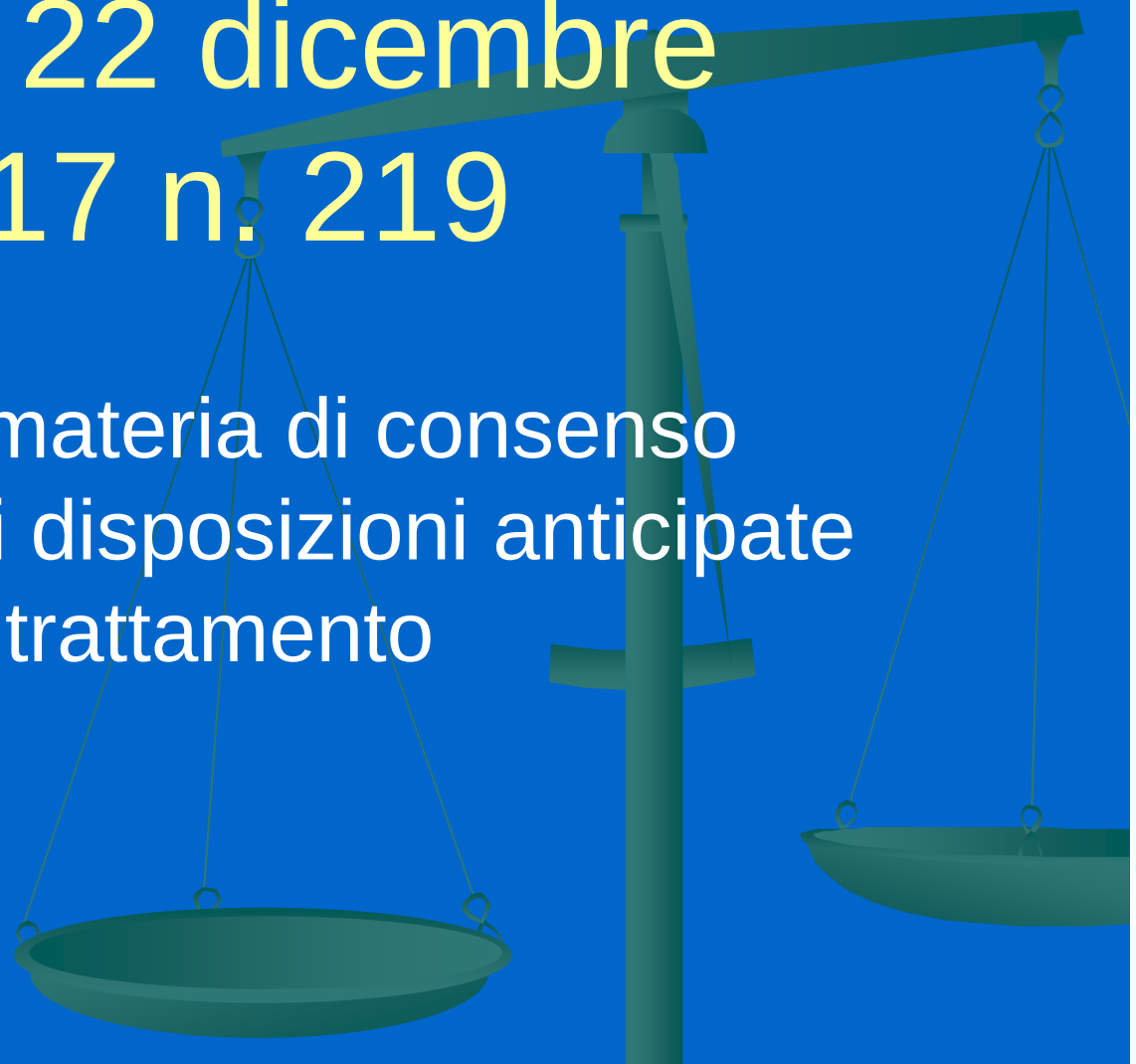


Simona Cacace
Dipartimento di Giurisprudenza
Università degli Studi di Brescia



Legge 22 dicembre 2017 n. 219

Norme in materia di consenso
informato e di disposizioni anticipate
di trattamento



Art. 1, commi 1 e 2.

- La presente legge, nel rispetto dei principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e degli articoli 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, 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.
- È promossa e valorizzata la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico che si basa sul **consenso informato** nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico. Contribuiscono alla relazione di cura, in base alle rispettive competenze, gli esercenti una professione sanitaria che compongono l'équipe sanitaria. In tale relazione sono coinvolti, se il paziente lo desidera, anche i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di fiducia del paziente medesimo.

Art. 1, comma 3.

Ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi.

Può rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni ovvero indicare i familiari o una persona di sua fiducia incaricati di riceverle e di esprimere il consenso in sua vece se il paziente lo vuole.

Il rifiuto o la rinuncia alle informazioni e l'eventuale indicazione di un incaricato sono registrati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

Art. 1, comma 5.

Ogni persona capace di agire ha il **diritto di rifiutare**, in tutto o in parte, con le stesse forme di cui al comma 4, **qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario** indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso.

Ha, inoltre, il **diritto di revocare** in qualsiasi momento, con le stesse forme di cui al comma 4, **il consenso prestato**, anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento.

Ai fini della presente legge, sono considerati trattamenti sanitari la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale, in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici.

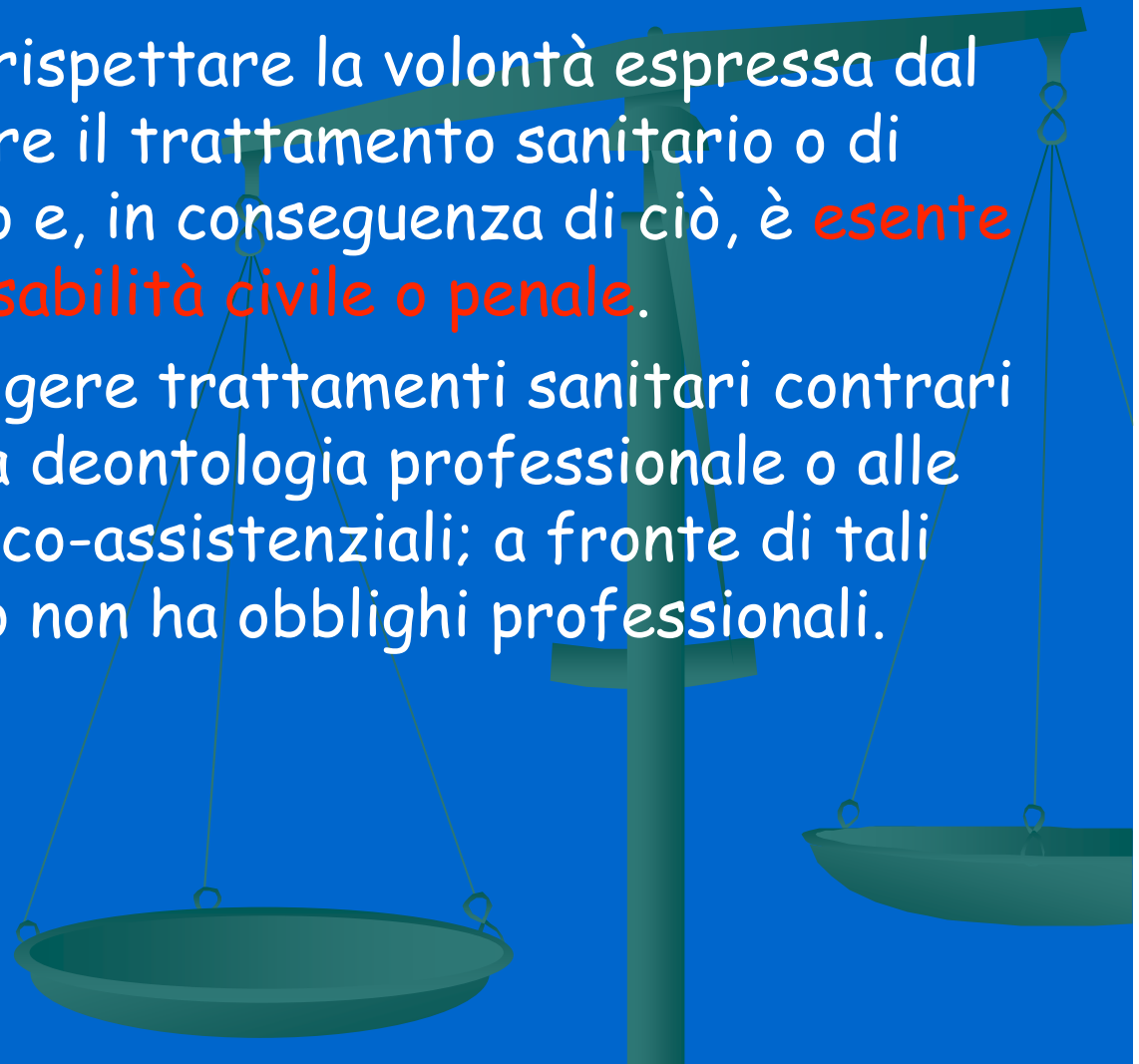
Qualora il paziente esprima la rinuncia o il rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza, il medico prospetta al paziente e, se questi acconsente, ai suoi familiari, le conseguenze di tale decisione e le possibili alternative e promuove ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica.

Ferma restando la possibilità per il paziente di modificare la propria volontà, l'accettazione, la revoca e il rifiuto sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

Art. 1, comma 6.

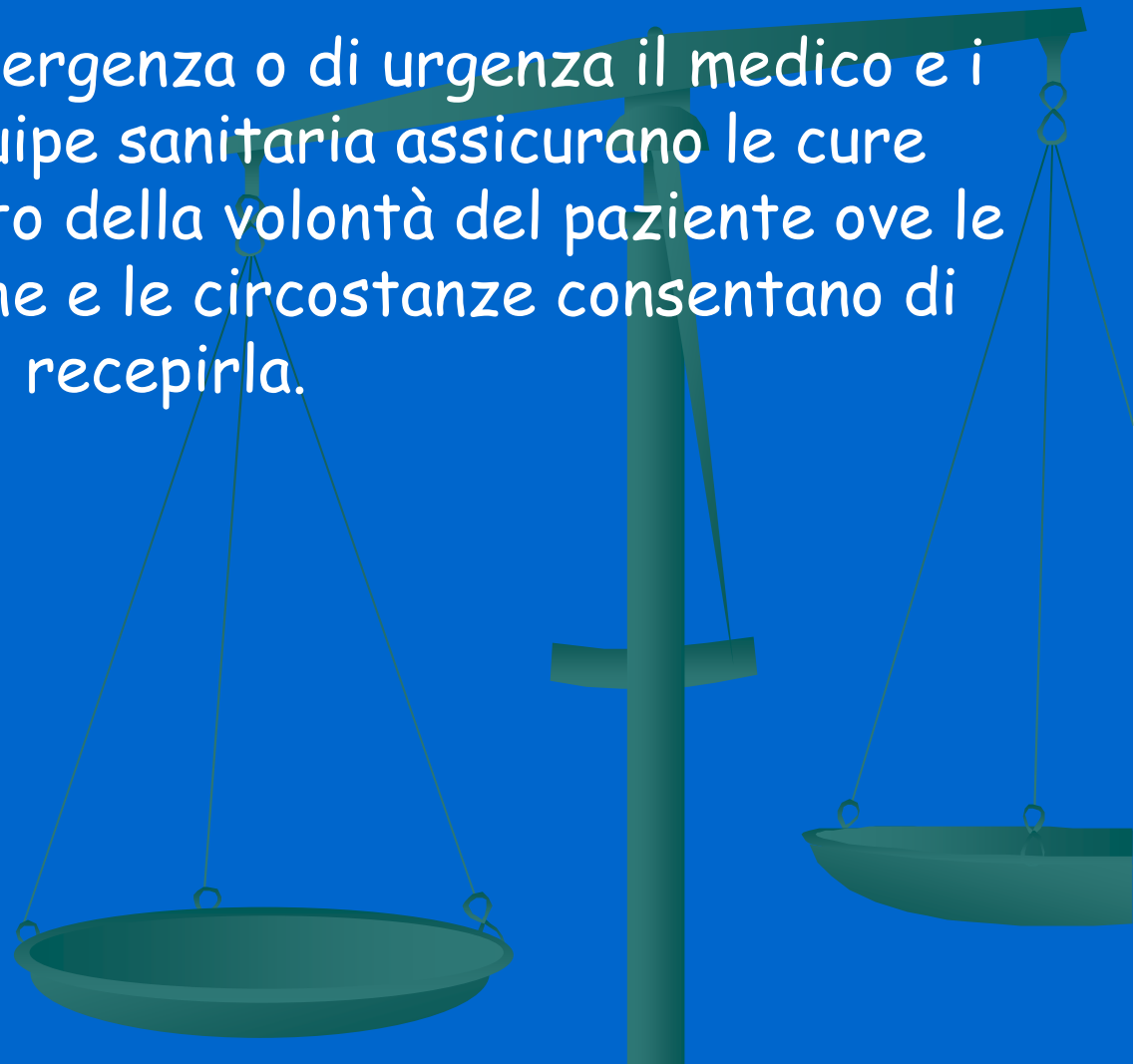
Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è **esente da responsabilità civile o penale**.

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.



Art. 1, comma 7.

Nelle situazioni di emergenza o di urgenza il medico e i componenti dell'équipe sanitaria assicurano le cure necessarie, nel rispetto della volontà del paziente ove le sue condizioni cliniche e le circostanze consentano di recepirla.



Art. 2, commi 1 e 2

- Il medico, avvalendosi di mezzi appropriati allo stato del paziente, deve adoperarsi per alleviarne le sofferenze, anche in caso di rifiuto o di revoca del consenso al trattamento sanitario indicato dal medico. A tal fine, e' sempre garantita un'appropriata terapia del dolore, con il coinvolgimento del medico di medicina generale e l'erogazione delle cure palliative [...]
- Nei casi di paziente con prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte, il medico deve astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati. In presenza di sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari, il medico puo' ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore, con il consenso del paziente.

Art. 3: Minori e Incapaci

Minore d'età

Il consenso informato al trattamento sanitario del minore è espresso o rifiutato dagli **esercenti la responsabilità genitoriale** o dal **tutore**, tenendo conto della volontà della persona minore, in relazione alla sua età e al suo grado di maturità, e avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita del minore nel pieno rispetto della sua dignità.

Interdizione

Il consenso informato della persona interdetta ai sensi dell'articolo 414 del codice civile è espresso o rifiutato dal **tutore**, sentito l'interdetto ove possibile, avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita della persona nel pieno rispetto della sua dignità.

Inabilitazione

Il consenso informato della persona inabilitata è espresso dalla **medesima persona inabilitata**.

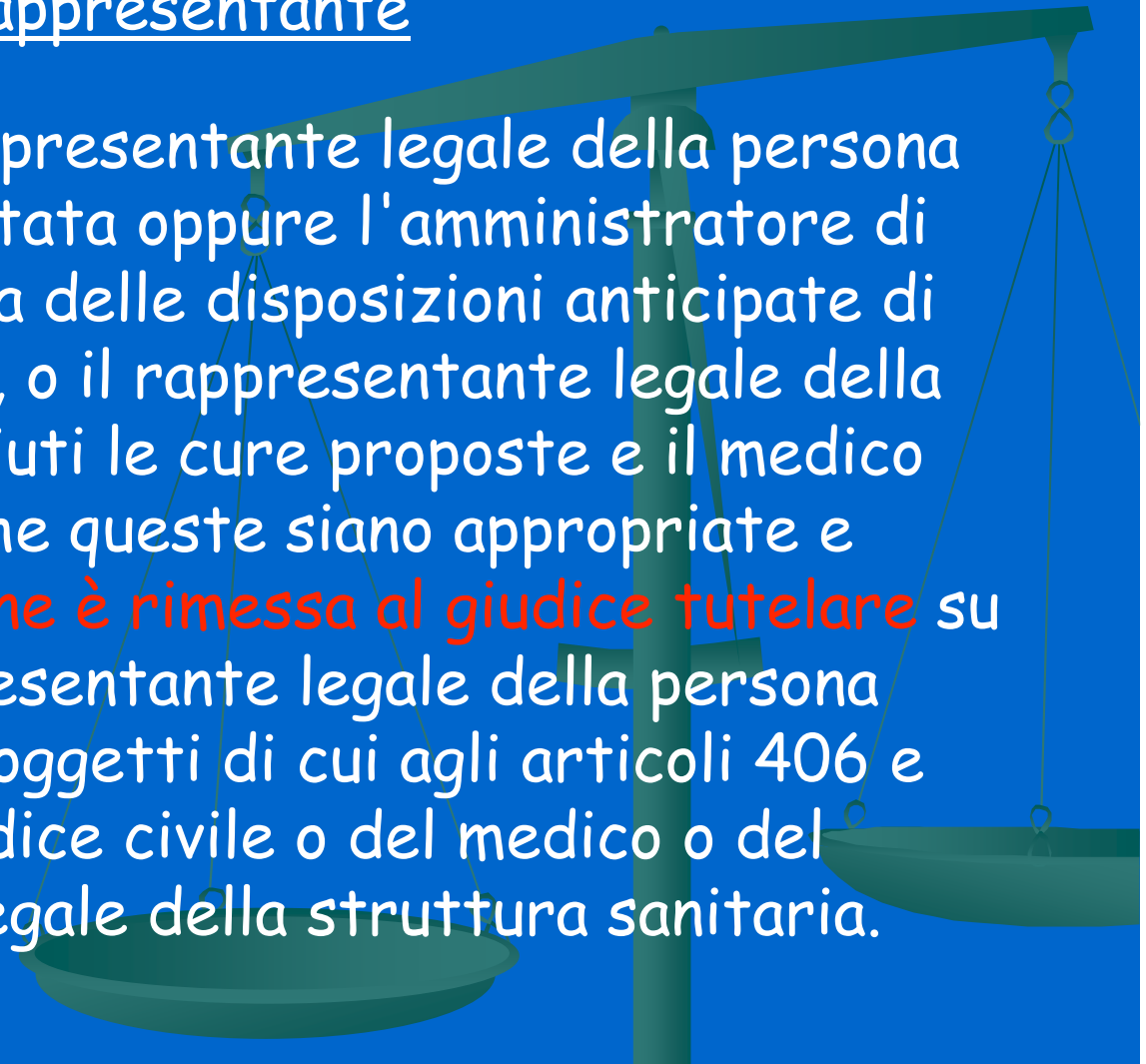
Amministrazione di sostegno

Nel caso in cui sia stato nominato un **amministratore di sostegno** la cui nomina preveda l'assistenza necessaria o la rappresentanza esclusiva in ambito sanitario, il consenso informato è espresso o rifiutato anche dall'amministratore di sostegno ovvero solo da quest'ultimo, tenendo conto della volontà del beneficiario, in relazione al suo grado di capacità di intendere e di volere.

