

Commissione Deontologia e Bioetica  
*Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Udine*

**Parere in risposta al quesito del dr. Marco Rojatti  
del 04 gennaio 2022<sup>1</sup>**

***Abstract***

*In risposta al quesito del dr. Marco Rojatti (04.01.22) la Commissione scrivente ritiene che, per ragioni etiche, deontologiche e legali, il medico sia tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario e, in conseguenza di ciò, sia esente da responsabilità sia civili che penali. La situazione non cambia se vi sono da parte della persona malata giustificazioni irragionevoli per il rifiuto della cura, in quanto la legge non distingue circa la meritevolezza o meno del rifiuto del trattamento sanitario da parte del paziente. Va tuttavia aggiunto che la Commissione ritiene che, per ragioni etiche, il medico viva una situazione di profondo disagio morale: quello del curante di non curare il paziente no vax che rifiuta la cura è un dovere fondato sulla legge positiva dello Stato italiano e su elementi etici che, insieme, sono prevalenti su altre considerazioni etiche, peraltro rilevanti. Queste ultime, si noti, non scompaiono e vanno recepite in qualche modo. Il medico deve infatti tenerne conto nella propria azione, per esempio comunicando alla persona malata e ai suoi famigliari le proprie fondate ragioni di dissenso e deve cercare di persuaderlo a sottoporsi alle cure. La Commissione non ritiene che le DAT possano costituire una soluzione. Essa, inoltre, esprime comprensione e solidarietà ai medici che si spendono generosamente per la cura dei malati e vivono il dramma del rifiuto irragionevole delle cure offerte. Infine, la Commissione auspica che la riflessione etica si approfondisca su almeno due filoni. In primo luogo, la medicina incentrata sull'autonomia del paziente, pensata per superare i limiti del paternalismo medico, sta mostrando a propria volta importanti limiti alla luce della pratica clinica quotidiana. In secondo luogo, va approfondito il tema del "consenso informato", dato che il rifiuto della cura da parte dei no vax si basa su una disinformazione invincibile che il paziente assume come verità indiscutibile.*

---

<sup>1</sup> Il parere è stato elaborato dalla Commissione di Deontologia e Bioetica dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Udine con la consulenza di Antonio Da Re, Enrico Furlan e Andrea Nicolussi. La Commissione scrivente vuole qui esprimere la propria gratitudine per il contributo dato dai tre studiosi; essa resta comunque l'unica responsabile dei contenuti qui espressi.

## **1. La richiesta di parere del dr. Marco Rojatti**

Il dr. Rojatti pone all'attenzione della commissione scrivente quanto si è verificato presso i reparti di degenza ospedaliera in seguito al picco di ricoveri per COVID-19. Gran parte dei pazienti ricoverati già aveva rifiutato di sottoporsi a vaccinazione Sars-Cov-2 e molti tra essi rifiutavano anche le cure proposte per il trattamento della patologia causata dal virus, comprese quelle salva vita. Il rifiuto non era sostenuto da argomentazioni giudicate razionali dal curante. Facendo riferimento al documento pubblicato dalla SIAARTI, *Pandemia e rifiuto dei trattamenti di supporto vitale*, il 3 gennaio 2022, il dr. Rojatti espone alcuni aspetti della vita reale che, a suo parere, risultano ancora irrisolti:

1. La proposta terapeutica necessita di due attori, medico e paziente, che si relazionano. Molti pazienti no vax hanno però dimostrato di rifuggire tale relazione.
2. Il paziente può arrivare all'attenzione del rianimatore già in fase di alterata capacità di comprensione, dovuta alla avanzata compromissione della funzionalità respiratoria.

Questi due elementi comportano alcune conseguenze:

- a. il rianimatore si trova a dover agire nei confronti di pazienti privi di un percorso decisionale documentato e condiviso con i medici coinvolti nel percorso di cura;
- b. mentre il medico dovrebbe ottenere dal paziente un consenso informato, non tutti i pazienti no vax che rifiutano le cure possono essere considerati in possesso della completa e lucida capacità decisionale rispetto alla propria salute e alla propria vita;
- c. il medico si trova a dover esercitare la propria competenza clinica in un contesto di stress, stanchezza fisica, scarsità di risorse, su persone che non ne riconoscono il valore né sul piano etico, né sul piano delle conoscenze scientifiche. Il suo agire è reso ancora più pesante dalla difficoltà a mantenere un giudizio neutrale nei confronti delle scelte del paziente che gli risultino incomprensibili e sbagliate e dall'eventualità di contestazioni che possono essere messe in campo dai parenti del paziente.

