

ORIZZONTI ETICO-NORMATIVI DELLA LIBERTÀ DI CURA E “DIMISSIONE VOLONTARIA” DEL PAZIENTE

Procaccianti P.* - Argo A. - Tona R.*****

SUMMARY. Ethical and legislative horizons in respect of the freedom to choose medical care and the “voluntary discharge” of patients from hospitals

The article contains a reasoned reflection on the complex issue of the freedom of choice of medical care, with reference to “patients’ requests to be discharged against doctors’ advice”. The issue is examined with regard to various types of hospital care (both inpatient and outpatient care). It also addresses the problem of the actual validity of the consensus underlying the request by the patient to be discharged; with regard to this point, several cases are examined, such as that of “persons of unsound mind”. Mention is also made of the responsibility of the medical staff, by analysing the applicable legislation and ethical standards. In conclusion, the article proposes some guidelines for the correct *modus agendi* of doctors when dealing with patients requesting to be discharged.

RIASSUNTO

Il lavoro offre una riflessione ragionata sul complesso tema della libertà di cura con riferimento alla “dimissione volontaria del paziente nonostante il parere avverso dei sanitari”. Si analizza il fenomeno in relazione ai diversi regimi di ricovero (ordinario, day Hospital e day surgery). Viene affrontato, inoltre, il problema dell’effettiva validità del consenso che deve sottostare alla richiesta di dimissione; a riguardo si prendono in considerazione particolari fattispecie quali quella del soggetto “incapace naturale”. Si accenna, inoltre, ai possibili profili di responsabilità gravanti sul sanitario, attraverso l’analisi della normativa sanitaria vigente e i riferimenti deontologici, proponendo, infine, delle linee guida per un corretto *modus agendi* del medico che si trovi di fronte alla richiesta di abbandono della struttura ospedaliera.

* Responsabile Sezione di Medicina Legale Dipartimento di Biotecnologie Mediche e Medicina Legale Università degli Studi di Palermo

** Ricercatrice confermata Dipartimento di Biotecnologie mediche e Medicina Legale Università degli Studi di Palermo

*** Assistente in formazione scuola di specializzazione Medicina Legale e delle Assicurazioni Università degli Studi di Palermo

INTRODUZIONE

La cronaca recente (ultimo caso salito alla ribalta della cronaca¹ quello di una malata terminale di AIDS costretta a farsi “rapire” dal convivente per abbandonare la struttura ospedaliera e “morire in pace”²; l’infausto evento si verificò puntualmente il giorno successivo al “rapimento”) sembra periodicamente riportare all’attenzione di tutti il problema della “dimissione volontaria” del paziente dal luogo di cure, risvegliando (tanto nell’opinione pubblica, quanto fra i sanitari “addetti ai lavori”) una serie di interrogativi sulla possibilità di abbandonare la struttura ospedaliera, *nonostante* il parere avverso dei sanitari.

In considerazione della “complessità” del problema e dei possibili profili di responsabilità professionale ad esso connessi, intendiamo illustrare i riferimenti giuridici e deontologici che devono guidare il sanitario qualora venga a trovarsi in tali evenienze.

DIMISSIONI VOLONTARIE: RIFERIMENTI NORMATIVI

La dimissione di un degente da una struttura ospedaliera è, di norma, disposta dal sanitario responsabile, in relazione alle condizioni cliniche del soggetto ed a conclusione dell’*iter* diagnostico-terapeutico. Secondo l’articolo 14 del DPR n.128 del 27 marzo 1969, infatti, “*la dimissione dell’infermo viene stabilita dal primario e comunicata tempestivamente alla direzione sanitaria e agli uffici amministrativi*”, ma, proseguendo nella lettura dell’articolo citato, si assiste ad un subitaneo ridimensionamento dei margini di operatività del sanitario: “*l’infermo o il suo legale rappresentante*” possono, infatti, ottenere la dimissione, “*nonostante il motivato parere contrario del sanitario responsabile*”, “*previo rilascio di dichiarazione scritta del richiedente in cui deve farsi menzione*” dell’avverso parere del medico; “*tale dichiarazione deve essere conservata agli atti dell’ospedale*”.

