



Le direttive anticipate: la complessità della libertà di una scelta.”

***A. Zagari
Milano 2019***



DOLORE

Definizione ACCADEMICA

"Una sgradevole esperienza sensoriale ed emotiva, associata ad un effettivo o potenziale danno tissutale o, comunque, descritta come tale."

International Association study of Pain IASP 1986

Definizione CLINICA

"E' ciò che il paziente dice esso sia, ed esiste ogni qual volta egli ne afferma l'esistenza"

Sternbeck 1974



Esistono ombre e **resistenze** di tipo prettamente culturale, in forza delle quali si sostiene (o si sottintende) che il **dolore rappresenterebbe niente più che il sintomo di una malattia, e non meriterebbe di venire combattuto per se stesso**

In ritardo la terapia contro il dolore, in La Stampa, 26.2.2003, 16



» Pazienti ospedalizzati in area medica:

40% - 63% presenta dolore



Variabilità dei dati "Costantini et al. 2010"

- Inappropriata gestione del dolore in ospedale

Legge 38/2010 (art. 7 obbligo di riportare la rilevazione del dolore all'interno della cartella clinica, sez. medico-infermieristica)



Migliorare i livelli qualitativi dell'assistenza

- Maggiore impegno formativo in tale ambito

Legge 38/2010 (art. 8 **OBBLIGO** formazione e aggiornamento medico e infermieristico in materia di cure palliative e terapia del dolore)



DISPOSIZIONI PER GARANTIRE L'ACCESSO ALLE CURE PALLIATIVE E ALLA TERAPIA DEL DOLORE (*)

*La legge tutela il diritto del cittadino ad accedere alle
cure palliative e alla terapia del dolore*

* Legge numero 38; 15 marzo 2010



Art. 1

*“il cittadino è tutelato e garantito per l’accesso alla **terapia del dolore**” “il rispetto della dignità e dell’autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l’equità nell’accesso all’assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze”*



Art. 1

“le strutture sanitarie che erogano *cure palliative e terapia del dolore* assicurano un programma di cura individuale per il malato e per la sua famiglia, nel rispetto dei principi fondamentali:

- a) tutela della dignità e dell'autonomia del malato, senza alcuna discriminazione;
- b) tutela e promozione della qualità della vita fino al suo termine;
- c) adeguato sostegno sanitario e socio assistenziale della persona malata e della famiglia”



Art. 2 (Definizioni)

» Terapia del dolore

- > Insieme di interventi e percorsi diagnostico terapeutici per la soppressione ed il controllo del dolore ... per elaborare idonei percorsi diagnostico terapeutici



Art. 7

(Obbligo di riportare la rilevazione del dolore all'interno della cartella clinica)

All'interno della cartella clinica, nelle sezioni medica ed infermieristica, in uso **presso tutte le strutture sanitarie** devono essere riportati le caratteristiche del dolore rilevato e della sua evoluzione nel corso del ricovero, nonché la tecnica antalgica e i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato antalgico conseguito

.....le strutture sanitarie hanno facoltà di scegliere gli strumenti più adeguati, tra quelli validati, per la valutazione e la rilevazione del dolore da riportare all'interno della cartella clinica ai sensi del comma

Articolo 34 codice deontologico Infermieri 2009

L'infermiere si attiva per **prevenire e contrastare** il dolore e alleviare la sofferenza. Si adopera affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari.



Autorità: Cassazione penale sez. VI

Data: 27 giugno 2000

Numero: n. 10445

Parti: Lo Faro

Fonti: Riv. pen. 2000, 1135

CLASSIFICAZIONE

OMISSIONE O RIFIUTO DI ATTI DI UFFICIO - Fattispecie

Fra gli interventi che il sanitario investito della funzione di "guardia medica" è tenuto a compiere senza ritardo, ai sensi dell'art. 13 del d.P.R. 25 gennaio 1991 n. 41, ed il cui rifiuto è quindi suscettibile di dar luogo alla configurabilità del delitto di cui all'art. 328, comma 1, c.p., possono rientrare anche quelli di cd. "terapia del dolore". (Nella specie, in applicazione di tale principio, la S.C. ha ritenuto che correttamente fosse stata affermata la penale responsabilità di un medico il quale - secondo la ricostruzione dei fatti emergente dalla sentenza di merito - si era indebitamente rifiutato di accedere al domicilio di un'ammalata terminale di cancro i cui familiari avevano richiesto un urgente intervento finalizzato ad alleviare le atroci sofferenze della loro congiunta).