Tuttavia il rianimatore deve prendere una decisione. Il dr. Rojatti individua come criterio di riferimento la normativa giuridica vigente, ma in essa trova esserci una mancanza di tutela del medico rispetto al suo operato.

In conclusione, il dr. Rojatti si rivolge all'OMCEO di Udine chiedendo che si esprima su questo tema, denunciando la solitudine dei medici coinvolti nella cura dei pazienti no vax, e formula l'ipotesi che le DAT, applicate alla COVID-19, possano risolvere il dilemma del medico nel processo decisionale riguardo al percorso di cura da intraprendere.

## **2. Sul piano giuridico e deontologico<sup>2</sup>**

Nelle situazioni cliniche di emergenza, se il paziente non è in grado di dare un valido consenso (esplicito, specifico, consapevole, libero, attuale), e in cartella clinica non è presente documentazione riguardo a consenso/rifiuto/rinuncia di trattamenti diagnostico-terapeutici (compresi quelli di supporto vitale), il medico deve assumersi in prima persona ogni

---

<sup>2</sup> Si rimanda, *infra*, all'Appendice, per un'esposizione più ampia e articolata di quanto qui raccolto in sintesi.

responsabilità e, qualora decida di intervenire, non sarà punibile, purché sussista lo stato di necessità (art. 54 del *codice penale*).<sup>3</sup>

A fronte però di un espresso rifiuto alle cure mediche da parte del paziente, il medico, sulla base della legge vigente e del *Codice deontologico*, è esonerato dal potere-dovere di intervenire e anzi, come recita il disposto legislativo: “è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario” con esenzione da responsabilità sia civile sia penale. Naturalmente è necessario che la rinuncia o il rifiuto (anche parziale) sia ritualmente attuato e documentato in tutto il percorso clinico-terapeutico mediante il consenso informato e che lo stesso sia inserito nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico. Va però sottolineato che il paziente può rivedere le proprie decisioni.

La legge non distingue circa l'irrazionalità e l'insensatezza (ancorché manifesta) del rifiuto o della rinuncia al trattamento sanitario. Non pare – dunque – evincersi dal testo normativo vigente la possibilità di enucleare un giudizio di meritevolezza o valoriale circa il contenuto e le motivazioni che portano il paziente a rifiutare in tutto o in parte il trattamento sanitario. I principi costituzionali che entrano qui in gioco sono unicamente quelli riconducibili all'autodeterminazione sanitaria (intesa quale libera espressione personale che non abbisogna di particolari motivazioni); ciò a differenza di quanto può avvenire in taluni casi in cui emerge il rifiuto a trattamenti sanitari per motivi religiosi. Va infatti ricordato che la giurisprudenza ha sostenuto che l'autodeterminazione sanitaria, in quanto diritto fondamentale e autonomo esplicitandosi attraverso il consenso informato: «si configura quale vero e proprio diritto della persona e trova fondamento nei principi espressi nell'art. 2 della *Costituzione*, che ne tutela e promuove i diritti fondamentali, e negli artt. 13 e 32 della *Costituzione*, i quali stabiliscono, rispettivamente, che “la libertà personale è inviolabile” e che “nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge”» (*Corte cost.*, 23 dicembre 2008, n. 438).