Art. 3: Minori e Incapaci

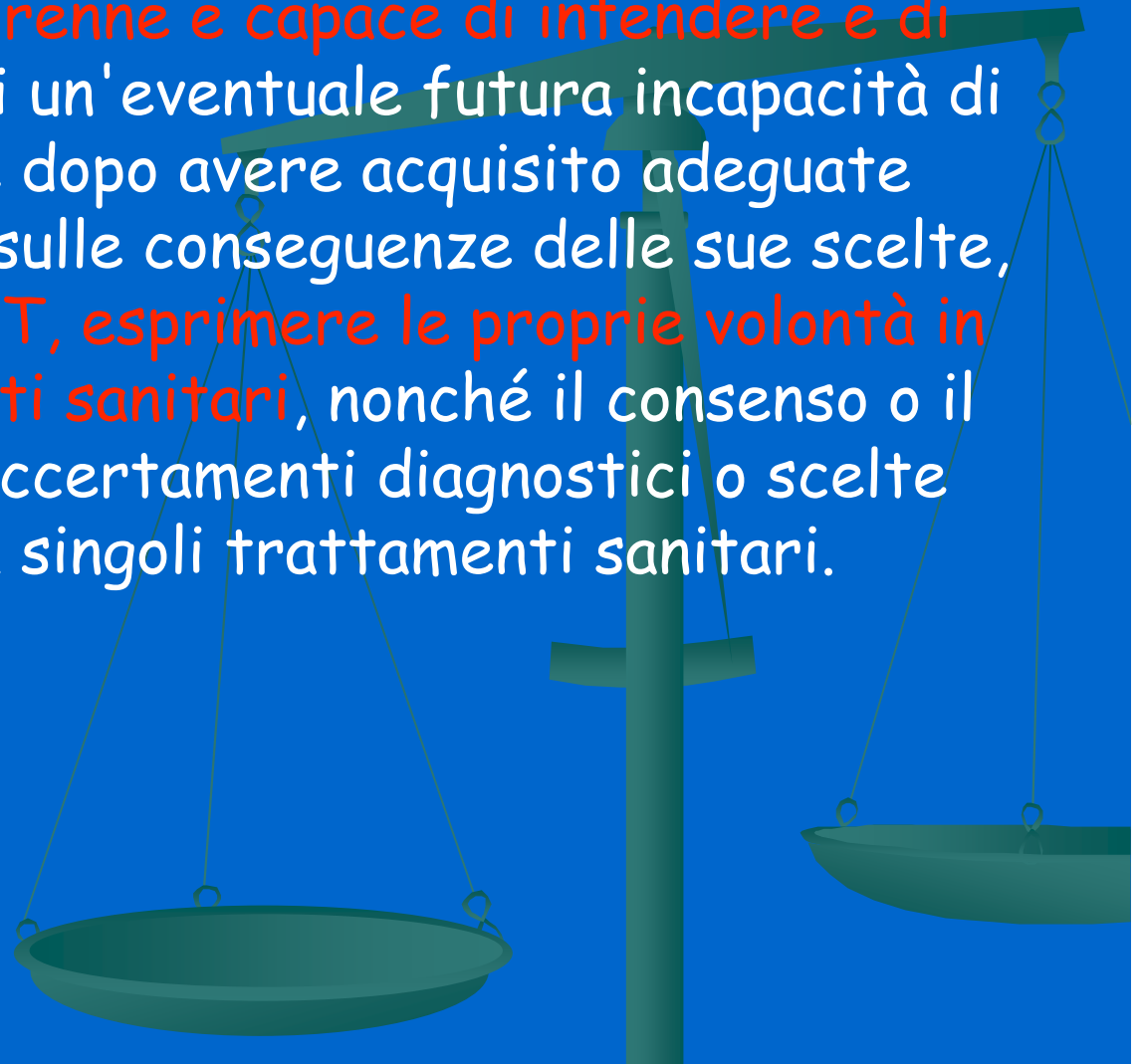
Conflitto di interessi tra medico e volontà espressa dal rappresentante

Nel caso in cui il rappresentante legale della persona interdetta o inabilitata oppure l'amministratore di sostegno, in assenza delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT), o il rappresentante legale della persona minore rifiuti le cure proposte e il medico ritenga invece che queste siano appropriate e necessarie, **la decisione è rimessa al giudice tutelare** su ricorso del rappresentante legale della persona interessata o dei soggetti di cui agli articoli 406 e seguenti del codice civile o del medico o del rappresentante legale della struttura sanitaria.



Art. 4, comma 1.

Ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi e dopo avere 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.



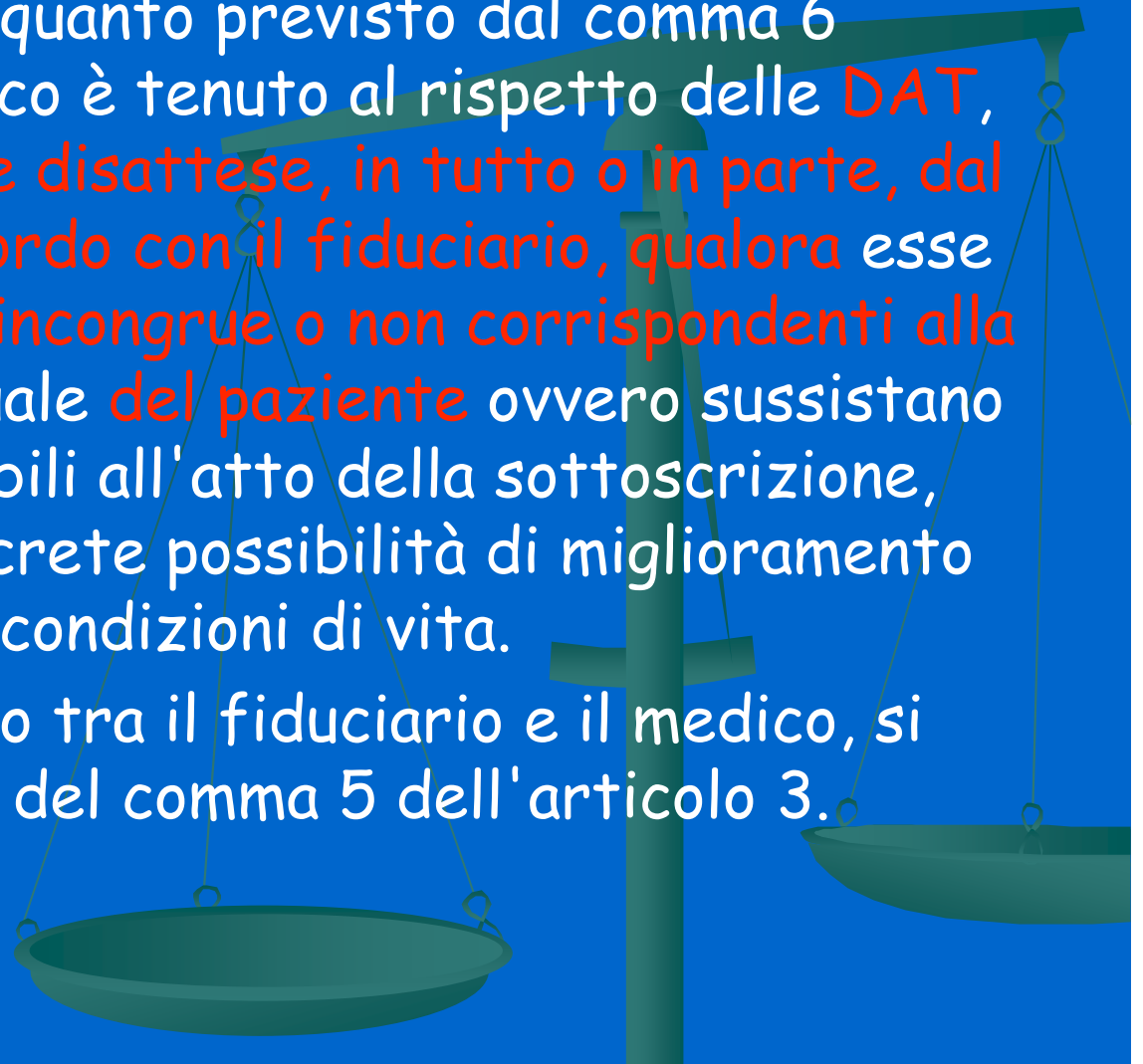
Art. 4, commi 1, 2, 3 e 4.

- Indica altresì una persona di sua fiducia, di seguito denominata «**fiduciario**», che ne faccia le veci e la rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie.
- Il fiduciario deve essere una persona **maggiorenne e capace di intendere e di volere**. L'accettazione della nomina da parte del fiduciario avviene attraverso la sottoscrizione delle DAT o con atto successivo, che è allegato alle DAT. Al fiduciario è rilasciata una copia delle DAT. Il fiduciario può rinunciare alla nomina con atto scritto, che è comunicato al disponente.
- L'incarico del fiduciario può essere **revocato** dal disponente **in qualsiasi momento**, con le stesse modalità previste per la nomina **e senza obbligo di motivazione**.
 - Nel caso in cui le DAT non contengano l'indicazione del fiduciario o questi vi abbia rinunciato o sia deceduto o sia divenuto incapace, le DAT **mantengono efficacia** in merito alle volontà del disponente.

Art. 4, comma 5.

Fermo restando quanto previsto dal comma 6 dell'articolo 1, il medico è tenuto al rispetto delle **DAT**, le quali **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 sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita.

Nel caso di conflitto tra il fiduciario e il medico, si procede ai sensi del comma 5 dell'articolo 3.



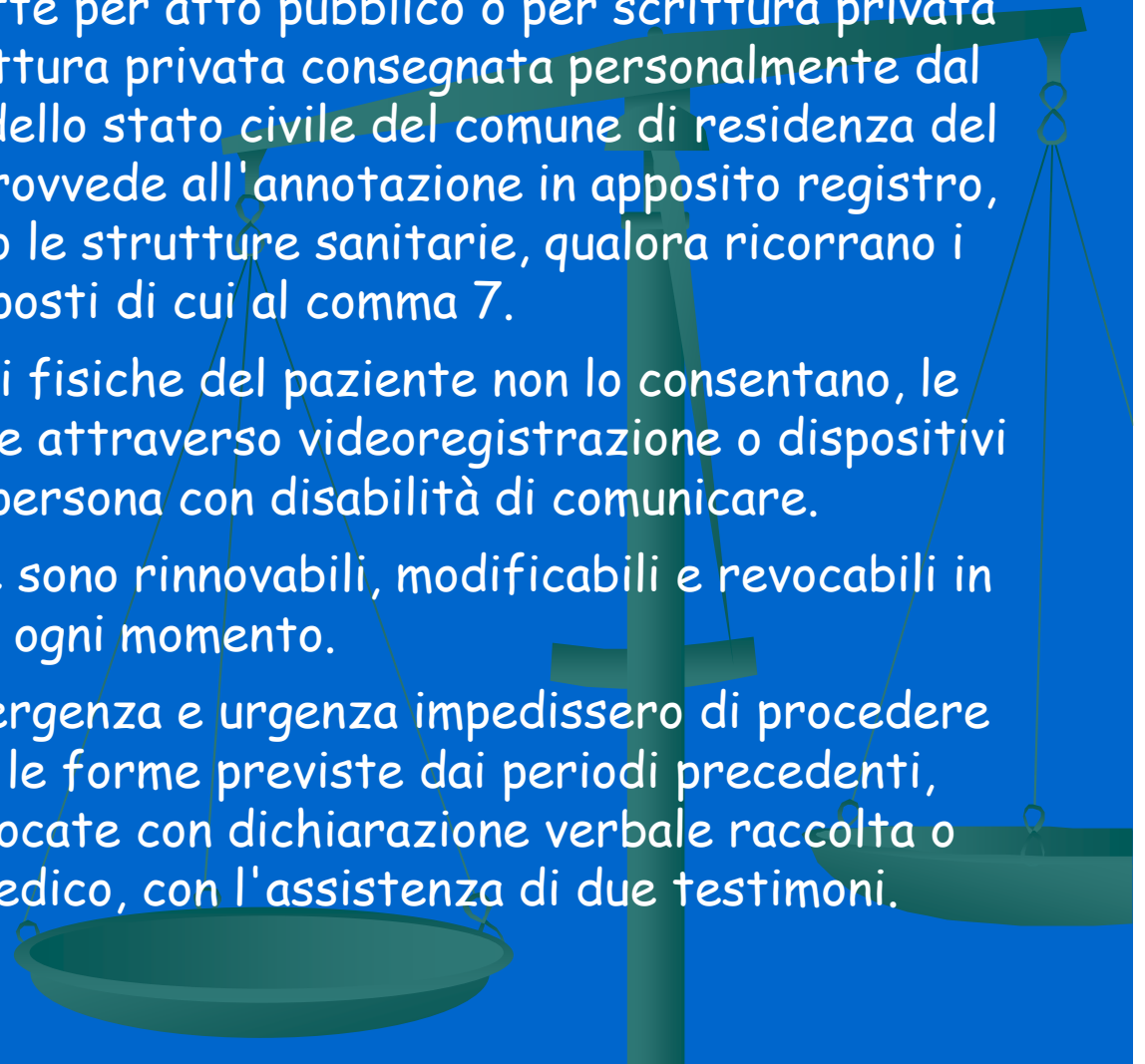
Art. 4, comma 6.

Le DAT devono essere redatte per atto pubblico o per scrittura privata autenticata ovvero per scrittura privata consegnata personalmente dal disponente presso l'ufficio dello stato civile del comune di residenza del disponente medesimo, che provvede all'annotazione in apposito registro, ove istituito, oppure presso le strutture sanitarie, qualora ricorrano i presupposti di cui al comma 7.

Nel caso in cui le condizioni fisiche del paziente non lo consentano, le DAT possono essere espresse attraverso videoregistrazione o dispositivi che consentano alla persona con disabilità di comunicare.

Con le medesime forme esse sono rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento.

Nei casi in cui ragioni di emergenza e urgenza impedissero di procedere alla revoca delle DAT con le forme previste dai periodi precedenti, queste possono essere revocate con dichiarazione verbale raccolta o videoregistrata da un medico, con l'assistenza di due testimoni.



Formalità per la redazione delle DAT

Forma:

- Atto pubblico
- Scrittura privata autenticata
- Scrittura privata consegnata personalmente dal disponente
 - Videoregistrazione
 - Altri dispositivi

Luogo di consegna:

- Ufficio dello stato civile
- Struttura sanitaria



Circolare del Ministero dell'Interno n. 1/2018

- l'ufficio dello stato civile è legittimato a ricevere esclusivamente le DAT consegnate personalmente dal disponente residente nel Comune, recanti la sua firma autografa. L'ufficio non è legittimato a ricevere le DAT recate da disponenti non residenti;
- l'ufficiale non partecipa alla redazione della disposizione né fornisce informazioni o avvisi in merito al contenuto della stessa, dovendosi limitare a verificare i presupposti della consegna - con particolare riguardo all'identità ed alla residenza del consegnante nel comune - e a riceverla;
- all'atto della consegna l'ufficiale fornisce al disponente formale ricevuta, con l'indicazione dei dati anagrafici dello stesso, data, firma e timbro dell'ufficio; tale ricevuta potrà essere apposta anche sulla copia della DAT eventualmente presentata dal disponente ed allo stesso riconsegnata trattenendo l'originale;
- la legge non disciplina l'istituzione di un nuovo registro dello stato civile, [...] l'ufficio, ricevuta la DAT, deve limitarsi a registrare un ordinato elenco cronologico delle dichiarazioni presentate, ed assicurare la loro adeguata conservazione in conformità ai principi di riservatezza dei dati personali di cui al d.lgs. n. 196/2003.
- Quanto alle indicazioni in merito alle modalità di trasmissione delle DAT alle strutture sanitarie, si segnala che le stesse richiedono la preventiva emanazione del decreto del Ministro della Salute previsto dalla Legge di Bilancio 2018. [...]

