

Pandemia e rifiuto dei trattamenti di supporto vitale

Published on 31 dic 2021

Questa nuova fase della pandemia da Sars-Cov-2 sta ancora una volta causando un rapido incremento dei ricoveri ospedalieri e nelle Terapie Intensive del nostro Paese.

È bene rilevare che questa fase si inserisce in un contesto sociale che, nell'arco di quasi due anni, si è progressivamente trasformato. Lo ha efficacemente fotografato il recente "Rapporto sulla situazione sociale del Paese – 2021" del CENSIS, che così si esprime:

“La razionalità che nell'ora più cupa palesa la sua potenza risoltrice lascia il posto in molti casi a un'irragionevole disponibilità a credere alle più improbabili fantasticherie, a ipotesi surreali e a teorie infondate, a cantonate e strafalcioni, a svarioni complottisti, in un'onda di irrazionalità che risale dal profondo della società.

Il 31,4% degli italiani oggi si dice convinto che il vaccino è un farmaco sperimentale e che quindi le persone che si vaccinano fanno da cavie, il 10,9% sostiene che il vaccino è inutile e inefficace, per il 5,9% (cioè circa 3 milioni di persone) il Covid-19 semplicemente non esiste.

In definitiva, dalle vicende del periodo emergenziale il 12,7% degli italiani trae la conclusione che la scienza provoca più danni che benefici”¹.

Poiché sempre con maggior frequenza sono segnalati casi di pazienti con quadri clinici severi correlati a Covid-19 che rifiutano il ricovero in Terapia Intensiva e/o di sottoporsi a trattamenti di supporto vitale giudicati utili e appropriati dai curanti, riteniamo opportuno richiamare alcuni elementi di carattere generale riguardanti il **consenso alle cure** e il relativo percorso decisionale.

Nel nostro Paese tanto la normativa vigente² quanto il Codice di Deontologia Medica³ sono oggi coerenti e concordi nell'affermare che, fatte salve alcune rare e particolari circostanze, **nessun trattamento sanitario può essere imposto a chicchessia, anche se il trattamento diagnostico o terapeutico proposto sia per lui/lei un trattamento “salva vita”**. Anche sotto il profilo etico, non è possibile ipotizzare condotte differenti.

Una volontà del paziente consapevole e pienamente informata, e - laddove le circostanze lo consentano - ribadita nel tempo, deve pertanto essere sempre rispettata.

Pur consapevoli delle circostanze (elevato carico di lavoro, tempi decisionali ridotti, forte pressione ambientale, ecc), la relazione con il paziente non può però ridursi ad avere le caratteristiche di un atto di tipo meramente burocratico, cioè una semplice “presa d'atto” della volontà del paziente, quale che essa sia e quali che siano le sue motivazioni.

La tensione per offrire *chance* di vita e di salute, sempre orientata a valutare con attenzione la **proporzionalità delle cure**, richiede a tutti noi lo sforzo di spiegare e motivare:

- 1) *per tempo*,
- 2) con la massima *attenzione e rispetto*,
- 3) in modo *chiaro, veritiero e documentato* e, se le circostanze lo consentono,
- 4) con *ragionevole insistenza e in modo ripetuto*,

l'indicazione e l'utilità dell'impiego di trattamenti di supporto vitale (ivi compresa, se clinicamente appropriata, la ventilazione invasiva).

È opportuno sottolineare come questi siano, sia sul piano etico sia su quello deontologico, comportamenti irrinunciabili per il medico, e che essi riguardano tutti i curanti coinvolti nelle cure al paziente (e, dunque, non solo l'intensivista).

Il processo decisionale relativo alla valutazione di un possibile aggravamento del quadro clinico e dell'eventuale necessità di terapie di supporto vitale deve avvenire in modo tempestivo, sin dalle fasi iniziali dalla degenza nei Reparti di area medica. Esso è compito e responsabilità comune di tutti i medici coinvolti nel percorso di cura (internisti, pneumologi, infettivologi, ecc). Inoltre, un ruolo e una responsabilità analoghi spettano, nella fase di cura extra-ospedaliera, anche ai medici di medicina generale.

Tutte le **tappe del processo decisionale** sono parte integrante del percorso clinico del paziente. Come tali, tutte le fasi, le motivazioni e le decisioni relative al consenso a trattamenti diagnostico-terapeutici (compresi quelli di supporto vitale) o al loro rifiuto devono essere **documentati di volta in volta nella cartella clinica**.

Il rifiuto di trattamenti di supporto vitale da parte di persone appartenenti al cosiddetto mondo “negazionista” o “no-vax” rappresenta oggettivamente un aspetto gravoso e doloroso per i medici e per gli infermieri delle nostre Terapie Intensive, che sono impegnati con dedizione ogni giorno in uno strenuo lavoro per curare i pazienti e cercare di offrire loro chance di guarigione e di vita piena. Ciò nonostante non deve mai venir meno un atteggiamento rispettoso e “non giudicante”.

Per quanto le circostanze possano essere difficili e faticose, **al rifiuto ripetuto e ostinato del paziente non deve far seguito il suo “abbandono”**. Deve piuttosto essergli sempre garantito un adeguato livello di cure e, qualora necessario, la loro rimodulazione in chiave palliativa.

[1] <https://www.censis.it/rapporto-annuale/55%C2%B0-rapporto-sulla-situazione-sociale-del-paese2021-0>

[2] Art. 1, *Consenso informato*. Legge 22 dicembre 2017, n. 219. *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/1/16/18G00006/sg>. Costituzione Italiana (1947). Art. 32 “*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge*”. <https://www.governo.it/it/costituzione-italiana/2836>

[3] Codice di Deontologia Medica (2014). Art. 35, *Consenso e dissenso informato*; Art. 36, *Assistenza di urgenza e di emergenza*.

<https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2020/04/CODICE-DEONTOLOGIA-MEDICA-2014-e-aggiornamenti.pdf>