### **3. Sul piano etico**

La situazione descritta dal dr. Rojatti comporta un conflitto di ambiti normativi che risulta umanamente e professionalmente lacerante per il medico. Da un lato vi è il dovere giuridico-deontologico (per via delle norme di cui al punto 2) e morale (per via del rispetto dell'autonomia del malato) di non intervento, dall'altro lato vi è il dovere morale e l'obbligo professionale di operare per salvare la vita della persona malata. Si noti che la gravità del valore in gioco, la vita umana in pericolo, è un elemento che pesa molto nella valutazione sul da farsi. Inoltre, il dovere morale e l'obbligo professionale appena menzionati sono resi eventualmente più gravi dalla consapevolezza del medico della ricaduta tragica che la morte della persona malata avrebbe sull'intera rete di affetti e rapporti umani, con congiunti ed eventualmente minori che non rivedranno più il loro caro. Quella che il medico vive, insomma, è una

---

<sup>3</sup> È qui utile ricordare l'art. 1, co. 7, l. 219/2017: «Nelle situazioni di emergenza o di urgenza il medico e i componenti dell'equipe sanitaria assicurano le cure necessarie, nel rispetto della volontà del paziente ove le sue condizioni cliniche e le circostanze consentano di recepirla».

condizione di potenzialità terapeutica che viene però rifiutata con giustificazioni e pretese che il medico sa essere irragionevoli (per esempio, l'essere pronti a morire pur di non abbandonare le proprie convinzioni infondate), false (per esempio, "il COVID-19 non esiste"; "il medico partecipa a una dittatura sanitaria") e contrarie alla scienza medica (per esempio, la pretesa di essere curato con antibiotici, avendo un'infezione virale).

Nella prospettiva del curante, *prima facie*, nonostante il rifiuto delle cure da parte della persona ammalata, il medico dovrebbe intervenire a garanzia della vita e della salute del paziente e ciò a maggior ragione trattandosi di un rifiuto irragionevole, nella misura in cui non c'è da parte della persona malata (non solo) per l'aggravarsi della sua condizione fisica, ma (anche) per prese di posizione pregresse all'insorgere della malattia) una capacità di discernimento pienamente consapevole e lucido e che in gioco c'è una vita umana. La situazione emergenziale che viene a darsi in terapia intensiva e la gravità clinica in cui versa il paziente potrebbero costituire un'ulteriore giustificazione *prima facie* per una scelta unilaterale *pro vita* da parte del medico.

D'altra parte, il curante è tenuto a rispettare l'autonomia della persona malata, posto che ci siano gli elementi per ritenere che essa sia autentica.<sup>4</sup> Il rispetto dell'autonomia è sempre più vincolante quanto più sono invasivi gli interventi terapeutici e quanto più comportano possibili effetti collaterali di per sé indesiderabili. Ciò poi vale anche in considerazione del fatto che la malattia di cui il paziente è affetto potrebbe causare una compromissione permanente della sua salute.

#### **4. Conclusioni sul dovere del medico**

Sulla base di quanto detto, la Commissione scrivente, in sintesi, ritiene che sul piano giuridico-deontologico, in presenza di un valido dissenso informato, documentato in tutto il percorso clinico e inserito in cartella,<sup>5</sup> il medico sia tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario e, in conseguenza di ciò, sia esente da responsabilità sia civili che penali. La situazione non cambia se vi sono da parte della persona malata giustificazioni irrazionali, in quanto la legge non distingue circa la meritevolezza o meno del rifiuto al trattamento sanitario prestato dal paziente.

---

<sup>4</sup> Va sottolineato che l'autonomia del paziente – ossia la capacità di esprimere un consenso informato o un rifiuto o una rinuncia informati – presuppone la capacità d'intendere e di volere, la quale dovrebbe avere tanto maggior rilievo in quanto l'intervento del medico presenti caratteri di indifferibilità o quanto meno di urgenza in rapporto a un pericolo grave per la salute o la vita della persona. In altre parole, il dubbio sulla capacità del paziente a fronte di conseguenze gravi e irreversibili derivanti dal mancato intervento del medico non dovrebbe essere superficialmente risolto a favore del mancato intervento. Nei limiti in cui è possibile, invece, il medico dovrebbe valutare con accuratezza la capacità del paziente di esprimere la propria volontà. Anche in circostanze di sovraccarico delle strutture e di scarso tempo a disposizione, l'accertamento della capacità del paziente rientra tra i compiti del medico.

<sup>5</sup> Andrebbe valorizzato un approccio transculturale al consenso informato: il medico dovrebbe essere adeguatamente sostenuto a livello di formazione e di risorse, come i mediatori culturali, per garantire una piena comprensione da parte del paziente che fosse di altra cultura.