Banca dati delle DAT

Ad oggi le DAT sono pubblicizzate o in un registro comunale (ove già istituito) o in un registro sanitario elettronico su base regionale, ove le Regioni abbiano istituito una modalità telematica di gestione della cartella clinica. In tal caso il disponente ha la scelta se far pubblicare copia della DAT o lasciare solo indicazioni di chi sia il fiduciario o dove siano reperibili in copia.

La Legge di Bilancio del 2018 ai commi 418 e 419 dell'articolo 1 ha previsto e finanziato l'istituzione presso il Ministero della Salute di una Banca dati nazionale destinata alla registrazione delle DAT, per la cui attuazione "è autorizzata la spesa di 2 milioni di euro per l'anno 2018".

Per la realizzazione della Banca dati, il Ministero ha istituito con Decreto direttoriale del 22 marzo 2018 un Gruppo di lavoro, a cui partecipano rappresentanti del Ministero della Salute, delle Regioni e dell'Autorità garante per la protezione dei dati personali. Il Gruppo di lavoro definirà i contenuti informativi della Banca dati, le modalità di registrazione e di fruibilità delle DAT e le misure di sicurezza per la protezione dei dati personali.

Il Ministero provvederà con proprio Decreto, a seguito di intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni e acquisito il parere del Garante per la protezione dei dati personali, a stabilire le modalità di registrazione delle DAT nella Banca dati.

Il Notariato ha quasi ultimato un registro nazionale consultabile da parte di tutte le aziende sanitarie italiane, non accessibile al pubblico per motivi di privacy e senza costi per lo Stato.

TESTAMENTO BIOLOGICO
(DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ ANTICIPATA PER I TRATTAMENTI SANITARI)

Io sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____
residente a _____ prov. _____
indirizzo _____

nel pieno delle mie facoltà mentali, in totale libertà di scelta, dispongo quanto segue in merito alle decisioni da assumere nel caso necessari di cure mediche.

CONSENSO INFORMATO

1. ☐ Non voglio ☐ Voglio essere informato sul mio stato di salute e sulle mie aspettative di vita, anche se fossi affetto da malattia grave e non guaribile
2. Nel caso decidessi di non essere informato sul mio stato di salute e sugli esami diagnostici e le terapie da adottare, delego a essere informato e a decidere in mia vece il signor _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____
residente a _____ prov. _____
indirizzo _____

3. ☐ Voglio essere informato sui vantaggi e sui rischi degli esami diagnostici e delle terapie
4. ☐ Autorizzo i medici curanti ad informare le seguenti persone: _____

DISPOSIZIONI GENERALI

In caso di perdita della capacità di decidere o nel caso di impossibilità di comunicare le mie decisioni ai medici, formulo le seguenti disposizioni riguardo i trattamenti sanitari.
Disposizioni che perderanno di validità se, ripresa la piena coscienza, decidessi di annullarle o sostituirle.

Dispongo che i trattamenti:

1. ☐ Siano iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente non suscettibile di recupero
☐ Non siano continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di incoscienza permanente e senza possibilità di recupero
2. ☐ Siano iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata non suscettibile di recupero
☐ Non siano continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di demenza avanzata senza possibilità di recupero
3. ☐ Siano iniziati e continuati anche se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di paralisi con incapacità totale di comunicare verbalmente, per scritto o grazie all'ausilio di mezzi tecnologici
☐ Non siano continuati se il loro risultato fosse il mantenimento in uno stato di paralisi con incapacità totale di comunicare verbalmente, per scritto o grazie all'ausilio di mezzi tecnologici

DISPOSIZIONI PARTICOLARI

Qualora io avessi una malattia allo stadio terminale, o una lesione cerebrale invalidante e irreversibile, o una malattia che necessiti l'utilizzo permanente di macchine o se fossi in uno stato di permanente incoscienza (coma o persistente stato vegetativo) considerata irreversibile dai medici dispongo che:

1. ☐ Siano ☐ Non siano intrapresi tutti i provvedimenti volti ad alleviare le mie sofferenze (come l'uso di farmaci oppiacei) anche se il ricorso a essi rischiasse di anticipare la fine della mia vita
2. ☐ Non voglio che mi siano praticate forme di respirazione meccanica, anche invasiva
☐ Voglio essere liberato di interrompere in qualsiasi momento forme di respirazione meccanica, anche invasiva
3. ☐ Non voglio essere idratato o nutrito artificialmente.
4. ☐ Altre disposizioni personali: _____

NOMINA FIDUCIARIO

Qualora io perdessi la capacità di decidere o di comunicare le mie decisioni, nomino mio rappresentante fiduciario che si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto delle mie volontà espresse nella presente carta, il signor _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____
residente a _____ prov. _____
indirizzo _____ n. tel _____

Nel caso in cui il mio rappresentante fiduciario sia nell'impossibilità di esercitare la sua funzione delego a sostituirlo in questo compito il signor _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____
residente a _____ prov. _____
indirizzo _____ n. tel _____

Data: _____ In fede, _____

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del decreto legislativo 196/2003.

Data: _____ In fede, _____

Art. 5, commi 1, 2, 3 e 4.

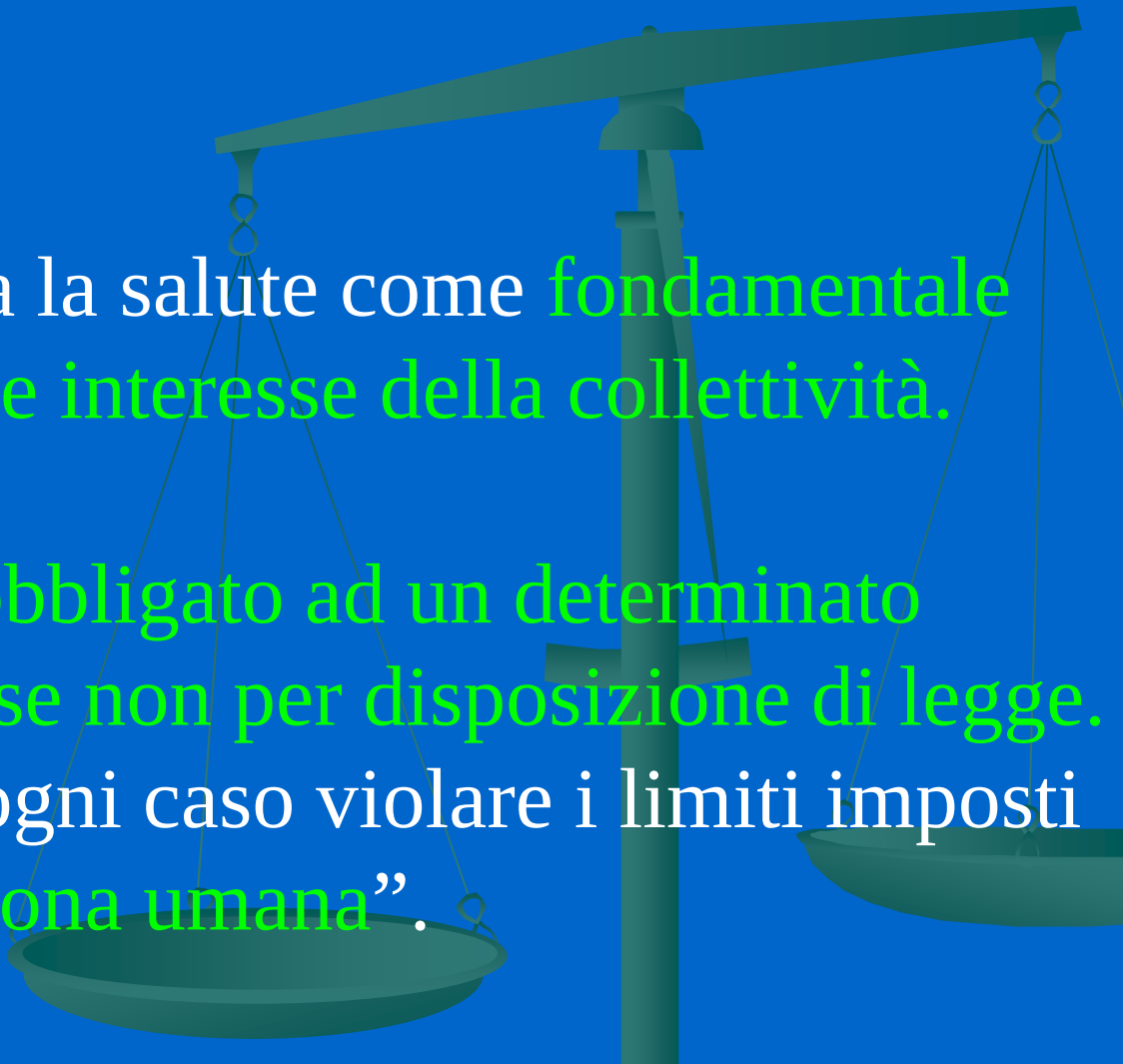
1. Nella relazione tra paziente e medico di cui all'articolo 1, comma 2, rispetto all'evolversi delle conseguenze di una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta, **può essere realizzata una pianificazione delle cure condivisa tra il paziente e il medico**, alla quale il medico e l'équipe sanitaria sono tenuti ad attenersi qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità.
2. Il paziente e, con il suo consenso, i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di sua fiducia sono adeguatamente informati, ai sensi dell'articolo 1, comma 3, in particolare sul possibile evolversi della patologia in atto, su quanto il paziente può realisticamente attendersi in termini di qualità della vita, sulle possibilità cliniche di intervenire e sulle cure palliative.
3. Il paziente esprime il proprio consenso rispetto a quanto proposto dal medico ai sensi del comma 2 e i propri intendimenti per il futuro, compresa l'eventuale indicazione di un fiduciario.
4. Il consenso del paziente e l'eventuale indicazione di un fiduciario, di cui al comma 3, sono espressi in forma scritta ovvero, nel caso in cui le condizioni fisiche del paziente non lo consentano, attraverso video-registrazione o dispositivi che consentano alla persona con disabilità di comunicare, e sono inseriti nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico. La pianificazione delle cure può essere aggiornata al progressivo evolversi della malattia, su richiesta del paziente o su suggerimento del medico.

Costituzione italiana, 1948

Art. 32:

“La Repubblica tutela la salute come **fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività**.

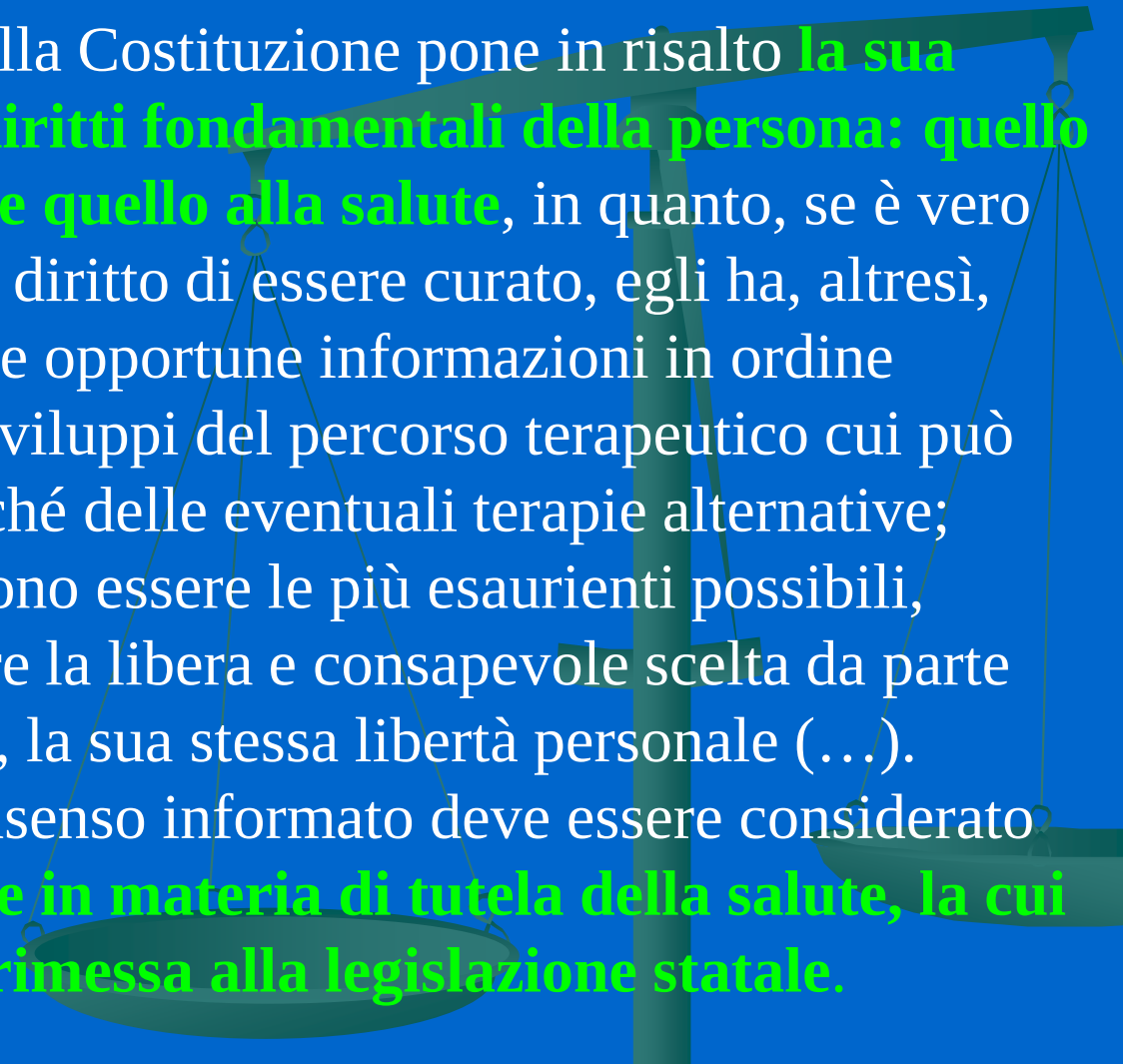
Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in ogni caso violare i limiti imposti dal **rispetto della persona umana**”.



Corte costituzionale, 23 dicembre 2008, n. 438

La circostanza che il consenso informato trova il suo fondamento negli artt. 2, 13 e 32 della Costituzione pone in risalto **la sua funzione di sintesi di due diritti fondamentali della persona: quello all'autodeterminazione e quello alla salute**, in quanto, se è vero che ogni individuo ha il diritto di essere curato, egli ha, altresì, il diritto di ricevere le opportune informazioni in ordine alla natura e ai possibili sviluppi del percorso terapeutico cui può essere sottoposto, nonché delle eventuali terapie alternative; informazioni che devono essere le più esaurienti possibili, proprio al fine di garantire la libera e consapevole scelta da parte del paziente e, quindi, la sua stessa libertà personale (...).