In considerazione dell’esiguità di riferimenti normativi, l’ambito di intervento del medico si plasma e cerca conforto anche nell’art.33 del Codice Deontologico, secondo cui il sanitario (di fronte ad un paziente che si mostri irremovibile nel proposito di abbandonare la struttura ospedaliera) ha l’obbligo di fare sottoscrivere una “**dichiarazione liberatoria da parte dell’interessato o di chi ne abbia la legale rappresentanza**”. Tale dichiarazione si configura come una sorta di consenso informato “*a contrariis*” in cui si attesta che il paziente ha deciso di abbandonare la struttura presso cui è in degenza, pur essendo consapevole del parere negativo del medico che, adempiendo al dovere professionale ed etico di bene operare, sconsiglia, motivatamente e nell’interesse del malato, di interrompere la degenza.

¹ Fonte Gazzettino RAI 3 del 23.01.03

² Ricci P, Venditto MO. Eutanasia, diritto a morire e di rifiutare le cure: equivoci semantici e prospettive di riforma legislativa. In: La Giustizia Penale agosto-settembre 1993; 8-9:280

I requisiti formali della dichiarazione liberatoria

I requisiti formali di questa dichiarazione “liberatoria” non sono tuttavia univocamente stabiliti. Attualmente, pertanto, la prassi adottata nel nostro paese varia da una struttura sanitaria all’altra.

In molti nosocomi sono utilizzate laconiche formulazioni che vengono firmate dal paziente e controfirmate dal medico; in altri, invece, l’abbandono volontario della struttura è segnalato esclusivamente nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (che è parte integrante della cartella clinica), nella quale peraltro va obbligatoriamente specificata la modalità di dimissione.

Più corretta appare la prassi di alcuni ospedali che adottano un vero e proprio “verbale di dimissione”, in parte preformato, in cui sono riportati:

- 1) il parere motivato del medico alla prosecuzione della degenza;
- 2) la firma del paziente;
- 3) la firma di almeno due testimoni (vedi tabella n.1).

TABELLA 1 - Secondo quanto predisposto da diverse Aziende Sanitarie (soprattutto nell’Emilia Romagna) si è orientati verso un modello di dichiarazione simile al seguente: Tali prestampati sono utilizzati fra gli altri l’Azienda Ospedaliera di Parma e da alcuni Ospedali di Bologna quali il Maggiore e il Policlinico S. Orsola).

<p>MODELLO:</p> <p style="text-align: center;">Il sottoscritto (o padre, madre, marito, moglie, parente) di degente presso perché affetto da</p> <p style="text-align: center;">Dichiara</p> <p style="text-align: center;">di rifiutare il ricovero/richiedere volontariamente la dimissione.....propria/dell'infermo dal reparto pur non essendo ancora guarito malgrado il parere contrario dei sanitari curanti, dichiarando altresì di essere stato dai predetti sanitari avvertito dei pericoli nei quali l'infermo può incorrere, e cioè</p> <p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">Con il presente atto dichiara pertanto di esonerare la struttura ospedaliera, da qualsiasi responsabilità.</p> <p style="text-align: center;">Data</p> <p style="text-align: center;">Firme</p> <p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">Dichiaro di aver preso conoscenza del parere contrario sopra</p> <p style="text-align: center;">Espresso e di chiedere egualmente la dimissione dall'Ospedale per i seguenti motivi</p> <p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">Ore</p> <p style="text-align: center;">Firma</p> <p style="text-align: center;">Testimoni alla richiesta</p>

I “limiti” del diritto di autodeterminazione del paziente

Alla luce di quanto fino esposto, il paziente ha, quindi, la possibilità di proclamarsi “sanitario di se stesso”, pur non essendo in possesso delle competenze specifiche che gli permettano di ponderare le eventuali conseguenze negative della sua scelta.

Va comunque ribadito che la capacità del paziente di autodeterminarsi in ordine a scelte attinenti la vita e la salute è limitata entro i confini della disponibilità del proprio corpo (ex Art. 5 c.c. . *Atti di disposizione del proprio corpo*: “*Gli atti di disposizione del proprio corpo sono vietati quando cagionino una diminuzione permanente della integrità fisica, o quando siano altrimenti contrari alla legge, all’ordine pubblico o al buon costume*”).