Va tuttavia aggiunto che la Commissione scrivente ritiene che, anche sul piano etico, il medico, pur vivendo con ciò una situazione di profondo disagio morale, non possa che rispettare la volontà della persona malata capace di scelte autonome e che rifiuta le cure sulla base di motivazioni irragionevoli. Quello del curante è un vero e proprio dovere fondato sulla legge positiva dello Stato italiano e su elementi etici che, insieme, sono prevalenti su altre pur rilevanti considerazioni etiche. Queste ultime però, si noti, non scompaiono, così che il medico deve tenerne conto nella propria azione, per esempio comunicando alla persona malata e ai suoi famigliari le proprie fondate ragioni di dissenso rispetto alle indicazioni del paziente.

Su questo sfondo, si capiscono le raccomandazioni della SIAARTI (*Pandemia e rifiuto dei trattamenti di supporto vitale*),<sup>6</sup> che chiede al medico un atteggiamento rispettoso e “non giudicante” e però al contempo prevede che il medico attui tutti i tentativi per persuaderlo, agendo “con ragionevole insistenza e in modo ripetuto”. Su questo secondo punto, la Commissione scrivente ci tiene a sottolineare che, se il medico non può mancare di rispetto, egli ha però il diritto e anzi il dovere di parlare con verità e chiarezza.

Quanto all’ipotesi che le DAT possano costituire “una via d’uscita”, la commissione scrivente rileva che le DAT sono nate per rispondere a problematiche legate a patologie dalla lunga decorrenza e perciò ritiene che non si prestino come soluzione alla situazione emergenziale nella quale può venire a trovarsi l’anestesista quando il quadro clinico del paziente affetto da COVID-19 improvvisamente precipita.

## **5. La solitudine del medico**

È comprensibile il senso di solitudine del medico, per via del fatto che la situazione di rifiuto delle cure nasce nel paziente da un’ostilità preconcetta che talvolta viene accompagnata e sostenuta da parenti e familiari, così da renderla ancora più pesante. Diventa in tal modo impossibile o comunque compromessa l’alleanza terapeutica su cui idealmente si fonda il rapporto di cura. Tale ostilità consiste infatti in un’opposizione polemica a ciò che il medico è, per formazione, e che rappresenta, per ruolo. La Commissione scrivente non può che esprimere la propria solidarietà verso i medici che, con generosità e coraggio, hanno lavorato e stanno lavorando per la salute dei pazienti loro affidati e che talvolta devono vivere la fatica di un rapporto di cura stabilito per ruolo professionale, ma contestato irragionevolmente.

### **Considerazioni di corredo**

La situazione in esame, per quanto costituisca un caso limite e tragico negli esiti, evidenzia che l’itinerario che negli anni ha portato da una medicina segnata dal paternalismo medico (da condannarsi), a una medicina centrata sull’autonomia del paziente (che presenta criticità), sembra non avere raggiunto ancora una sintesi matura.

Questa commissione auspica che si svolga a livello nazionale una ulteriore riflessione sul così detto paternalismo etico. Ci chiediamo infatti:

---

<sup>6</sup> Cfr. <https://www.siaarti.it/news/622309>.

- perché sarebbe paternalistico l'atto del medico che, di fronte a una richiesta di aiuto accompagnata da motivazioni e richieste irragionevoli, decidesse di rispondere con i metodi e le procedure della scienza medica alla prima, non tenendo conto dell'irragionevole giustificazione di corredo, soprattutto nei casi in cui è in gioco una vita umana?
- Perché la scelta del medico tra principi contrastanti come l'autonomia e la vita, dovrebbe sempre e comunque optare per l'autonomia, non tenendo conto dell'"*in dubio, pro vita*"?