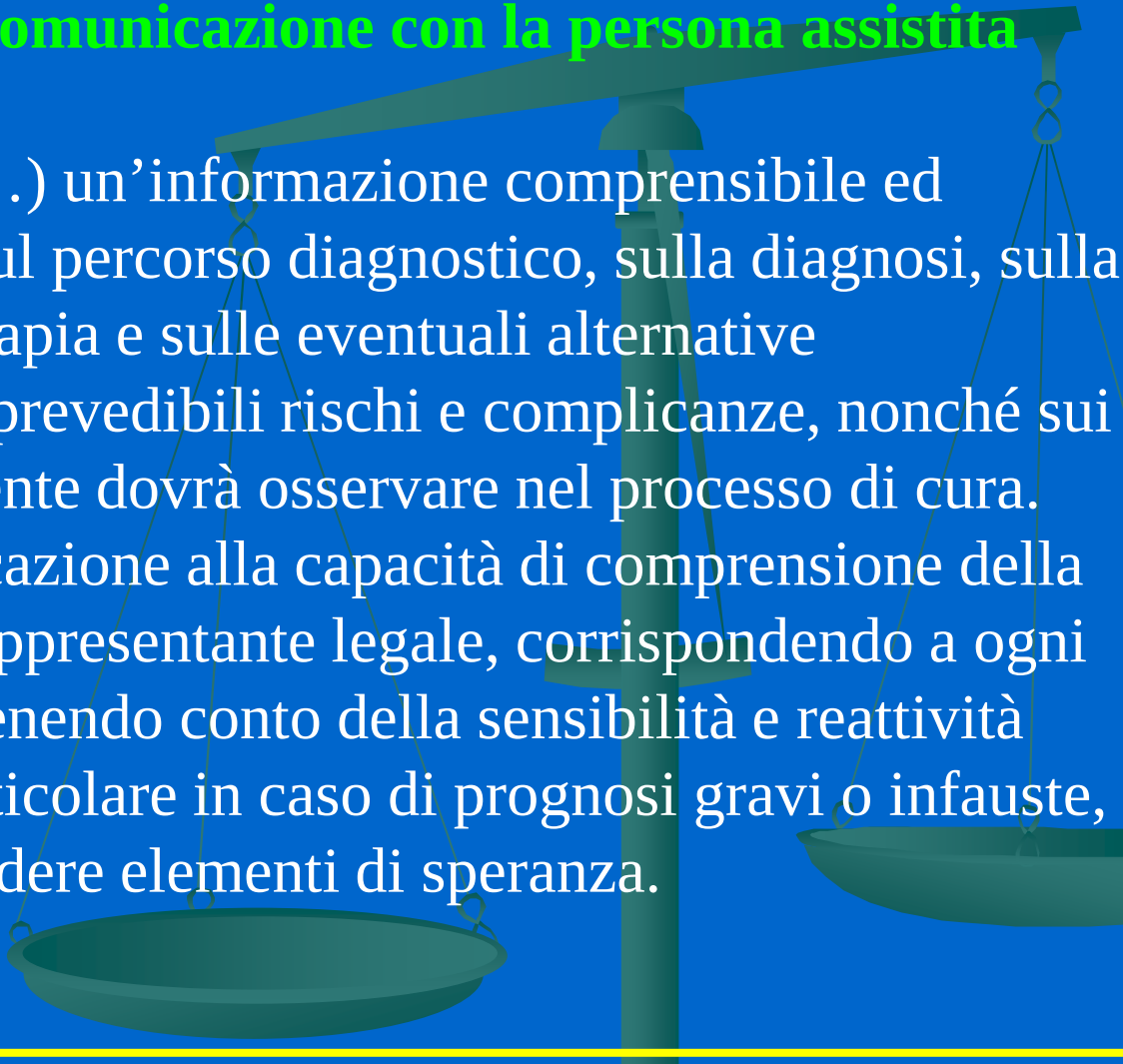
Discende da ciò che il consenso informato deve essere considerato **un principio fondamentale in materia di tutela della salute, la cui conformazione è rimessa alla legislazione statale.**



Codice deontologico dei Medici-chirurghi e degli Odontoiatri

Art. 33 Informazione e comunicazione con la persona assistita

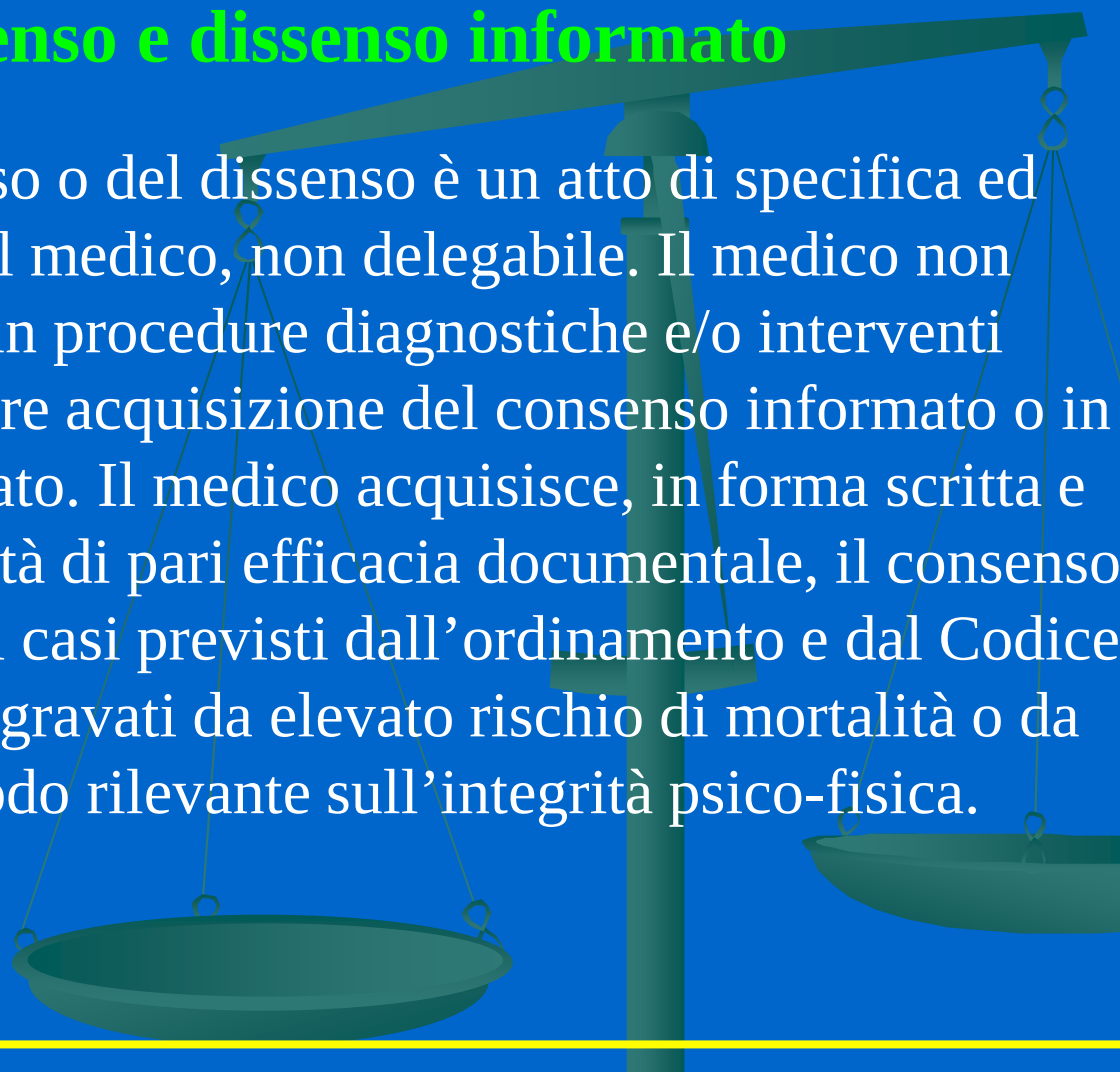
Il medico garantisce (...) un'informazione comprensibile ed esaustiva sulla prevenzione, sul percorso diagnostico, sulla diagnosi, sulla prognosi, sulla terapia e sulle eventuali alternative diagnostico-terapeutiche, sui prevedibili rischi e complicanze, nonché sui comportamenti che il paziente dovrà osservare nel processo di cura. Il medico adegua la comunicazione alla capacità di comprensione della persona assistita o del suo rappresentante legale, corrispondendo a ogni richiesta di chiarimento, tenendo conto della sensibilità e reattività emotiva dei medesimi, in particolare in caso di prognosi gravi o infauste, senza escludere elementi di speranza.



Codice deontologico dei Medici-chirurghi e degli Odontoiatri

Art. 35 Consenso e dissenso informato

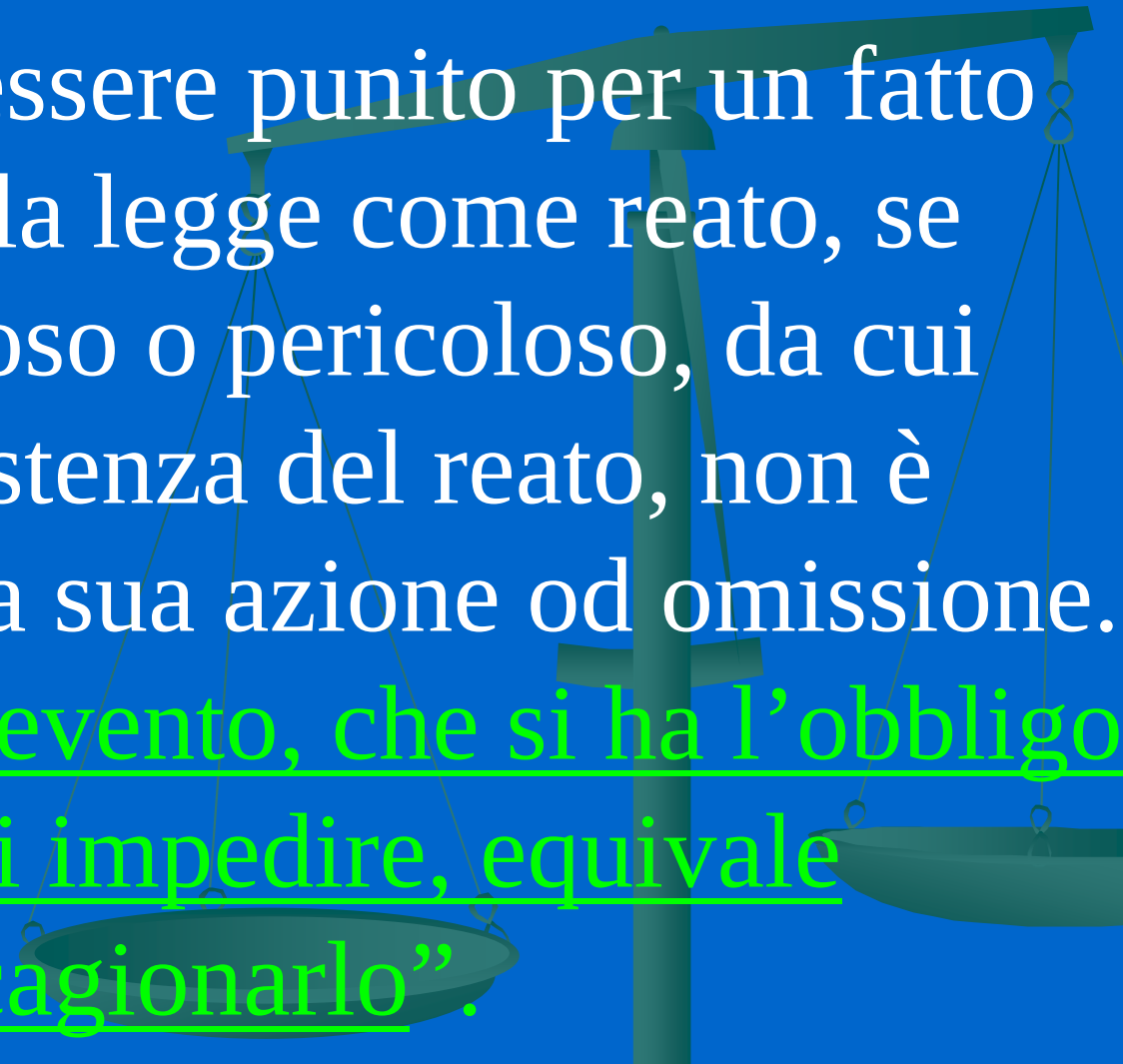
L'acquisizione del consenso o del dissenso è un atto di specifica ed esclusiva competenza del medico, non delegabile. Il medico non intraprende né prosegue in procedure diagnostiche e/o interventi terapeutici senza la preliminare acquisizione del consenso informato o in presenza di dissenso informato. Il medico acquisisce, in forma scritta e sottoscritta o con altre modalità di pari efficacia documentale, il consenso o il dissenso del paziente, nei casi previsti dall'ordinamento e dal Codice e in quelli prevedibilmente gravati da elevato rischio di mortalità o da esiti che incidano in modo rilevante sull'integrità psico-fisica.



Codice penale italiano, 1930

Art. 40. Rapporto di causalità.

“Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se l’evento dannoso o pericoloso, da cui dipende l’esistenza del reato, non è conseguenza della sua azione od omissione.
Non impedire un evento, che si ha l’obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo”.



Cassazione civile, 16 ottobre 2007, n. 21748



richiesta dell'emanazione
di un ordine di interruzione dell'alimentazione forzata
(mediante sondino nasogastrico) che tiene in vita E.E.

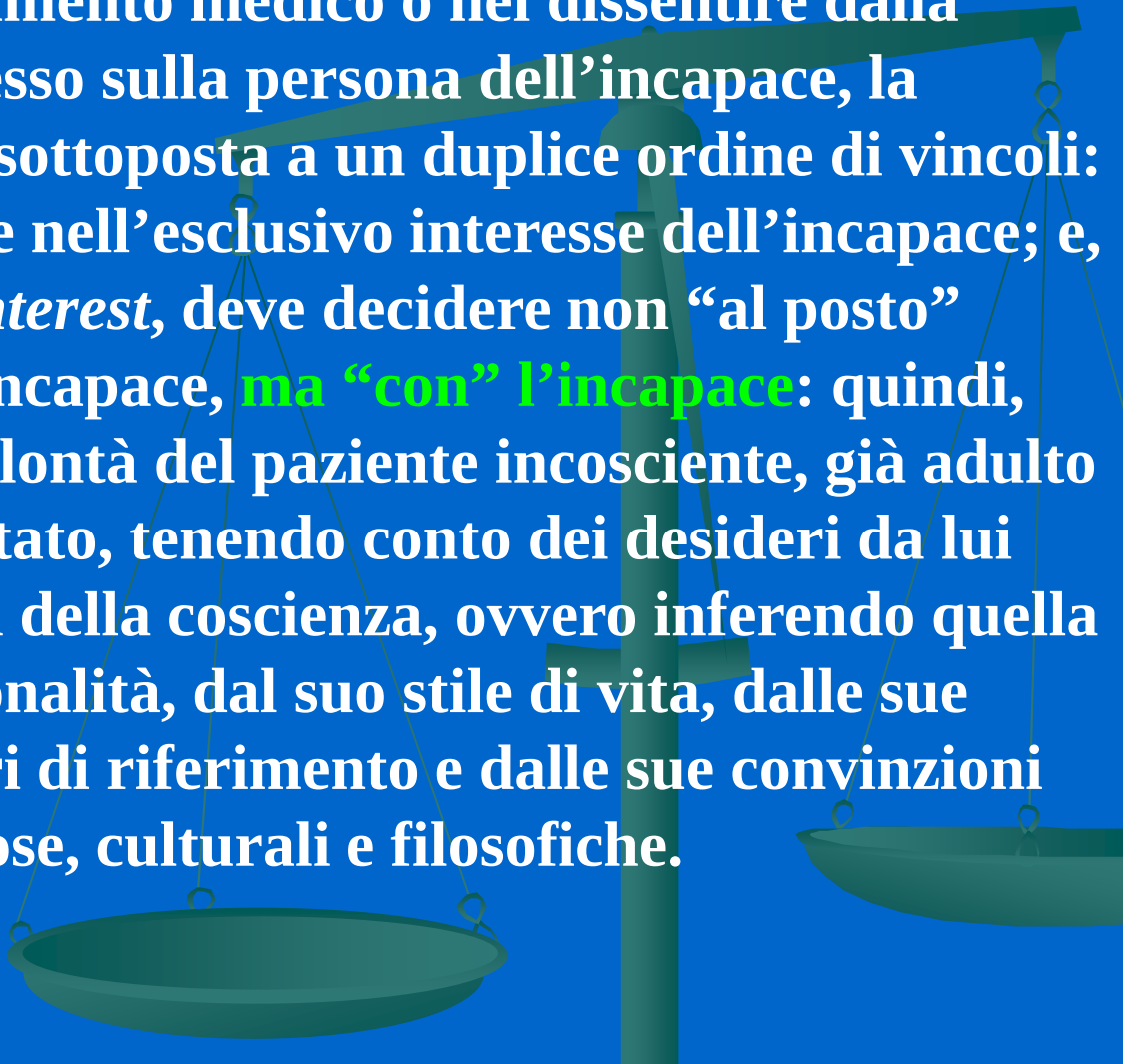


stato vegetativo irreversibile dal 1992:

soggetto che, “pur essendo in grado di respirare spontaneamente, e pur conservando le funzioni cardiovascolari, gastrointestinali e renali, è radicalmente incapace di vivere esperienze cognitive ed emotive, e quindi di avere alcun contatto con l'ambiente esterno: i suoi riflessi del tronco e spinali persistono, ma non vi è in lei alcun segno di attività psichica e di partecipazione all'ambiente, né vi è alcuna capacità di risposta comportamentale volontaria agli stimoli sensoriali esterni (visivi, uditivi, tattili, dolorifici), le sue uniche attività motorie riflesse consistendo in una redistribuzione del tono muscolare”.

Cassazione civile, 16 ottobre 2007, n. 21748

Nel consentire al trattamento medico o nel dissentire dalla prosecuzione dello stesso sulla persona dell'incapace, la rappresentanza del tutore è sottoposta a un duplice ordine di vincoli: egli deve, innanzitutto, agire nell'esclusivo interesse dell'incapace; e, nella ricerca del *best interest*, deve decidere non “al posto” dell'incapace né “per” l'incapace, **ma “con” l'incapace**: quindi, ricostruendo la presunta volontà del paziente incosciente, già adulto prima di cadere in tale stato, tenendo conto dei desideri da lui espressi prima della perdita della coscienza, ovvero inferendo quella volontà dalla sua personalità, dal suo stile di vita, dalle sue inclinazioni, dai suoi valori di riferimento e dalle sue convinzioni etiche, religiose, culturali e filosofiche.