Il diritto di autodeterminazione/libertà del paziente che rifiuti il trattamento sanitario “viene meno” solo in poche altre circostanze: quando il sanitario abbia la “*necessità di salvare sé o 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*” (Art. 54 c.p. “*Stato di necessità*”) o quando sia stato disposto un trattamento sanitario obbligatorio. In tali circostanze il medico ha non solo il diritto, ma anche il dovere di agire anche in assenza di esplicito consenso (o, addirittura, in presenza di esplicito dissenso della persona assistita)³.

Come già detto, però, al di fuori di tali evenienze (che certamente si riconducono ad una casistica selezionata e ristretta di condizioni di effettivo stato di necessità medica) è, comunque, pienamente riconosciuta al paziente la possibilità di abbandonare le cure, anche se ciò comporta l’interruzione o il pregiudizio per l’iter diagnostico e terapeutico accettato all’atto del ricovero.

Pare, in definitiva, che il sanitario, in caso di richiesta intempestiva di dimissioni da parte del paziente, sia costretto a rinunciare, suo malgrado, al compito primario della salvaguardia e della tutela della salute e della vita umana in nome del principio di libertà personale del paziente, sancito dall’articolo 32 del dettato costituzionale.

Questo limite concreto alla potestà/facoltà di cura del sanitario limita i margini di operatività del sanitario che reputi necessario proseguire la terapia in ambito clinico, al fine di non invalidare o rendere inefficaci le cure già avviate e al fine di scongiurare il possibile rischio dell’innescarsi di eventuali sequele complicative, non sempre facilmente dominabili.

LA POSSIBILITÀ DI RAPPRESENTANZA LEGALE IN TEMA DI DIRITTI PERSONALISSIMI ED INDISPONIBILI

La richiesta di dimissioni per essere “valida” deve, infatti, nascere da una manifestazione *autentica* (non viziata da false rappresentazioni della realtà) ed ine-

³ Bilancetti M. La responsabilità penale e civile del medico. Cedam 1999, p.137 e segg.

quivoca della volontà della persona. Questa considerazione è tutt'altro che superflua, visto che coloro che richiedono la dimissione sono spesso pazienti psichiatrici, alcolisti o tossicodipendenti sovente in preda ad alterazioni transitorie o permanenti della sfera volitiva e cognitiva; quando la manifestazione della volontà non è valida perché il *“paziente è un minore o un infermo di mente, il consenso informato (e quindi anche il dissenso ndr.) deve essere espresso dal rappresentante legale. In caso di opposizione a trattamenti necessari e indifferibili a favore dei minori o incapaci da parte del rappresentante legale, il medico è tenuto a informare l'autorità giudiziaria”*, secondo quanto indicato all'art.32 del codice deontologico.

Tale previsione deontologica, pur indicando una *“via di sicurezza”* al sanitario (l'informazione all'Autorità Giudiziaria, giustappunto) non si modella adeguatamente alle vigenti disposizioni in tema di beni personalissimi ed inalienabili, quali la salute e della integrità psico-fisica: per tali beni si ritiene che non possa essere invocata alcuna delega del *“consenso”* dell'avente diritto ad un curatore e tutore (figure che sarebbero, invece, chiamate a tutela dei beni materiali). Sul valore del consenso del legale rappresentante è opportuno ricordare una recente (e condivisibile) pronuncia del 19 dicembre 2000, in cui il Giudice Tutelare del Tribunale di Palermo ha affermato che i parenti o il tutore di un malato incapace di intendere e di volere, non possono prestare il consenso ad un atto chirurgico, al posto del paziente, *“trattandosi di decisione che si qualifica come atto di natura personale e che può essere demandato solo al medico”*.

Conformemente a tale decisione, del resto, la dottrina medico legale aveva già rilevato la sostanziale differenza tra disponibilità di beni patrimoniali e di beni personalissimi per quanto attiene la tutela dell'incapace *“naturale”*⁴.