Detta da altra prospettiva: se il paternalismo trattava da mero soggetto passivo il paziente, la medicina centrata sull'autonomia del paziente rischia di trattare il medico come mero strumento per soddisfare le richieste irragionevoli e le stravaganze del paziente. Così la tentata soluzione di un'ingiustizia rischia di porre come esito una doppia ingiustizia. Se, infatti, il paternalismo danneggiava il paziente nella sua dignità di soggetto, ma non ne comprometteva la salute, la medicina centrata sull'autonomia del paziente può danneggiare la dignità e la professionalità del medico e rischia di compromettere la salute del paziente, spingendo il medico a soddisfare le richieste irragionevoli del paziente anche quando non è vero interesse di quest'ultimo che siano soddisfatte. Come nel caso qui discusso, può poi succedere che il medico debba astenersi dall'intervenire e questo comporta per lui una sofferenza morale e per il paziente, potenzialmente, la morte.

In secondo luogo, un elemento nodale della situazione consiste nel fatto che, come si è visto, la legge positiva vigente difende l'autonomia del paziente, considerandolo un protagonista del proprio percorso di cura, da affrontare esprimendo il proprio consenso informato. Il rifiuto della cura dei no vax ha però messo in luce una situazione limite in cui l'espressione del consenso (o in questo caso del rifiuto della cura) non è fondato sull'informazione, bensì su una disinformazione che di fatto è invincibile, perché il paziente è indisponibile a metterla in discussione. È auspicabile una riflessione etico-giuridica sulla questione che cerchi soluzioni in termini normativi e di protocolli di cura che, pur evitando il ripresentarsi del paternalismo medico, siano attente al diritto alla vita del malato, trovando un giusto bilanciamento dei principi morali in gioco.

## **Appendice**

Dal punto di vista giuridico la materia è ora puntualmente regolata dalla legge 22 dicembre 2017, n. 219, contenente: "*Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*". Come richiamato sin dall'articolo 1, primo comma, la legge 219: "tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona e stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge"; il

tutto nel rispetto dei principi della *Costituzione* (artt. 2, 13 e 32) e della *Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea*.

La legge 219/17 riprende e definisce dei principi costituzionali che erano già stati presi in considerazione dalla giurisprudenza di legittimità (cfr. quanto è stato ripreso, di recente, da *Cass.*, 11 novembre 2019 n. 28985) nonché dalla stessa Corte Costituzionale (*Corte Cost.*, 23 dicembre 2008, n. 438) e che sono riconducibili al così detto “diritto all'autodeterminazione sanitaria”. Tale diritto si enuclea attraverso la manifestazione del consenso (o del rifiuto) del paziente alla prestazione sanitaria (o a un singolo atto del trattamento – art. 1, comma 5). Il consenso informato concertato con il paziente: “costituisce esercizio del diritto fondamentale all'autodeterminazione in ordine al trattamento medico propostogli e, in quanto diritto autonomo e distinto dal diritto alla salute, trova fondamento diretto nei principi degli artt. 2, 13 e 32, comma 2 *Cost.*” (così da ultimo: *Cass. Civ.*, III sez., n. 29469/2020).

L'autodeterminazione sanitaria deve essere considerata, dunque, quale affermazione di un diritto che viene promosso e valorizzato da un percorso di relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico che si basa sul consenso (o eventuale dissenso) informato.<sup>7</sup> L'art. 35 del *Codice deontologico* valorizza l'autonomia professionale e la responsabilità del medico prevedendo che “l'acquisizione del consenso o del dissenso è un atto di specifica ed esclusiva competenza del medico, non delegabile. Il medico non intraprende né prosegue in procedure diagnostiche e/o interventi terapeutici senza la preliminare acquisizione del consenso informato o in presenza di dissenso informato.”

La Corte di Cassazione, già prima dell'entrata in vigore della legge 219/17, aveva espresso un costante indirizzo in base al quale: “il paziente ha sempre diritto di rifiutare le cure mediche che gli vengono somministrate, anche quando tale rifiuto possa causarne la morte; tuttavia il dissenso alle cure mediche [...] deve essere espresso, inequivoco e attuale” (*Cass.*, 15 settembre 2008, n. 23676 e *Cass.*, 4 dicembre 2020, n. 29469).

Ora, l'art. 1, comma 6 (L. 219/17) prevede chiaramente non solo che: “il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e in conseguenza di ciò è esente da responsabilità civile e penale”, ma anche che: “il paziente non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali; a fronte di tali richieste, il medico non ha obblighi professionali”.