Cassazione civile, 16 ottobre 2007, n. 21748

La comunità deve mettere a disposizione di chi ne ha bisogno e lo richiede tutte le migliori cure e i presidi che la scienza medica è in grado di apprestare per affrontare la lotta per restare in vita, a prescindere da quanto la vita sia precaria e da quanta speranza vi sia di recuperare le funzioni cognitive. Lo reclamano tanto l'idea di una universale eguaglianza tra gli esseri umani quanto l'altrettanto universale dovere di solidarietà nei confronti di coloro che, tra essi, sono i soggetti più fragili. Ma – accanto a chi ritiene che sia nel proprio miglior interesse essere tenuto in vita artificialmente il più a lungo possibile, anche privo di coscienza – **c'è chi, legando indissolubilmente la propria dignità alla vita di esperienza e questa alla coscienza, ritiene che sia assolutamente contrario ai propri convincimenti sopravvivere indefinitamente in una condizione di vita priva della percezione del mondo esterno.**

INTERRUZIONE DELLE CURE SE:



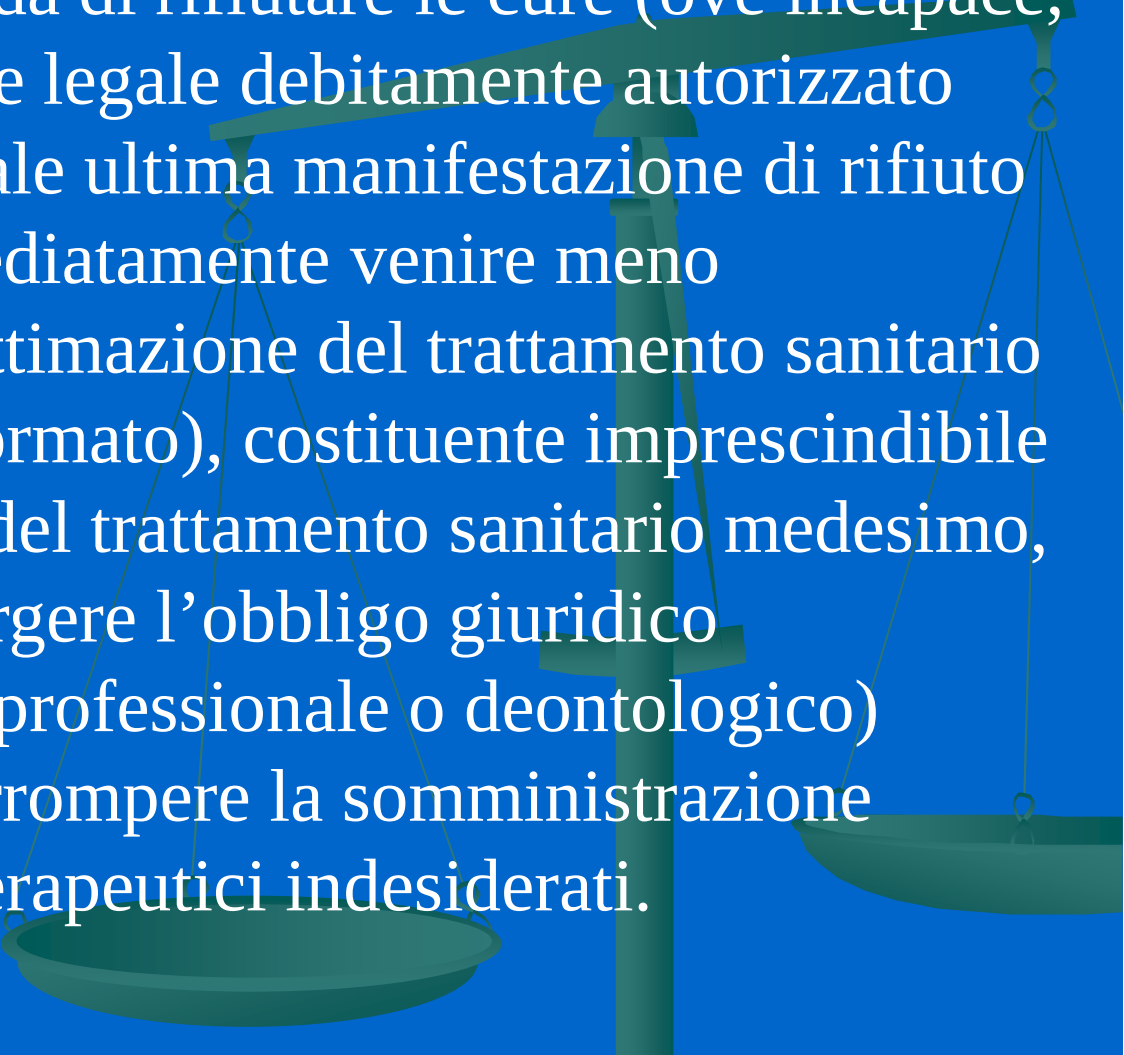
la condizione di stato vegetativo è, in base ad un rigoroso apprezzamento clinico, irreversibile e non vi è alcun fondamento medico, secondo gli standard scientifici riconosciuti a livello internazionale, che lasci supporre che la persona abbia la benché minima possibilità di un qualche, sia pure flebile, recupero della coscienza e di ritorno ad una vita fatta anche di percezione del mondo esterno;



e sempre che tale condizione – tenendo conto della volontà espressa dall'interessato prima di cadere in tale stato ovvero dei valori di riferimento e delle convinzioni dello stesso – sia incompatibile con la rappresentazione di sé sulla quale egli aveva costruito la sua vita fino a quel momento e sia contraria al di lui modo di intendere la dignità della persona.

TAR Lombardia, 26 gennaio 2009, n. 214

Qualora l'ammalato decida di rifiutare le cure (ove incapace, tramite rappresentante legale debitamente autorizzato dal Giudice Tutelare), tale ultima manifestazione di rifiuto farebbe immediatamente venire meno il titolo giuridico di legittimazione del trattamento sanitario (ovvero il consenso informato), costituente imprescindibile **presupposto di liceità** del trattamento sanitario medesimo, venendo a sorgere l'obbligo giuridico (prima ancora che professionale o deontologico) del medico di interrompere la somministrazione di mezzi terapeutici indesiderati.

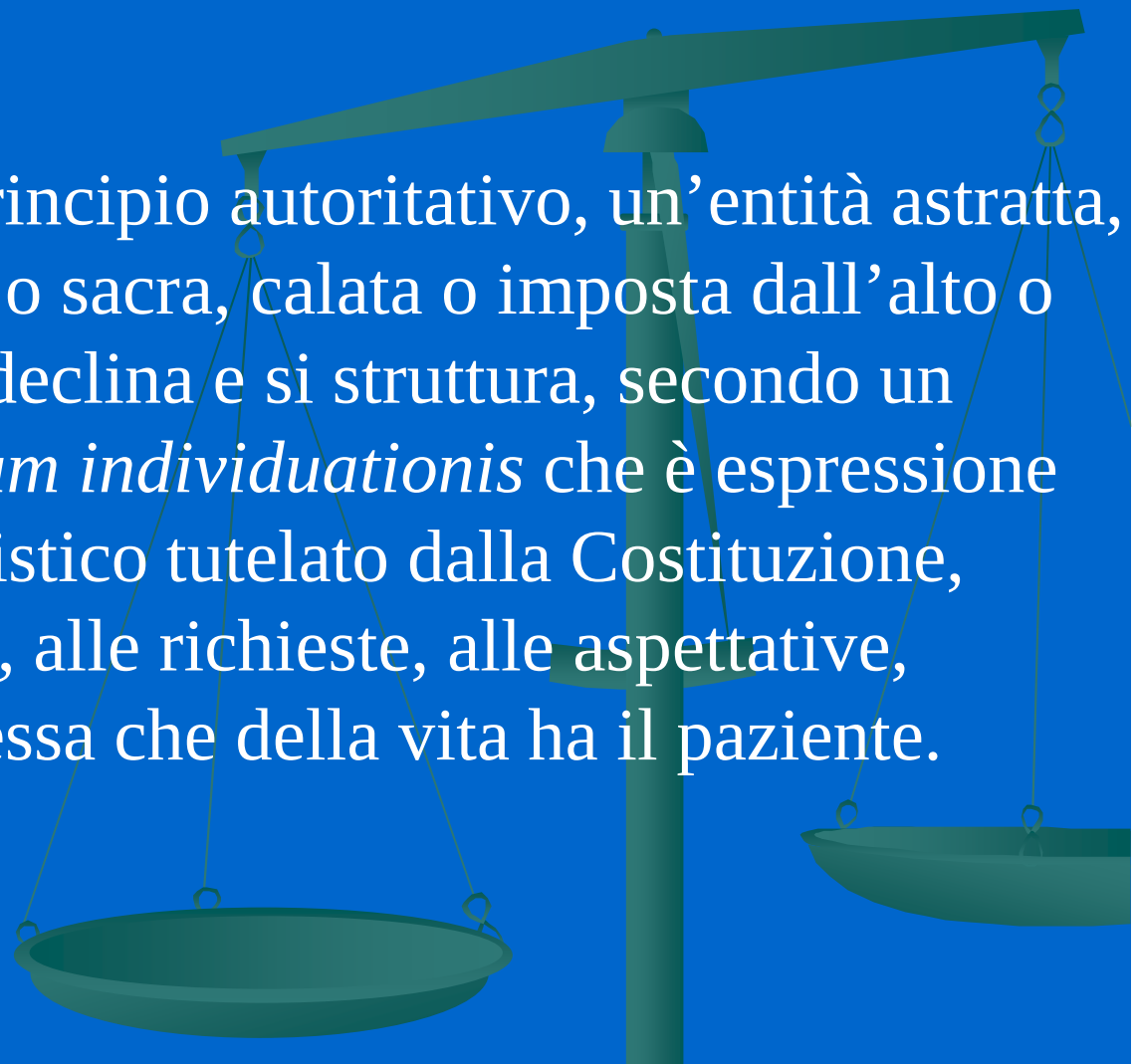


TAR Lombardia, 26 gennaio 2009, n. 214

Rifiutare il ricovero ospedaliero, dovuto in linea di principio da parte del SSN a chiunque sia affetto da patologie mediche, solo per il fatto che il malato abbia preannunciato la propria intenzione di avvalersi del suo diritto alla interruzione del trattamento, **significa di fatto limitare indebitamente tale diritto**. L'accettazione presso la struttura sanitaria pubblica non può, infatti, essere condizionata alla rinuncia del malato ad esercitare un suo diritto fondamentale. Né il rifiuto opposto dall'Amministrazione alla richiesta del sig. Englaro può giustificarsi in base a ragioni attinenti **l'obiezione di coscienza**.

Spetta infatti alla legge disciplinare compiutamente le modalità e i limiti entro cui possono assumere rilevanza i convincimenti intimi del singolo medico, ferma la necessità che la struttura ospedaliera garantisca comunque la doverosità del “satisfacere officio”.

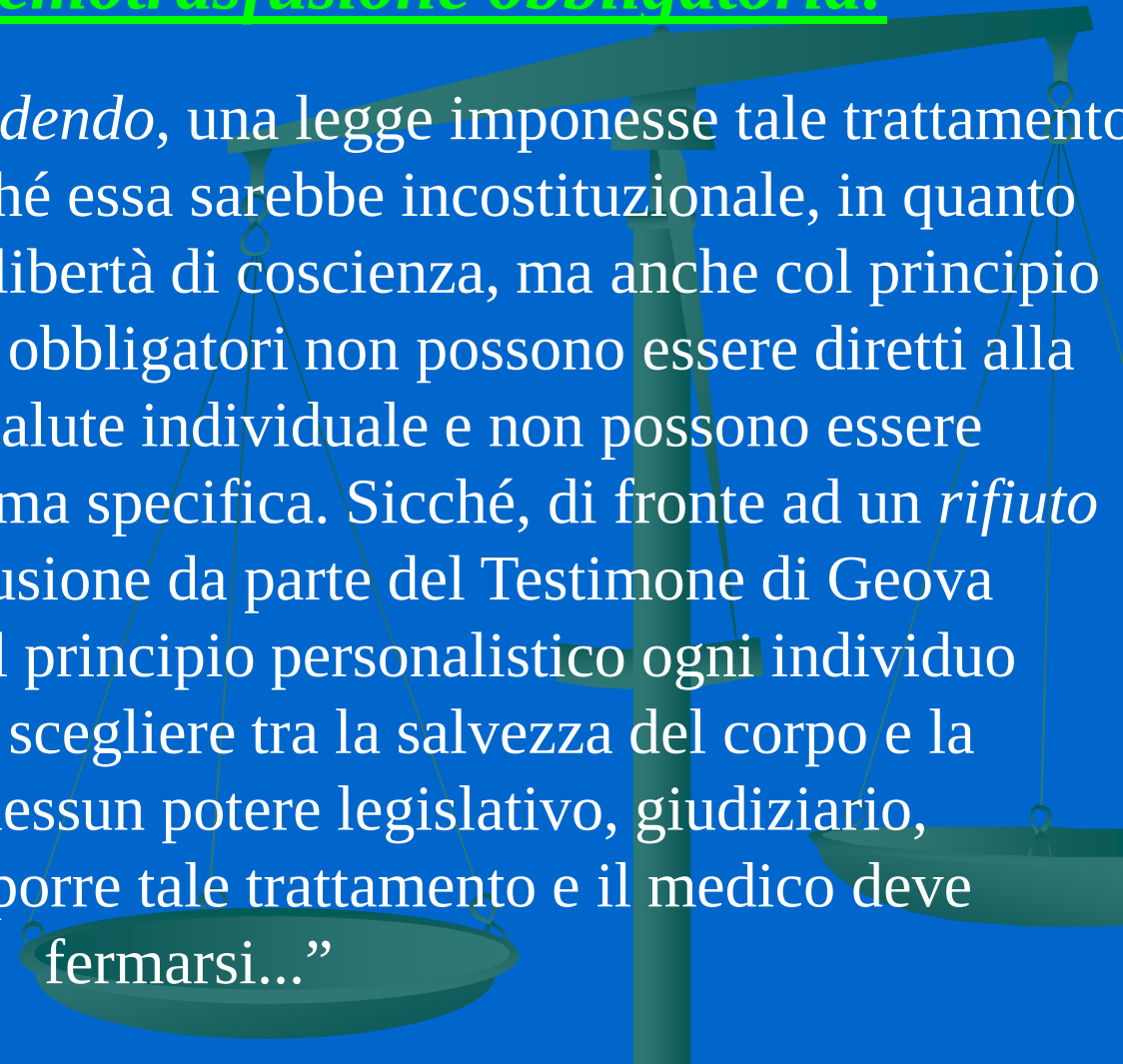
La “cura” non è più un principio autoritativo, un’entità astratta, oggettivata, misteriosa o sacra, calata o imposta dall’alto o dall’esterno, ma si declina e si struttura, secondo un fondamentale *principium individuationis* che è espressione del valore personalistico tutelato dalla Costituzione, in base ai bisogni, alle richieste, alle aspettative, alla concezione stessa che della vita ha il paziente.



Mantovani, Il problema della disponibilità del corpo umano, 1992

illegittimità dell'emotrasfusione obbligatoria:

“anche se domani, *de iure condendo*, una legge imponesse tale trattamento ai Testimoni di Geova, perché essa sarebbe incostituzionale, in quanto contrastante non solo con la libertà di coscienza, ma anche col principio per cui i trattamenti sanitari obbligatori non possono essere diretti alla salvaguardia della sola salute individuale e non possono essere coattivamente eseguiti in forma specifica. Sicché, di fronte ad un *rifiuto autentico* della emotrasfusione da parte del Testimone di Geova capace, avendo in base al principio personalistico ogni individuo il diritto di liberamente scegliere tra la salvezza del corpo e la salvezza dell'anima, nessun potere legislativo, giudiziario, amministrativo, può imporre tale trattamento e il medico deve fermarsi...”