La tutela dell'individuo incapace “naturale”, ma che non sia né interdetto né inabilitato, costituisce, stante la mancanza di un organo istituzionalmente preposto al dovere di cura delle persone naturalmente incapaci, un'evidente lacuna dell'attuale normativa, che pone sia il medico sia il giurista di fronte a delicati problemi di ordine operativo (problemi che in ogni caso non si pongono per l'inabilitato, che pur avendo limitazioni nella possibilità di disporre dei propri beni patrimoniali, ha comunque in ogni caso la possibilità di disporre dei beni personalissimi).

Le soluzioni prospettabili -de jure condito- sembrano dunque assai limitate e non sono facilmente attuabili nel contesto sanitario in cui sono in gioco non già diritti patrimoniali ma diritti personalissimi, quali la salute e l'integrità fisica: la tutela di tali beni sembra difficilmente delegabile a figure, quali il cosiddetto *“amministratore di sostegno”*, cui alcuni uffici tutelari ricorrono, talora, anche al di là dei confini indicati dal legislatore, quando occorre adottare provvedimenti urgenti a tutela dei beni patrimoniali dell'incapace naturale.

Nell'ipotesi più *“fortunata”*, se il medico apprende dai congiunti che sono in corso procedure per l'interdizione del paziente, potrà rinviare il trattamento (se

⁴ Magliona B. Il trattamento sanitario nell'incapace naturale. Alcuni spunti di rilievo medico-legale offerti da un'interessante pronuncia della High Court Of Justice. Riv.It. Med.Leg. p.1231, XIX

procrastinabile senza serio pregiudizio), in attesa della nomina del soggetto che si “prenderà cura”, dal punto di vista legale, del paziente⁵. Negli altri casi, potrà essere promossa istanza di interdizione ai sensi dell’art. 417 c.c., nella prospettiva di attivarsi per ottenere, ai sensi dell’art. 419 c.c., terzo comma, la nomina di un tutore provvisorio.

Secondo autorevole dottrina⁶ per le circostanze delineate nello specifico di nostro interesse, potrebbero ipotizzarsi anche delle “funzioni sostitutive” da parte dei cosiddetti “protettori naturali” (da individuarsi nella cerchia delle persone legate al paziente da una comunione di vita o da vincoli ineludibili del sangue), ferma restando la facoltà del medico di richiamarsi, nel procedere all’intervento, agli elementi oggettivi della fattispecie nel giudizio di liceità della condotta medica, quando, ad esempio, “le prospettive aperte dall’intervento appaiano a tal punto incoraggianti da far considerare un eventuale rifiuto come un tipo di scelta del tutto irragionevole”.

DIMISSIONI VOLONTARIE E GARANZIA DI CONTINUITÀ DELLE CURE

Le problematiche connesse alla “dimissione volontaria contro il parere dei sanitari” si pongono anche al di fuori dell’ambito dei ricoveri ordinari.

Anche i pazienti trattati in regime di day hospital, infatti, sono da considerarsi dimessi contro il parere del sanitario qualora non si presentino ad un appuntamento del ciclo programmato al momento del ricovero (secondo quanto previsto dal D.M 26.07.93); in questi casi il rifiuto della terapia non ha bisogno di una manifestazione di volontà esplicita, ma si evince “in negativo”.

Dimissioni in Day Surgery

Questa forma di negligenza da parte del paziente assume una valenza e, di conseguenza, una gravità ancora maggiore qualora il ricovero avvenga in regime di Day Surgery (cioè in un reparto chirurgico con dimissione entro le 12 ore). Infatti, quando si effettua un intervento chirurgico è quasi sempre previsto e programmato il rispetto di un iter terapeutico e riabilitativo che non può esaurirsi con le semplici modalità ambulatoriali; il consenso firmato al ricovero in Day Surgery implica, oltre al consenso all’atto chirurgico e agli eventuali rischi ad esso connessi, anche l’accettazione degli ulteriori controlli ospedalieri e delle cure domiciliari previste nel post-operatorio, con l’individuazione di appropriate sedi di svolgimento⁷.

⁵ Fucci S. Informazione e consenso nel rapporto medico paziente. Milano: Masson; 1996.

⁶ Nannini U.G. Il consenso al trattamento medico. Milano: Giuffrè; 1989

⁷ Tomassini CR, Turco L, Bellini F, Nettarelli M. Strumenti per la definizione e la verifica di appropriatezza del percorso riabilitativo. In: SitI 39° Congresso Nazionale “La promozione della salute nel Terzo Millennio” Pt. II. p.601.