Su queste basi, ritornando alla lettera del dr. Rojatti, si può dunque rilevare che, a fronte di un espresso rifiuto delle cure mediche da parte del paziente, il medico è esonerato dal potere-

---

<sup>7</sup> Al riguardo però la Commissione scrivente non concorda, sul piano etico e della pratica terapeutica, con la tesi che la relazione tra medico e paziente si basi sul consenso. In un primo momento si entra in una relazione, certo già normata da principi etici impliciti e solo in un secondo momento, all'interno della relazione, si possono creare i presupposti per una comunicazione autentica e una credibile formazione/espressione del consenso/dissenso. Insomma, il consenso informato può essere considerato fondamento di giustificazione dell'atto sanitario (fatte salve le circostanze di emergenza), ma certamente non fondamento della relazione.

dovere di intervenire, ed anzi, come recita il disposto legislativo: “è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario” con esenzione da responsabilità sia civile che penale. Naturalmente è necessario che la rinuncia o il rifiuto (anche parziale) sia ritualmente attuato e documentato in tutto il percorso clinico-terapeutico, mediante il consenso informato (essenzialmente in forma scritta o attraverso videoregistrazione – art. 1, comma 4) e che lo stesso sia inserito nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico. Occorre altresì debitamente sottolineare che, in ogni momento, il paziente può rivedere le sue decisioni. Il rifiuto (non inizio) o la rinuncia (interruzione) riguardano tutti gli accertamenti diagnostici e i trattamenti sanitari, tra i quali la legge include l'idratazione e la nutrizione artificiali.

Sempre in riferimento alla lettera del dr. Rojatti, la legge non distingue circa l'irrazionalità e l'insensatezza (ancorché manifesta) del rifiuto o della rinuncia al trattamento sanitario. Non pare – dunque – evincersi dal testo normativo la possibilità di enucleare un giudizio di meritevolezza o valoriale circa il contenuto e le motivazioni che portano il paziente a rifiutare in tutto o in parte il trattamento sanitario.

Quanto sopra deriva dal fatto che i principi costituzionali che entrano in gioco in questa fattispecie sono unicamente quelli riconducibili all'autodeterminazione sanitaria (intesa quale libera espressione della libertà personale che non abbisogna di particolari motivazioni); ciò a differenza di quanto può avvenire in taluni casi in cui emerge il rifiuto a trattamenti sanitari per motivi religiosi, con collegamento però a diversi principi di tutela costituzionale, quali l'art. 19 *Costituzione*.

La giurisprudenza (*Cass. n. 29469/20 cit.*) ha sostenuto in proposito che l'autodeterminazione sanitaria, in quanto diritto fondamentale e autonomo esplicantesi attraverso il consenso informato: «si configura quale vero e proprio diritto della persona e trova fondamento nei principi espressi nell'art. 2 della *Costituzione*, che ne tutela e promuove i diritti fondamentali, e negli artt. 13 e 32 della *Costituzione*, i quali stabiliscono, rispettivamente, che “la libertà personale è inviolabile” e che “nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge”» (*Corte cost.*, 23 dicembre 2008, n. 438).

Il diritto all'autodeterminazione sanitaria è considerato, dunque, dalla legge e dalla giurisprudenza quale percorso concomitante e imprescindibile della relazione informativa e comunicativa con la persona assistita e, in questo senso, occorre tenere sempre presente che: “il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura” (L 219/17, art. 1, comma 8, l). Tale norma costituisce anche precetto deontologico fondamentale.

“Nelle situazioni di emergenza o di urgenza il medico e i componenti dell'equipe sanitaria assicurano le cure necessarie, nel rispetto della volontà del paziente ove le sue condizioni cliniche e le circostanze consentano di recepirla.” (L 219/17, art. 1 com.7).

Se il paziente non è in grado di dare un valido consenso (esplicito, specifico, consapevole, libero, attuale), e in cartella clinica non è presente documentazione riguardo a consenso/rifiuto

di trattamenti diagnostico-terapeutici (compresi quelli di supporto vitale), il medico è costretto ad assumersi in prima persona ogni responsabilità e non sarà punibile purché sussistano i requisiti di cui all'art. 54 del codice *penale*.