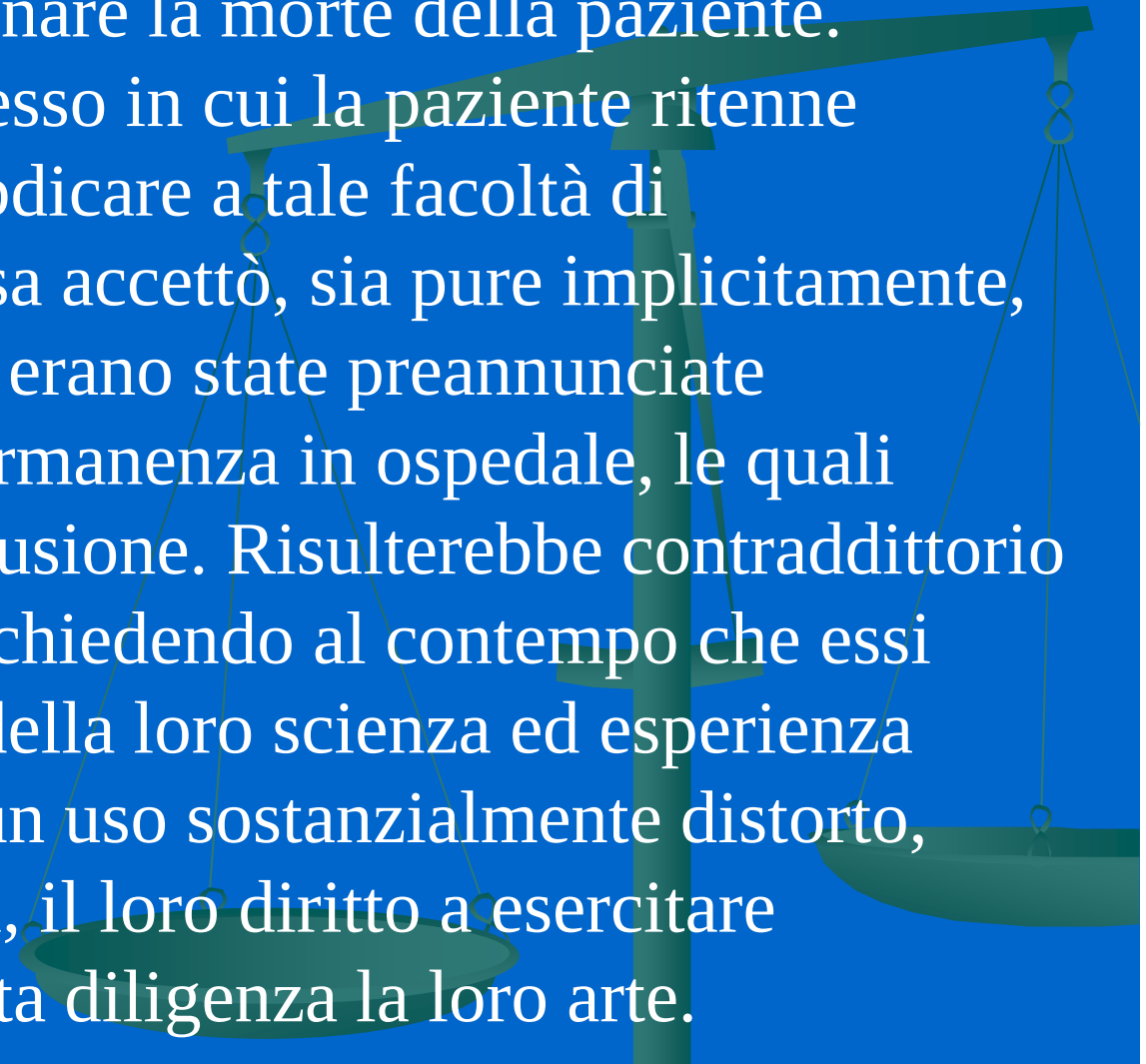
Tribunale Milano, 1° aprile 2015

Non è necessario stabilire se tali testimonianze fossero pienamente attendibili o no. Neppure è decisivo accertare se la paziente, con quel ripetuto scotimento del capo o con quell'allargare le braccia, volesse effettivamente esprimere forte dissenso rispetto alla (sola) trasfusione.

Quel che è certo è che la paziente non ritenne di rifiutare l'intervento chirurgico connesso alle trasfusioni. Qualora avesse ella davvero inteso rifiutare di sottrarsi al rischio di morte che i medici le avevano prospettato, avrebbe allora assai semplicemente potuto impedire tale trasfusione così profondamente avversata, chiedendo di essere dimessa immediatamente dall'ospedale o, almeno, rifiutando (anche) l'intervento.

Tribunale Milano, 1° aprile 2015

L'alleanza terapeutica non può mai risolversi nel costringere i sanitari a praticare interventi che essi sanno destinati a cagionare la morte della paziente. Nel momento stesso in cui la paziente ritenne di poter abdicare a tale facoltà di scelta (dimissioni), essa accettò, sia pure implicitamente, le cure che le erano state preannunciate nel caso di sua permanenza in ospedale, le quali comprendevano la trasfusione. Risulterebbe contraddittorio affidarsi ai medici chiedendo al contempo che essi non facciano uso della loro scienza ed esperienza o che ne facciano un uso sostanzialmente distorto, violando, così, il loro diritto a esercitare con la dovuta diligenza la loro arte.

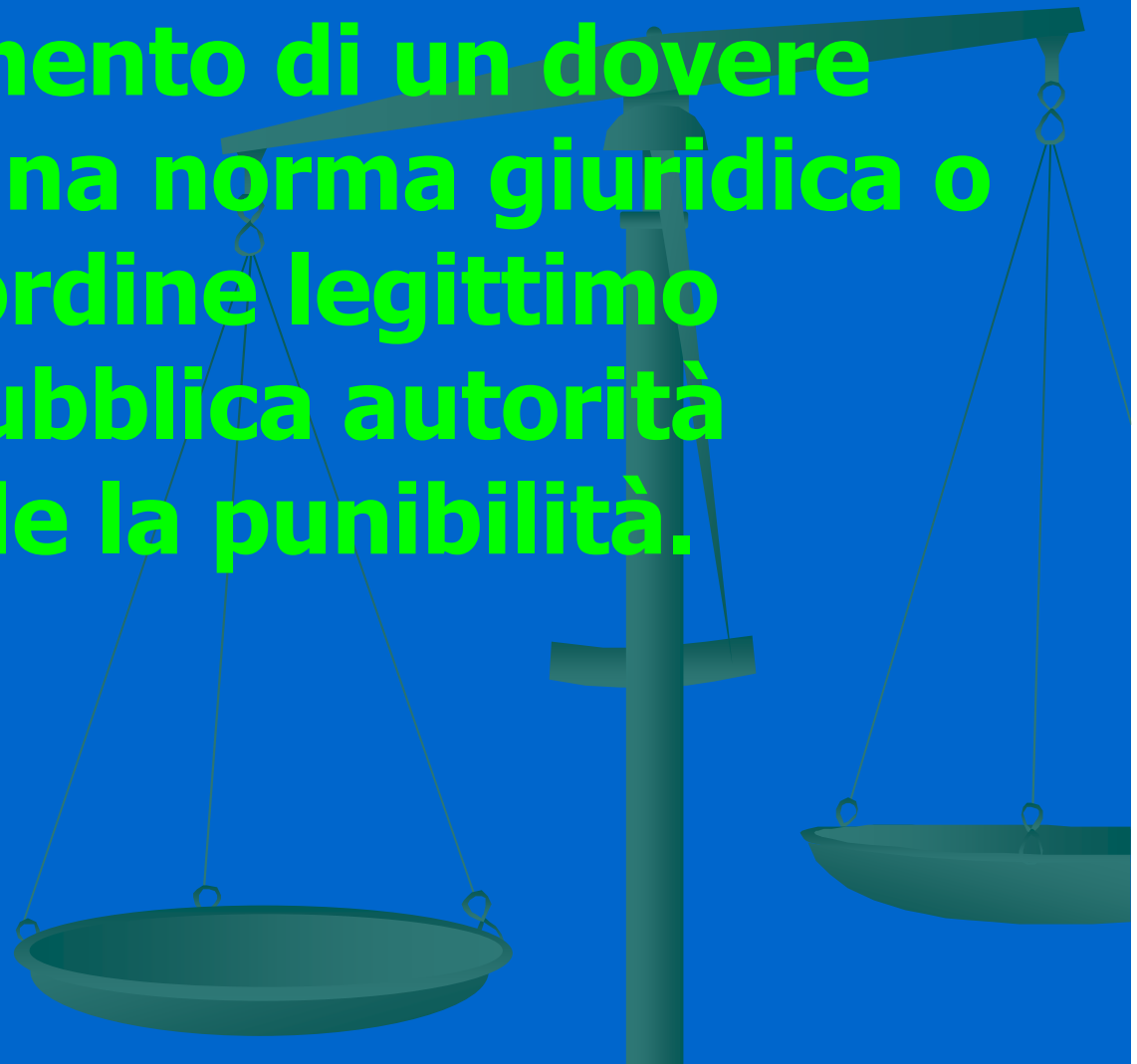


Consiglio di Stato, 2 settembre 2014, n. 4460

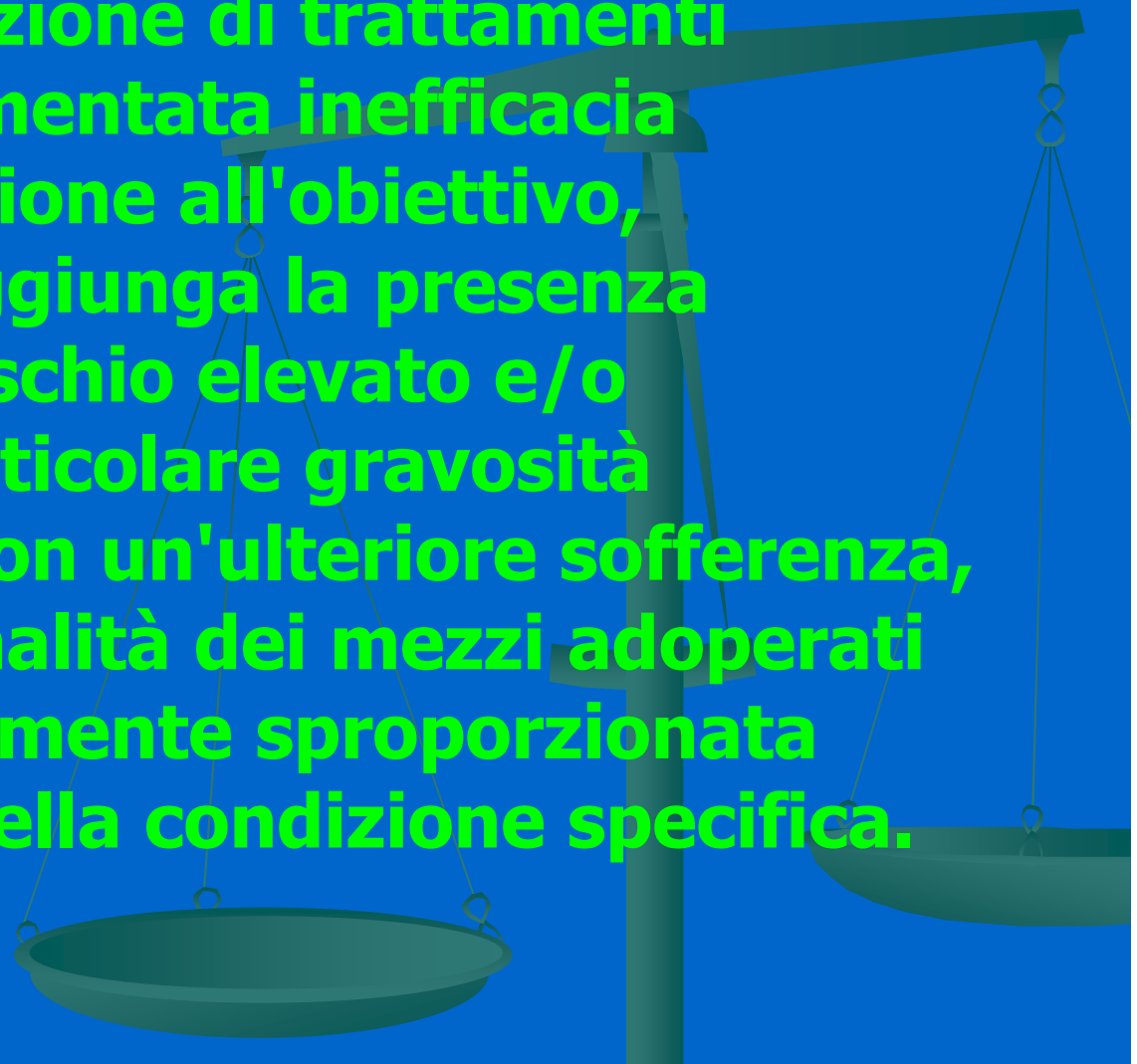
Ciò non deve naturalmente comportare **un pericoloso soggettivismo curativo o un relativismo terapeutico nel quale è “cura” tutto ciò che il singolo malato vuole o crede, perché nell’alleanza terapeutica è e resta fondamentale l’insostituibile ruolo del medico nel selezionare e nell’attuare le opzioni curative scientificamente valide e necessarie al caso**, ma solo ribadire che la nozione statica e “medicale” di salute, legata cioè ad una dimensione oggettiva e fissa del benessere psico-fisico della persona, deve cedere il passo ad una concezione soggettiva e dinamica del concreto contenuto del diritto alla salute, che si costruisce nella continua e rinnovata dialettica medico-paziente, di modo che tale contenuto, dal suo formarsi, al suo manifestarsi sino al suo svolgersi, corrisponda effettivamente all’idea che di sé e della propria dignità, attraverso il perseguimento del proprio benessere, ha il singolo paziente per realizzare pienamente la sua personalità.

Art. 51 c.p., Adempimento di un dovere

**L'adempimento di un dovere
imposto da una norma giuridica o
da un ordine legittimo
della pubblica autorità
esclude la punibilità.**

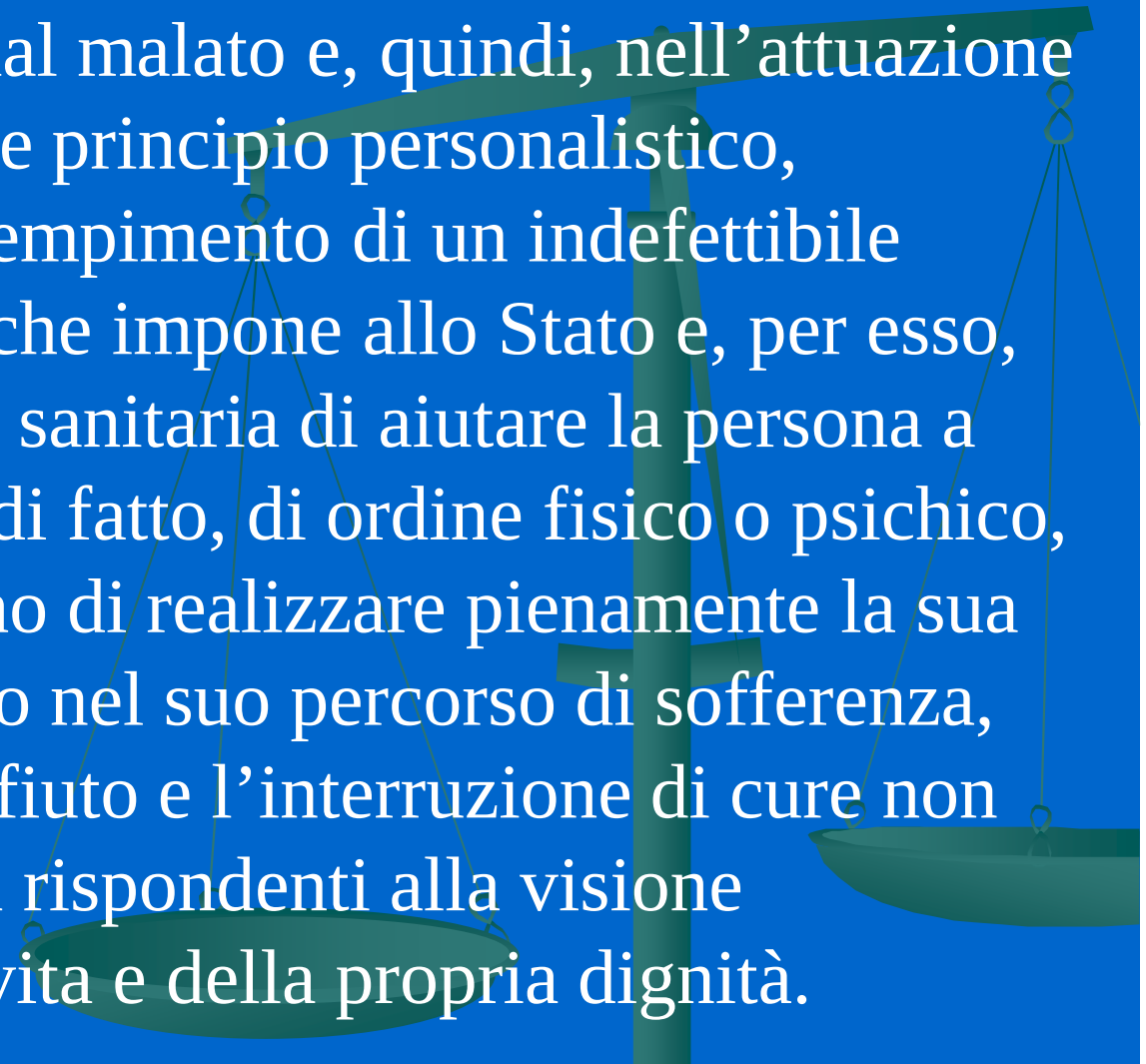


L'accanimento terapeutico consiste nell'esecuzione di trattamenti di documentata inefficacia in relazione all'obiettivo, a cui si aggiunga la presenza di un rischio elevato e/o una particolare gravosità per il paziente con un'ulteriore sofferenza, in cui l'eccezionalità dei mezzi adoperati risulti chiaramente sproporzionata agli obiettivi della condizione specifica.



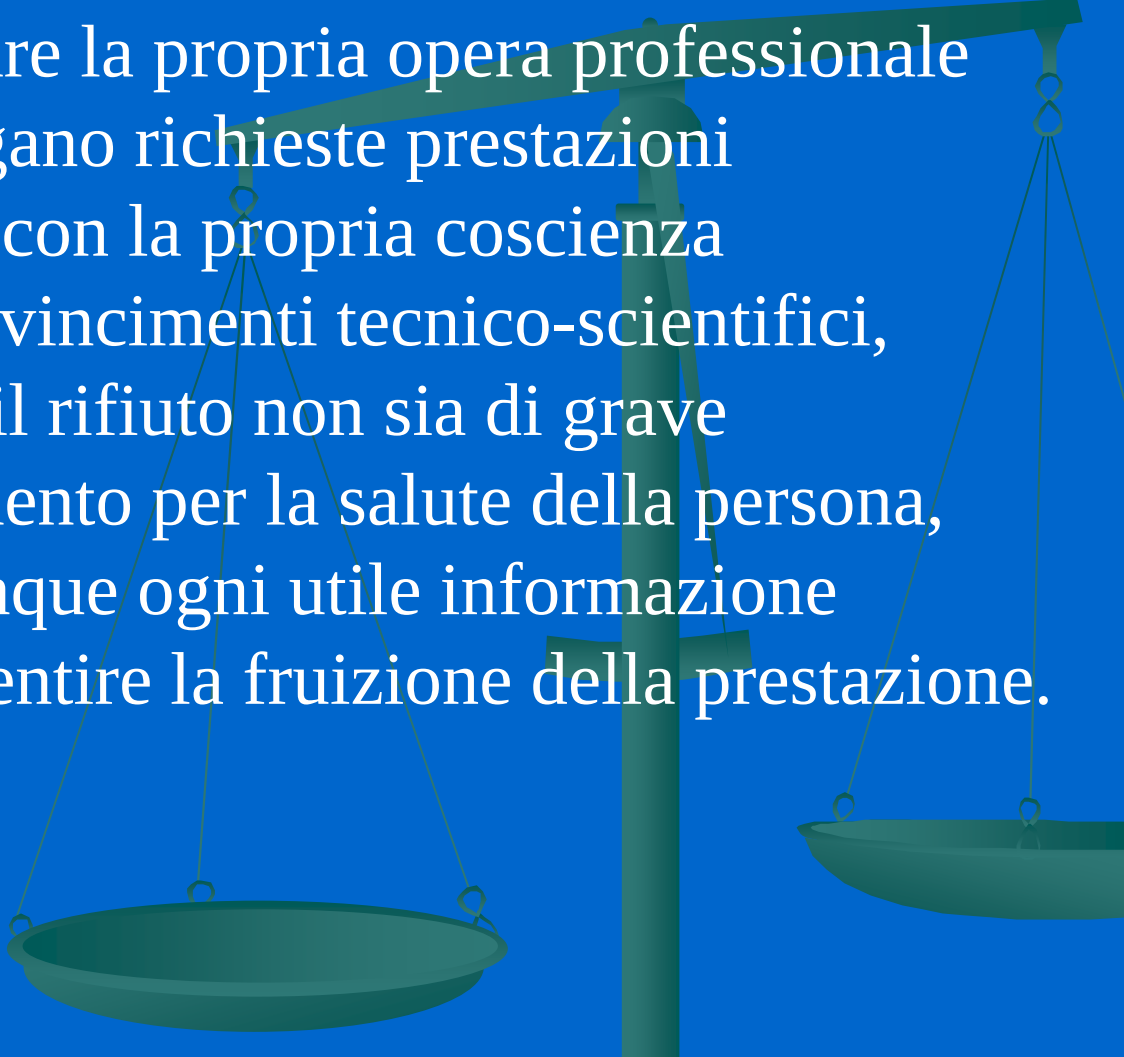
Consiglio di Stato, 2 settembre 2014, n. 4460

L'obbligo di *facere* in capo all'Amministrazione non discende solo dall'espressa volontà di interrompere il trattamento sanitario, manifestata dal malato e, quindi, nell'attuazione dell'inviolabile principio personalistico, ma anche dall'adempimento di un indefettibile dovere solidaristico, che impone allo Stato e, per esso, all'amministrazione sanitaria di aiutare la persona a rimuovere gli ostacoli di fatto, di ordine fisico o psichico, che non le consentono di realizzare pienamente la sua personalità, anzitutto nel suo percorso di sofferenza, anche attraverso il rifiuto e l'interruzione di cure non avvertite più rispondenti alla visione della propria vita e della propria dignità.



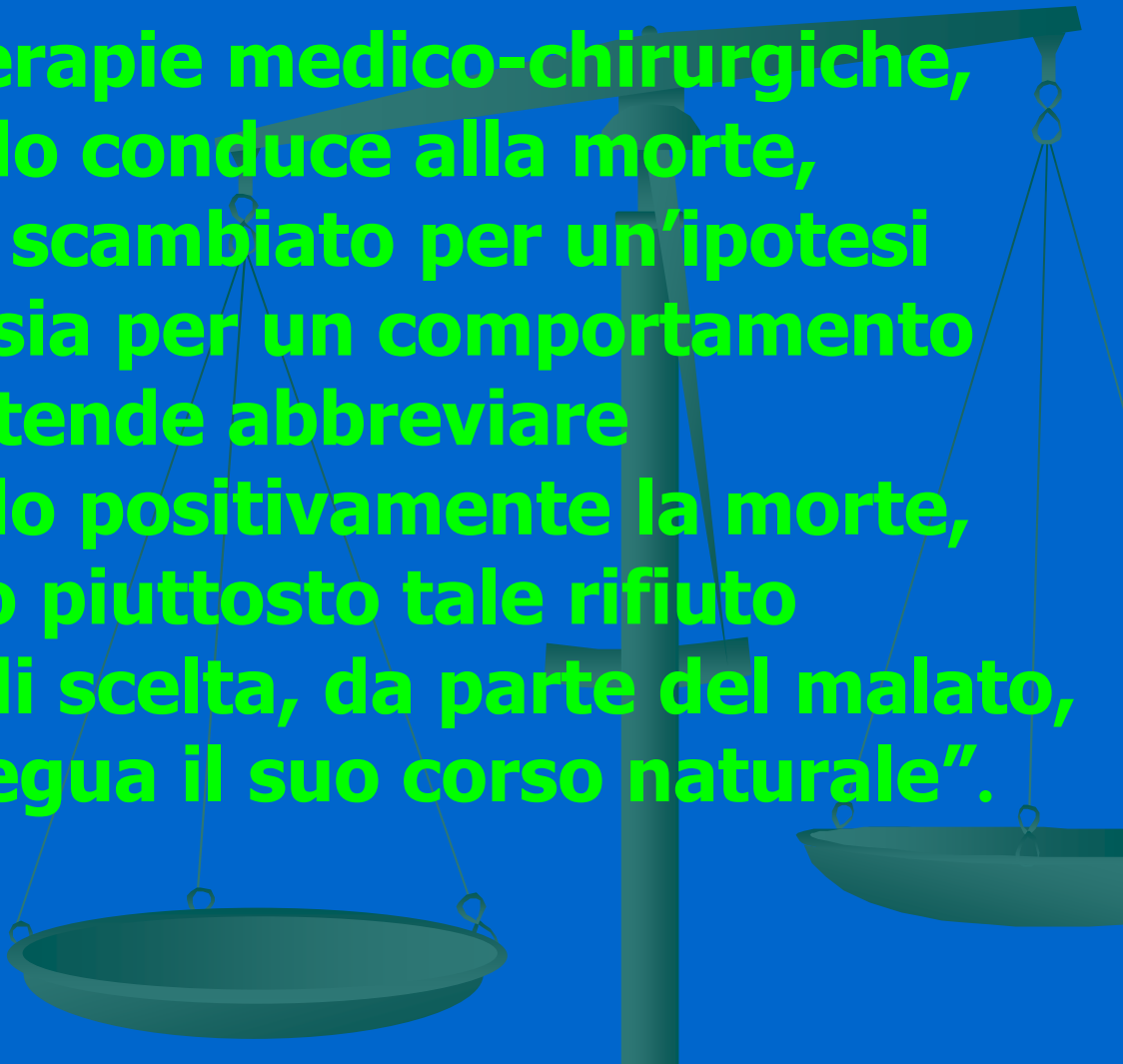
Codice deontologico, art. 22.

Il medico può rifiutare la propria opera professionale quando vengano richieste prestazioni in contrasto con la propria coscienza o con i propri convincimenti tecnico-scientifici, a meno che il rifiuto non sia di grave e immediato nocumento per la salute della persona, fornendo comunque ogni utile informazione e chiarimento per consentire la fruizione della prestazione.



Trib. Cagliari, 16 luglio - 5 dicembre 2016

**“il rifiuto delle terapie medico-chirurgiche,
anche quando conduce alla morte,
non può essere scambiato per un’ipotesi
di eutanasia, ossia per un comportamento
che intende abbreviare
la vita, causando positivamente la morte,
esprimendo piuttosto tale rifiuto
un atteggiamento di scelta, da parte del malato,
che la malattia segua il suo corso naturale”.**

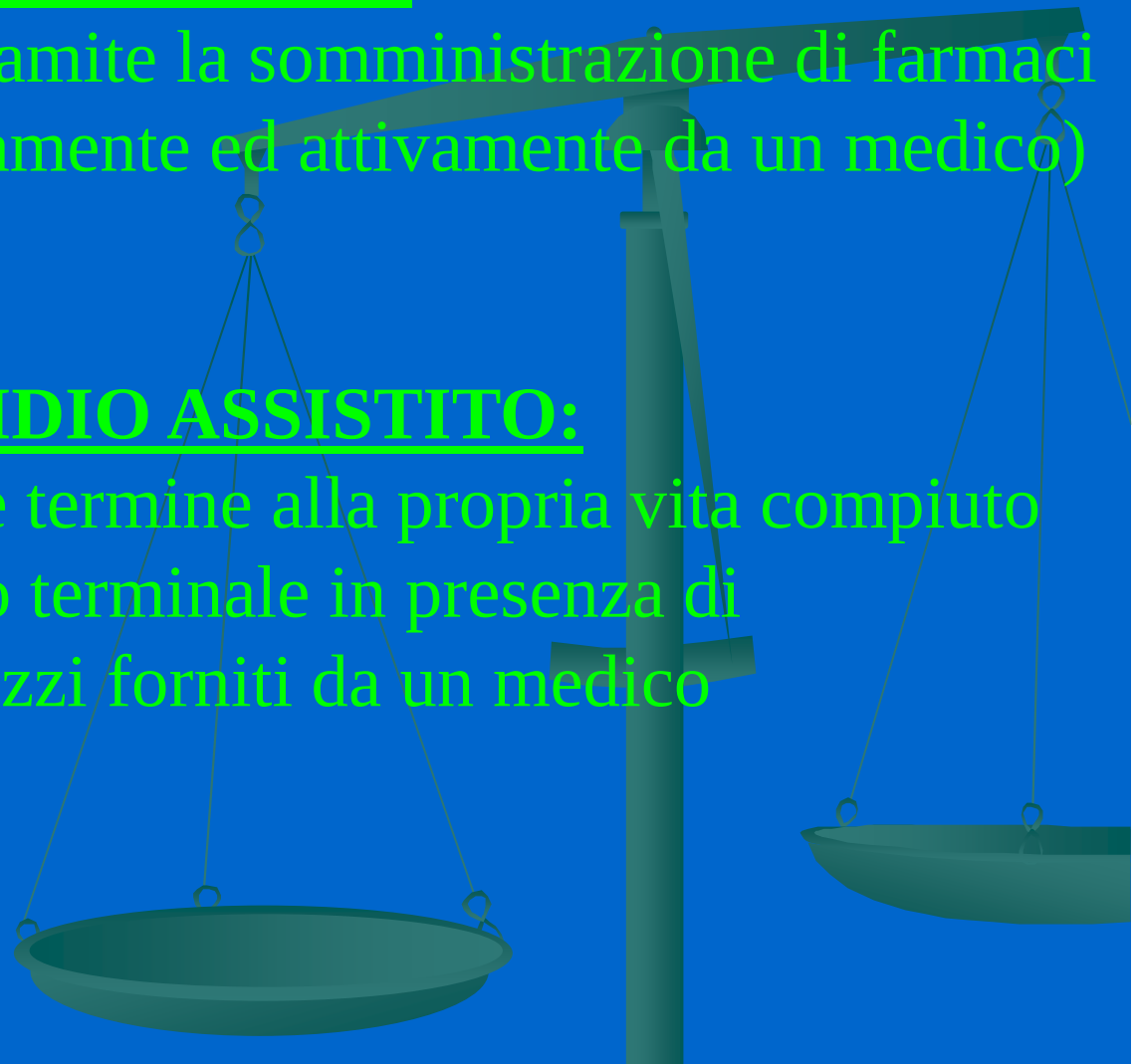


EUTANASIA:

il decesso è provocato tramite la somministrazione di farmaci
(morte cagionata direttamente ed attivamente da un medico)

SUICIDIO ASSISTITO:

atto autonomo di porre termine alla propria vita compiuto
da un malato terminale in presenza di
e/o con mezzi forniti da un medico



Art. 579 c.p., Omicidio del consenziente:
**Chiunque cagiona la morte di un uomo,
col consenso di lui,
è punito con la reclusione da sei a quindici anni.**

Art. 580 c.p., Istigazione o aiuto al suicidio:
**Chiunque determina altri al suicidio o rafforza
l'altrui proposito di suicidio,
ovvero ne agevola in qualsiasi modo l'esecuzione,
è punito, se il suicidio avviene,
con la reclusione da cinque a dodici anni.**

Codice deontologico, art. 26.

(...) Il medico riporta nella cartella clinica i dati anamnestici e quelli obiettivi relativi alla condizione clinica e alle attività diagnostico-terapeutiche a tal fine praticate; registra il decorso clinico assistenziale nel suo contestuale manifestarsi o nella **eventuale pianificazione anticipata delle cure nel caso di paziente con malattia progressiva**, garantendo la tracciabilità della sua redazione.

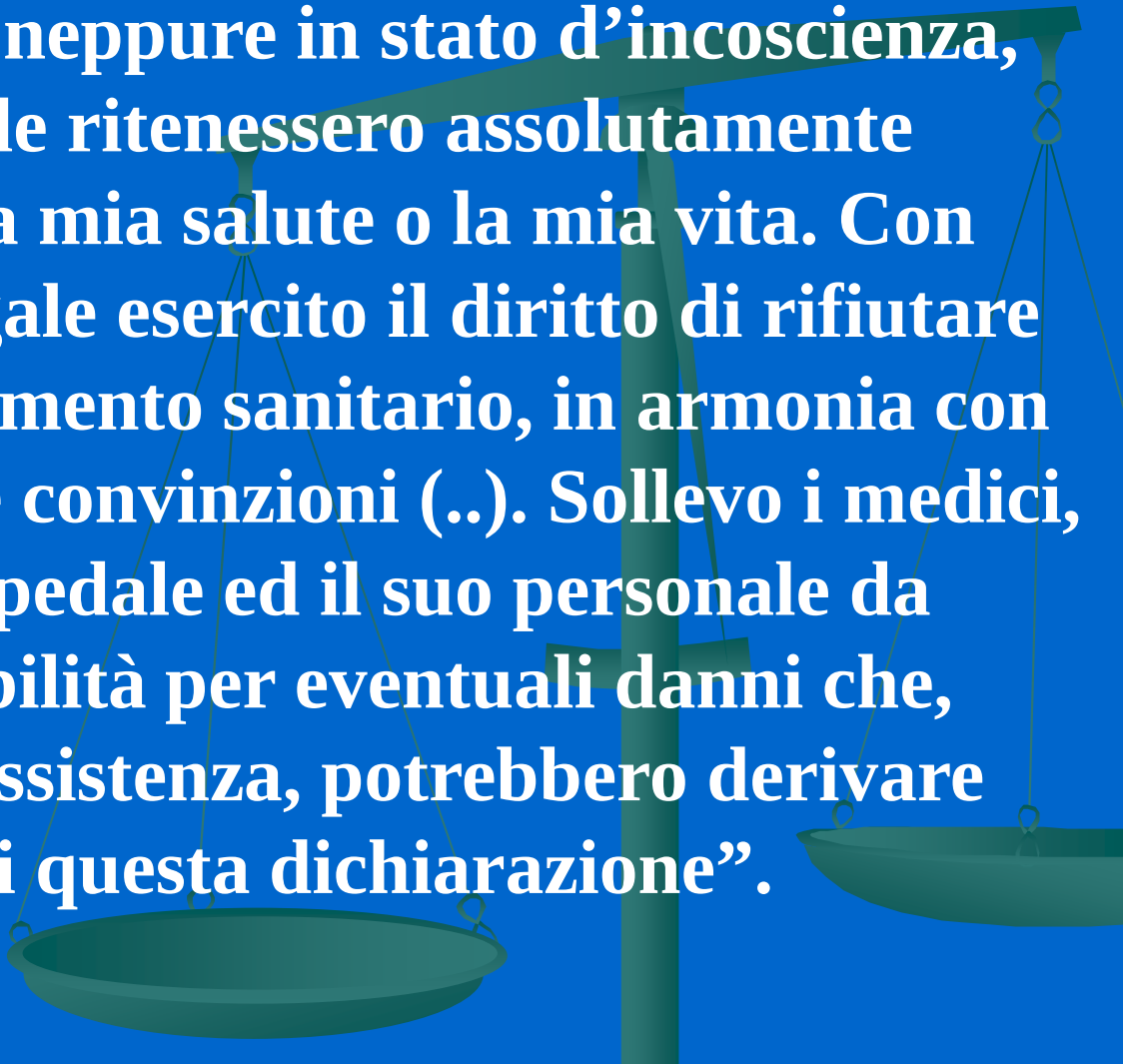
Il medico registra nella cartella clinica i modi e i tempi dell'informazione e i termini del consenso o dissenso della persona assistita o del suo rappresentante legale (...).

Codice deontologico, art. 38.

Il medico tiene conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento espresse in forma scritta, sottoscritta e datata da parte di persona capace e successive a un'informazione medica di cui resta traccia documentale. La dichiarazione anticipata di trattamento comprova la libertà e la consapevolezza della scelta sulle procedure diagnostiche e/o sugli interventi terapeutici che si desidera o non si desidera vengano attuati in condizioni di totale o grave compromissione delle facoltà cognitive o valutative che impediscono l'espressione di volontà attuali. Il medico, nel tenere conto delle DAT, verifica la loro congruenza logica e clinica con la condizione in atto e ispira la propria condotta al rispetto della dignità e della qualità della vita del paziente, dandone chiara espressione nella documentazione sanitaria.

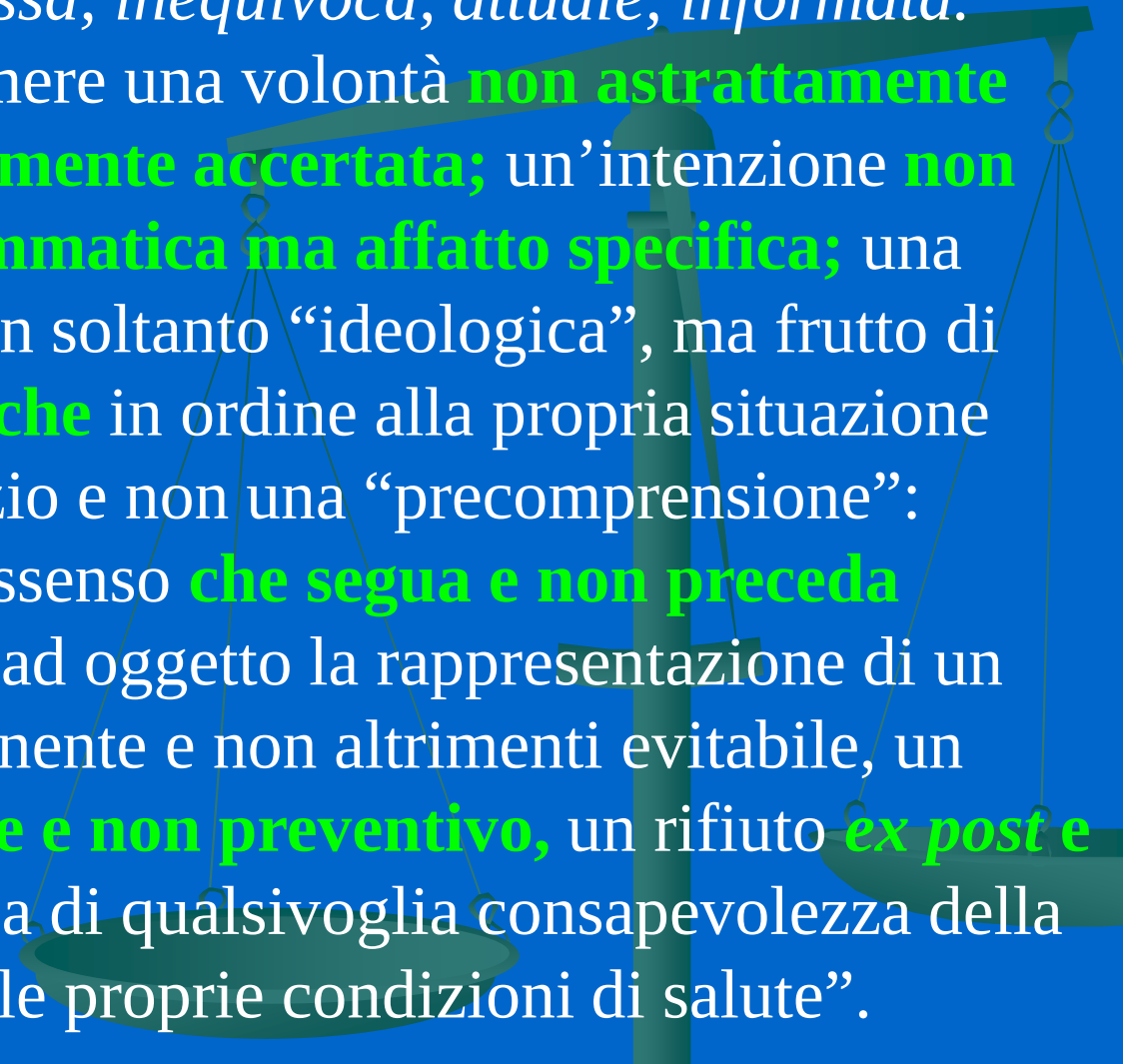
Dichiarazione “Niente sangue”

“Non accetto trasfusioni di sangue (..), in nessuna circostanza, neppure in stato d’incoscienza, anche se i medici le ritenessero assolutamente indispensabili per la mia salute o la mia vita. Con questo documento legale esercito il diritto di rifiutare un determinato trattamento sanitario, in armonia con i miei profondi valori e convinzioni (..). Sollevo i medici, gli anestesisti, l’ospedale ed il suo personale da qualsiasi responsabilità per eventuali danni che, nonostante la loro assistenza, potrebbero derivare dal rispetto di questa dichiarazione”.



Cassazione, 15 settembre 2008, n. 23676

“nell’ipotesi di pericolo grave ed immediato per la vita del paziente, il dissenso del medesimo dev’essere oggetto di manifestazione *espressa, inequivoca, attuale, informata*. Esso deve, cioè, esprimere una volontà **non astrattamente ipotetica ma concretamente accertata**; un’intenzione **non meramente programmatica ma affatto specifica**; una cognizione dei fatti non soltanto “ideologica”, ma frutto di **informazioni specifiche** in ordine alla propria situazione sanitaria; un giudizio e non una “precomprensione”: in definitiva, un dissenso **che segua e non preceda** l’informazione avente ad oggetto la rappresentazione di un pericolo di vita imminente e non altrimenti evitabile, un dissenso che suoni **attuale e non preventivo**, un rifiuto **ex post e non ex ante**, in mancanza di qualsivoglia consapevolezza della gravità attuale delle proprie condizioni di salute”.



Cassazione, 15 settembre 2008, n. 23676

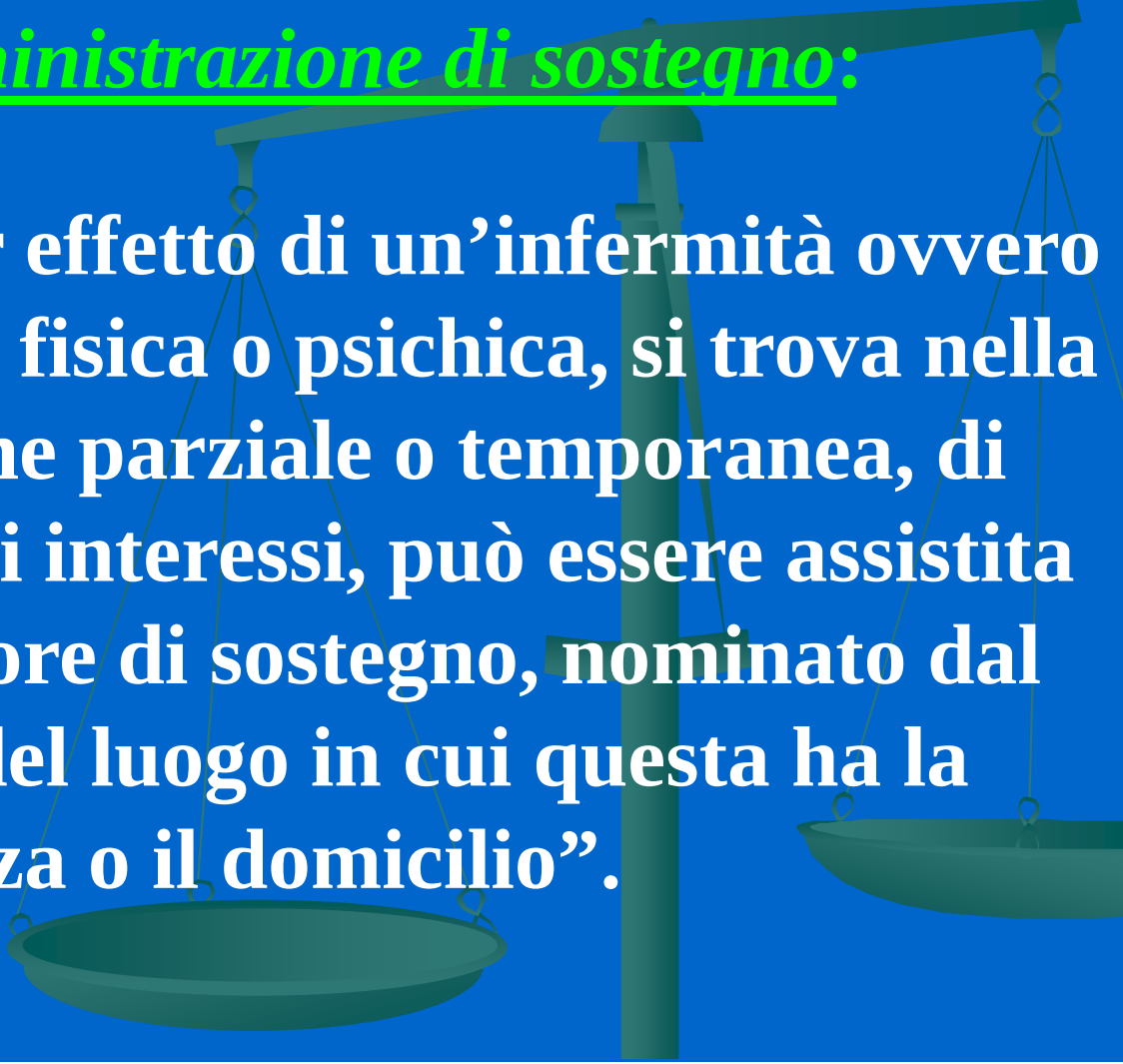
“Con ciò non si vuole sostenere che, in tutti i casi in cui il paziente portatore di forti convinzioni etico-religiose si trovi in stato di incoscienza, debba perciò solo subire un trattamento terapeutico contrario alla sua fede.

Ma è innegabile, in tal caso, l'esigenza che, a manifestare il dissenso al trattamento trasfusionale, sia o lo stesso paziente che rechi con sé una articolata, puntuale, espressa dichiarazione dalla quale inequivocamente emerga la volontà di impedire la trasfusione anche in ipotesi di pericolo di vita, ovvero un diverso soggetto da lui stesso indicato quale rappresentante *ad acta* il quale, dimostrata l'esistenza del proprio potere rappresentativo *in parte qua*, confermi tale dissenso all'esito della ricevuta informazione da parte dei sanitari”. (...) Si esclude, pertanto, una sorta di implicita efficacia *tout court* del cartellino “niente sangue”, efficacia “estesa, cioè, anche all'ipotesi del concreto pericolo di vita che il paziente stesso si troverebbe a correre in assenza di trasfusione, mentre è proprio con riferimento a questa specifica evenienza che - va ripetuto - il (non) consenso deve manifestarsi **nella sua più ampia, espressa, consapevole, inequivoca forma**”.

Legge n. 6 del 9 gennaio 2004

Art. 404, Amministrazione di sostegno:

“La persona che, per effetto di un’infermità ovvero di una menomazione fisica o psichica, si trova nella impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere ai propri interessi, può essere assistita da un amministratore di sostegno, nominato dal giudice tutelare del luogo in cui questa ha la residenza o il domicilio”.



Legge n. 6 del 9 gennaio 2004

Art. 408, Scelta dell'amministratore di sostegno :

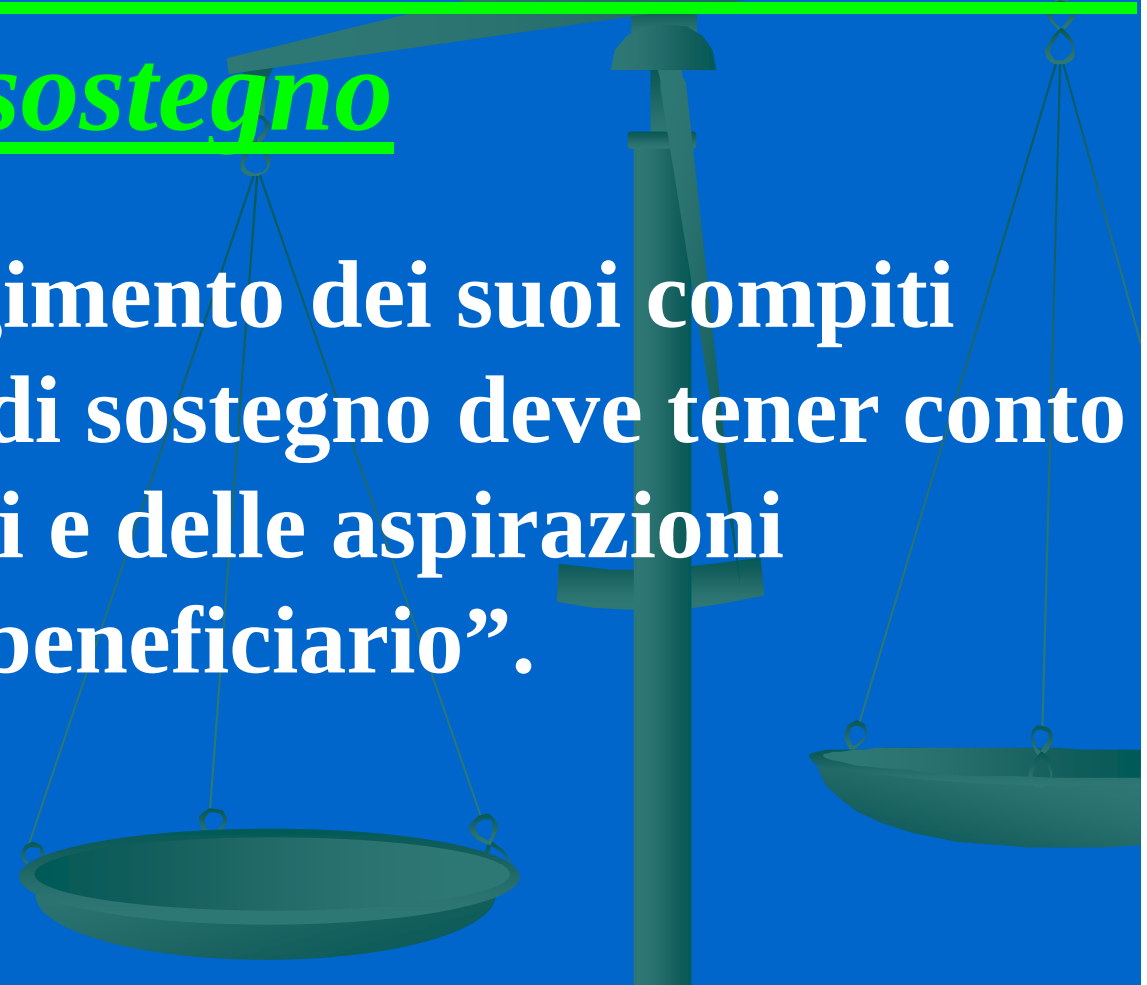
“La scelta dell'amministratore di sostegno avviene con esclusivo riguardo alla cura ed agli interessi della persona del beneficiario.

L'amministratore di sostegno può essere designato dallo stesso interessato, in previsione della propria eventuale futura incapacità, mediante atto pubblico o scrittura privata autenticata. In mancanza, ovvero in presenza di gravi motivi, il giudice tutelare può designare con decreto motivato un amministratore di sostegno diverso. Nella scelta, il giudice tutelare preferisce, ove possibile, il coniuge che non sia separato legalmente, la persona stabilmente convivente, il padre, la madre, il figlio o il fratello o la sorella, il parente entro il quarto grado ovvero il soggetto designato dal genitore superstite con testamento, atto pubblico o scrittura privata autenticata”.

Legge n. 6 del 9 gennaio 2004

**Art. 410, Doveri dell'amministratore di
sostegno**

**“Nello svolgimento dei suoi compiti
l'amministratore di sostegno deve tener conto
dei bisogni e delle aspirazioni
del beneficiario”.**



Tribunale Modena, 13 maggio 2008

“Lo specifico potere-dovere andrà esercitato a condizione che la beneficiaria non manifesti una volontà opposta quando ancora le resti coscienza. Entrata in uno stato di incoscienza senza che questo sia accaduto, dovranno essere rispettati gli intenti espressi **a nulla valendo la trita obiezione** di un possibile e non manifestato ripensamento all’atto del passaggio nello stato di incoscienza.

Mentre costituisce, da un lato, principio consolidatosi “*ab immemorabile*” nell’ordinamento giuridico quello per cui la volontà resta ferma **fino a sua revoca da manifestarsi nella stessa forma in cui fu espressa**, non si scorge la ragione, dall’altro, di un presunto regime delle disposizioni sul proprio corpo **difforme da quello delle volontà testamentarie patrimoniali**”.

Tribunale Modena, 13 maggio 2008

“l'amministratore di sostegno viene autorizzato a compiere, in nome e per conto della beneficiaria, le seguenti operazioni:

1. negazione di consenso ai sanitari coinvolti a praticare ventilazione forzata e tracheostomia all'atto in cui, senza che sia stata manifestata contraria volontà della persona, l'evolversi della malattia imponesse la specifica terapia salvifica;
2. richiesta ai sanitari di apprestare, con la maggiore tempestività e anticipazioni consentite, le cure palliative più efficaci al fine di annullare ogni sofferenza alla persona”.