Dimissioni protette al domicilio

Il problema della “continuità di cure” si pone anche nei casi di dimissioni con previsione di assistenza domiciliare; il costante aumento di tali “dimissioni” risponde alla necessità di limitare al minimo il tempo di degenza ospedaliera con conseguente risparmio della spesa sanitaria. L’esigenza di avvicendamento dei pazienti al fine di un corretto utilizzo delle risorse economiche ha, infatti, origine dall’introduzione del sistema DRG/ROD, un sistema di classificazione isorisorse, che implica il massimo risparmio di giornate in degenza, correlando ogni tipologia di ricovero ad una serie di prestazioni e spese previste.

Tale sistema impone alle aziende di far fronte in prima persona alle ulteriori spese aggiuntive.

Alle luce di questa esigenza alla razionalizzazione delle risorse del S.S.N., si tende, quindi, sempre di più a promuovere le c.d. dimissioni protette al domicilio⁸, per pazienti, altrimenti destinati alla lungo-degenza e in condizioni cliniche compatibili con forme di assistenza domiciliare extra-ospedaliera⁹. E’ ovvio come, al di là di ogni possibile intenzione di contenere la spesa sanitaria, l’abbandono della struttura ospedaliera non debba in ogni caso comportare il rischio di un pregiudizio per la salute o per la vita del malato¹⁰, cui deve essere assicurata, in ogni caso, la continuità delle cure in un clima di collaborazione fra il medico curante e medico del reparto ospedaliero (art. 20 codice deontologico)¹¹.

Il **rifiuto di sottoporsi alle forme di assistenza domiciliare** disposte dai sanitari è in tutto assimilabile all’abbandono della struttura ospedaliera contro il parere del sanitario e *dovrebbe* esimere da ogni responsabilità i sanitari che hanno acconsentito alla dimissione solo in previsione di tali ulteriori cure; ma, in realtà, anche in questo caso, potrebbero sorgere dei profili di responsabilità a carico del medico per trascuratezza e/o incuria:

- per non aver preventivamente verificato la possibilità di idonea prosecuzione del regime di cure;
- per aver delegato la cura e/o custodia del paziente a familiari che non hanno rispettato il piano terapeutico o non hanno condotto materialmente il paziente ad un appuntamento sanitario.

Tali circostanze si possono configurare con maggiore frequenza per soggetti affetti da malattie croniche, sovente in guarigione ma curabili, che impongono l’a-

⁸ Pletti L. La continuità delle cure tra l’ospedale e il domicilio: considerazioni deontologiche e medico-legali sulle dimissioni “difficili”. In: Difesa Sociale p.81, 1999

Introna F. Il diritto di morire dinanzi a due Corti di Giustizia. In Rivista Italiana Medicina Legale p.1245, 2002

⁹ Norelli GA, Magliona B, Monelli A. La contenzione dell’anziano tra pratica clinica e violenza: aspetti medico-legali. In: Rivista Italiana Medicina Legale p.1047, XXI:

¹⁰ Borromei A, Chierregatti G, D’Orsi U. Studio originale sulle dimissioni di pazienti ospedalizzati <contro il parere dei sanitari>, in attesa di regolamentazione. Casi paradigmatici ed osservazioni critiche medico-giuridiche. In: Rivista Italiana Medicina Legale, p.503, 1996

¹¹ Fiori A. Medicina legale della responsabilità medica. Milano: Giuffrè Editore p.459

dozione di regimi terapeutici e l'osservanza di un particolare "stile di vita" cui il paziente può non "aderire" nei fatti; si pensi al caso del paziente insufficiente renale cronico in trattamento sostitutivo, che ometta di recarsi ad una seduta dialitica concordata, ovvero il talassemico che non si rechi ad un centro trasfusionale.

Tale negligenza del malato potrebbe esporre il medico, in via esclusiva od in concorso ai familiari, all'accusa di "abbandono di minori ed incapaci" (art. 591 del codice penale, 1^a cpv. "*Chiunque abbandona una persona minore degli anni quattordici, ovvero una persona incapace, per malattia di mente o di corpo, per vecchiaia, o per altra causa, di provvedere a se stessa, e della quale abbia la custodia o debba avere cura, è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni*"), in quanto, secondo parte della dottrina, potrebbe considerarsi incluso nell'obbligo del sanitario di curare, anche un obbligo di protezione del paziente e le misure necessarie ad evitare che il paziente arrechi danno a se stesso; fra tali misure potrebbe includersi anche il mantenimento in degenza del malato che voglia abbandonare spontaneamente la struttura ospedaliera.

IL RUOLO DEL SANITARIO NELLE DIMISSIONI VOLONTARIE FRA "OMISSIONE DI SOCCORSO" E "VIOLENZA PRIVATA"

Come si evince dai nostri cenni, le problematiche connesse alla dimissione volontaria contro il parere dei sanitari si estendono fino a coinvolgere, oltre i ricoveri ordinari, anche un arco molto ampio di prestazioni fornite dal S.S.N., presentando molteplici valenze giuridiche ed etico-deontologiche.

Lo scontro che si viene a creare in questi casi è fondamentalmente fra due diverse volontà; da un lato quella dell'infermo, che ha l'intenzione di anticipare il momento liberatorio, a prescindere dal giudizio del sanitario, dall'altro quella del sanitario stesso che, in quanto responsabile della degenza, ritiene opportuno prolungare il periodo di ricovero.

"Il conflitto" fra queste due volontà appare talora rilevante e assume, ormai, una frequenza significativa, avendo raggiunto, secondo alcune stime (Ospedale Maggiore di Bologna-1999), un'incidenza media del 4,28 % (con punte del 100% per determinate tipologie di ricovero, quali quelle per abuso alcolico).

Nonostante queste stime per certi versi allarmanti, le problematiche connesse alla dimissione volontaria non hanno ancora raggiunto la "soglia legislativa", seppure siano ormai costantemente presenti nella prassi quotidiana del medico. Il diritto positivo a tutt'oggi non indica e non prescrive al riguardo un comportamento professionale univoco e omogeneo. Mancano, in particolare, delle norme che sanciscano esplicitamente l'insussistenza, in capo ai sanitari, di un obbligo di intervento a fronte del dissenso espresso dal paziente o dai suoi familiari. Il medico, quindi, si trova "costretto" a subire la ferma volontà del paziente che intende rifiutare la degenza o, più in generale, le cure, senza in cambio avere una corrispondente tutela normativa, col rischio concreto, peraltro, di vedersi addebitare una vasta gamma di reati quali l'*omissione di atti d'ufficio*, l'*abbandono di incapace*, l'*omissione di soccorso*, le *lesioni personali* e l'*omicidio*; inoltre, nel caso si con-

sideri come bene protetto non tanto l'integrità fisica del paziente, quanto piuttosto la sua libertà di autodeterminazione¹², potrebbero essere contestati al sanitario altri reati quali *violenza privata* o il *sequestro di persona*.

A fronte del rischio concreto di tali addebiti, l'unico presidio normativo per il sanitario è rappresentato dalla (già citata) regolamentazione in ambito sanitario, risalente al lontano 1969.

Per sopperire parzialmente a questa carenza normative, è utile richiamarsi alle indicazioni contenute in alcuni passi del codice deontologico, sebbene anche tale codificazione appaia talora in contraddizione con quella sanitaria: il medico "*deve improntare la propria attività professionale al rispetto dei diritti fondamentali della persona*" (Art. 17 C.D. Rispetto dei diritti del cittadino); "*deve garantire al cittadino la continuità delle cure*" e "*non può abbandonare il malato ritenuto inguaribile, ma deve continuare ad assisterlo anche al solo fine di lenirne la sofferenza fisica e psichica*" (Art. 20 C.D. Continuità delle cure) tenendo sempre presente che "*la scelta del medico costituisce diritto fondamentale del cittadino*" (Art. 24 C.D. Libera scelta del medico e del luogo di cura) e che "*in ogni caso in presenza di documentato rifiuto di persona capace d'intendere e di volere, il medico deve desistere dai conseguenti atti diagnostici e/o curativi, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà della persona tranne quando sussistano condizioni di necessità e urgenza e in casi implicanti pericolo per la vita di un paziente, che non possa esprimere al momento una volontà contraria, il medico deve prestare l'assistenza e le cure indispensabili*" (art.34 C.D.).

Il sanitario anche alla luce di questi riferimenti, rischia di trovarsi in "equilibrio instabile" fra due opposte esigenze deontologiche, da un lato quella del dovere di assicurare la continuità delle cure e dall'altra quella del rispetto della effettiva volontà del paziente.

CONCLUSIONI

Alla luce di quanto fino ad ora detto, proviamo, in conclusione, a tracciare sinteticamente le *possibili linee guida*, che sostanzino il più corretto *modus agendi* per il sanitario che si trovi di fronte alla richiesta di abbandono della struttura ospedaliera. In dottrina non vi è inequivocabile accordo su quali siano le indicazioni alle quali il medico debba attenersi per mettersi al riparo da eventuali conseguenze civili e penali. La semplice sottoscrizione della dichiarazione di dissenso a continuare la degenza, pur essendo un mezzo per testimoniare l'effettiva ed autentica manifestazione di volontà dell'assistito, non sembra pienamente in grado di estinguere eventuali ipotesi di responsabilità, poiché, se è pur vero che la libertà personale dell'individuo è costituzionalmente garantita, è comunque obbligo del medico responsabile della degenza assicurare la continuità delle cure al suo pazien-

¹² Fiori A, La Monaca G, Albertacci G. In tema di trattamenti medico-chirurgici effettuati per autonoma decisione del medico senza previo consenso del paziente: un passo avanti nella giurisprudenza della Cassazione. In: Rivista Italiana Medicina Legale XXIV p.893.

te. In linea di principio, infatti, il medico, iniziata la terapia, dovrebbe proseguirla, finché non sia più necessario (per sopravvenuta guarigione o morte del paziente o perché “inutile” in soggetti “terminali”), poiché il sospendere le cure potrebbe ricadere nei casi previsti dall’articolo 591 c.p., che prevede sanzioni per chi abbandona una persona incapace a provvedere a se stessa, causandone indirettamente una lesione o la morte.

In linea di massima, il sanitario si deve opporre alla dimissione quando reputi che essa costituisca un potenziale danno per il paziente, ma quest’ultimo, pienamente consapevole dell’entità e dall’effetto della sua scelta, ha, comunque, la possibilità di “pretendere” la dimissione, fatti salvi i casi di *danno attuale, reale ed imminente per la vita e l’incolumità alla persona*. Qualora il sanitario non si trovi di fronte a questi presupposti, *esaurite tutte le possibilità di persuasione*, farà firmare al paziente una dichiarazione (liberatoria) di responsabilità per la dimissione e il trasporto e non potrà trattenerlo oltre, pena la possibilità di essere accusato di “sequestro di persona”¹³.

In conclusione, considerata la problematicità e la rilevanza del problema “dimissioni volontarie” e di tutti gli aspetti ad essa connessi, ci appare opportuno invocare, anche in questo caso, un intervento ad ampio respiro del Legislatore affinché promulghi una normativa che, seppur non in grado di risolvere una serie di problemi di ordine bioetico, preciserebbe –quantomeno- gli ambiti di liceità della professione medica, al fine di ribadire il principio della libertà personale, costituzionalmente garantito al paziente, e fungendo, nello stesso tempo, da esimente per possibili profili di responsabilità. Appaiono infatti, necessarie norme “certe” e liberatorie in grado di indirizzare il sanitario e di tutelarlo pienamente, oltre che dalle eventuali conseguenze penali, anche dalla possibilità che il paziente, che pure ha rifiutato le cure consigliate, possa avanzare pretese risarcitorie.

Solo in tal modo si potrebbe regolamentare una “questione” che, in un contesto sociale segnato dalla sfiducia generalizzata nei confronti della classe medica, rischia di rappresentare un ulteriore nodo di controversia nel già difficile rapporto fra paziente e medico della struttura ospedaliera.

¹³ Fiori A. *Medicina legale della responsabilità medica*. Milano: Giuffrè Editore p.459