Quanto fin qui svolto trova conferma nel *Codice di Deontologia Medica* attualmente in vigore. È appena il caso di ricordare, in questa sede, che il Medico iscritto all'Ordine professionale esercitante la professione in qualsivoglia specialità è tenuto a conoscere e osservare i principi esposti nei vari articoli del *Codice di Deontologia Medica* la violazione dei quali costituisce illecito disciplinare. La citata Legge sul consenso informato (219/17) richiama in varie parti il *Codice di Deontologia Medica* attualmente in vigore. Sicuramente va ricordato il Titolo IV del *Codice* (artt. 33-34-35-36-37-38-39) specificatamente dedicati a informazione, comunicazione, consenso e dissenso. Essi delineano nel dettaglio il corretto comportamento del medico nel caso si trovi ad affrontare questi delicati aspetti. La citata Legge, d'altra parte, dimostra di averne ben acquisito il concetto.

Il problema comunque assume un più ampio contenuto deontologico (specie in tema di rapporto tra Colleghi) in quanto l'acquisizione del consenso o dissenso a una prescrizione a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione implica da parte del medico che ha in cura il paziente in quel momento, un raccordo con le altre professionalità intervenute prima o che potrebbero intervenire in seguito, stante la ormai acquisita azione multidisciplinare (non solo medica) esercitata su un Paziente. Si ricorda pertanto l'art. 1 laddove il *Codice* "impegna il Medico nella tutela della salute individuale e collettiva", invitando quindi il professionista a tenere presente una visione olistica della salute. Anche l'art. 3 appare degno di nota affermando l'autonomia e la responsabilità dell'atto medico, la sua esclusiva e non delegabile caratteristica di non facile traduzione di fronte alla molteplicità dei casi che possono verificarsi nella pratica quotidiana soggetta a volte a interessi, imposizioni, condizionamenti quali ad esempio la disponibilità e l'uso ottimale delle risorse pubbliche e private (vedi artt. 4 e 6). Bisognerebbe tenere sempre presente l'articolato contenuto dell'art. 13, definibile come basilare nelle decisioni del Medico per quanto riguarda la componente scientifica della pratica quotidiana.

L'art. 26 riguardante la cartella clinica risulta importante per il quesito che ci riguarda, non solo per i chiari e ovvi risvolti medico-legali, ma anche per quanto riguarda il corretto comportamento e rispetto nei rapporti tra colleghi. Appare infatti ovvio che una cosa è raccogliere il consenso o dissenso informato in un momento in cui la gravità e l'urgenza del caso permettono una relazione di cura interattiva e consapevole, cosa ben diversa è interagire con un paziente in pericolo di vita, non in grado di esprimere valido parere. La Commissione vorrebbe sottolineare l'importanza della realizzazione di una corretta acquisizione logistica del consenso (per esempio trasferimento da reparto a reparto), in una filiera di atti medici su pazienti che in tempi brevi potrebbero essere soggetti a cambiamenti radicali in peggio delle condizioni cliniche e quindi delle proprie capacità cognitive.

Quanto alle "disposizioni anticipate di trattamento" (DAT), esse sono enucleate nell'art. 4 (L. 219/17) in base al quale: "Ogni persona maggiorenne e capace di intendere e volere, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi e dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte, può, attraverso le DAT, esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari". Il ricorso alle

DAT non pare determinante e/o risolutivo per sciogliere la problematica del rifiuto ai trattamenti sanitari (anche in tema di complicanze derivanti da COVID-19) per due ordini di ragioni. Innanzitutto, da un punto di vista strettamente statistico, la percentuale della popolazione che ha fatto a oggi ricorso alle DAT è poco o punto significativa e quindi il dato non assume posizioni di rilievo dal punto di vista applicativo. In secondo luogo, dal punto di vista strettamente giuridico-pratico, le DAT potrebbero essere fonte di ulteriori problematiche interpretative in quanto, ai sensi dell'art. 4, comma 5 (L. 219/17), pur essendo il medico tenuto al rispetto delle DAT: "esse possono essere disattese, in tutto o in parte, dal medico stesso, in accordo con il fiduciario, qualora esse appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente ovvero non sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita".