempo di almeno 30 minuti, con la conseguente morte per arresto cardiaco di un bambino di nove anni, avvenuta durante un intervento di appendicectomia.

## **LA DEFIBRILLAZIONE ELETTRICA CARDIACA**

La **defibrillazione manuale** è un **atto medico non delegabile**, non compreso nel mansionario infermieristico, in quanto necessita di peculiari conoscenze di pertinenza esclusivamente medica.

Al contrario la **defibrillazione cardiaca semiautomatica**, in quanto si sostituisce all'operatore nella diagnosi del ritmo cardiaco, è attuabile anche dagli infermieri e dal personale laico, adeguatamente addestrato.

**Legge 120 del 2 aprile 2001:** Uso del Defibrillatore Cardiaco Semiautomatico in ambiente extraospedaliero:

- Art. 1 E' 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.
- Art. 2 Le regioni e le province autonome disciplinano il rilascio da parte delle ASL e delle AO dell'autorizzazione all'utilizzo extraospedaliero dei Defibrillatori da parte del personale di cui al comma 1, nell'ambito del sistema 118 competente per territorio o laddove non ancora attivato, sotto la responsabilità della ASL o AO sulla base dei criteri indicati dalle linee guida adottate dal Ministro della Sanità, con proprio decreto, entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore della legge.

**Legge 69 del 15 marzo 2004:** modifica il comma 1 dell'Art 1 della legge 120, estendendo l'uso del DAE alla sede intraospedaliera.

Gazzetta Uff. n. 71 del 26/3/2003, riporta l'accordo fra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, inerenti le linee guida per il rilascio dell'autorizzazione all'utilizzo extraospedaliero dei defibrillatori semiautomatici. Il testo riporta:

"... l'operatore che somministra lo shock elettrico con il defibrillatore semiautomatico **è responsabile non della corretta indicazione alla defibrillazione**, che è decisa dall'apparecchio, ma della esecuzione di questa manovra in condizioni di sicurezza ..."

### **ADDESTRAMENTO BLS-D**

La Giunta Regionale del Lazio (20 dicembre 2002, del n. 1727) ha deliberato che:

- L'addestramento BLS-D deve essere effettuato secondo Linee guida ILCOR. L'Agenzia di Sanità Pubblica sovrintende all'organizzazione dei corsi.
- L'autorizzazione all'uso del DAE, richiesto per gli infermieri e i laici, deve essere rilasciata dalle ASL, Aziende Ospedaliere, IRCCS, sedi di U.O. di Cardiologia, Rianimazione o Medicina d'urgenza e dalle Centrali SES 118, che possono demandare la formazione ad Enti o Associazioni pubbliche o private. L'autorizzazione deve essere rinnovata ogni 12 mesi.
- Presso le Centrali Operative del 118 deve essere istituito un registro che riporti i dati identificativi e la localizzazione dei DAE presenti sul territorio, nonché l'elenco delle persone autorizzate all'uso.