Conclusioni e contenuti essenziali della legge 38/2010

- 1. Diritto del paziente ad essere trattato quando ha dolore (art.1)**
- 2. Valutare e documentare presenza, natura ed intensità del dolore in tutti i pazienti (V segno vitale unitamente a pressione sanguigna, polso, temperatura e frequenza respiratoria) – (Art. 7)**
- 3. Assicurare la competenza del personale nella valutazione e trattamento del dolore (art. 8)**
- 4. Inserimento nei LEA delle cure palliative e trattamento del dolore (art.1)**
- 5. Educare i pazienti, i familiari, i professionisti e i cittadini al superamento del pregiudizio sull'uso degli oppiacei (Art. 4)**
- 6. Semplificazione delle procedure di accesso ai medicinali impiegati nella terapia del dolore (art. 10)**

9. Dolore dopo l'intervento chirurgico?

No grazie!

Che cos'è il dolore?

Il dolore è una sensazione soggettiva spiacevole che vi avverte se qualcosa nel vostro corpo non funziona.

Quando il corpo viene danneggiato, i sensori del dolore posti sulla pelle ed all'interno dell'organismo si attivano e procurano dolore.

Dolore durante l'intervento: da cosa dipende? Come viene eliminato?

L'intervento chirurgico può permettere di guarire, ma allo stesso tempo causa un danno temporaneo ai tessuti ed agli organi sani. Questo danno procura dolore acuto. I vari farmaci anestetici somministrati prima e durante l'operazione sono indispensabili per procurare incoscienza, rilassare la muscolatura ed eliminare il dolore acuto.

E il dolore dopo l'intervento?

È la conseguenza del danno causato all'organismo durante l'intervento.

Non è acuto come il dolore in corso di operazione che, come già ricordato, viene 'cancellato' dall'anestesia.

Può, però, essere molto o mediamente intenso e persistere per uno o più giorni, in funzione del tipo di chirurgia.

Proviamo tutti lo stesso dolore dopo un'operazione?

No. Intensità e caratteristiche del dolore variano da persona a persona in funzione del tipo di intervento e della diversa personalità e tolleranza allo stimolo doloroso di ognuno.

È importante curare il dolore postoperatorio?

Sì. Non è normale doverlo sopportare, a meno che non sia un semplice fastidio. Se non controllato, può comportare conseguenze negative a breve e lungo termine.

Sentire poco o nessun dolore nei primi giorni dall'intervento aiuta a riprendersi più rapidamente e uscire prima dall'ospedale. Oltre, naturalmente, a vivere meglio il ricovero.

Quali sono i vantaggi della terapia antidolorifica?

Sentirsi meglio, guarire la ferita più rapidamente, alzarsi e camminare prima. Quando necessari, permette di eseguire esercizi respiratori e fisioterapia al più presto e meglio per riprendersi senza sovraffaticarsi. La terapia antidolorifica aiuta cuore e polmoni a ridurre o eliminare l'eventuale nausea o vomito (che a volte dipendono dal dolore, oltre che dall'atto chirurgico, dall'anestesia e dalla predisposizione individuale della persona). Inoltre diminuisce la possibilità di infezioni, permette di controllare meglio il diabete, le malattie della tiroide ed altri problemi di cui il paziente sia eventualmente portatore.

Come si elimina o si riduce al minimo il dolore dopo intervento chirurgico?

L'informazione aiuta a mantenere l'autocontrollo. Chiedendo al medico Anestesista se l'intervento a cui verete sottoposti comporta dolore, in quale misura e quanto può durare.

Il colloquio avviene durante la visita anestesiológica nell'Ambulatorio di preospedalizzazione o in reparto. Collaborando con medici ed infermieri dopo l'intervento, non esitando ad informarli se provate qualcosa di più di un semplice fastidio: è difficile controllare il dolore quando è già diventato forte.

Nel nostro ospedale ci comportiamo in questo modo:

- la terapia antidolorifica inizia già prima o durante l'intervento, per poi proseguire nelle ore successive.
- la terapia viene praticata per via endovenosa o epidurale mediante dispositivi meccanici o elettronici o la fleboclisi. I farmaci analgesici sono scelti in base al tipo di dolore o alle condizioni generali di salute del paziente.
- in casi selezionati dal Medico Anestesista e d'accordo con il paziente, quest'ultimo può controllare, in parte, autonomamente la somministrazione degli antidolorifici (PCA: patient controlled analgesia).



Il consenso informato dal punto di vista legislativo



quando nasce il consenso informato?

1957 STATI UNITI – per la prima volta in un caso giudiziario fu sancito il passaggio:

Dal solo “CONSENSO” del paziente (era già un obbligo all’epoca)

AI “INFORMED CONSENT” (consenso informato):ESPLICITO
E PREVENTIVO DOVERE DI INFORMARE



Quali sono le norme che regolamentano il consenso ?

- **Art. 13 (costituzione)**
- *"La libertà personale è **inviolabile**"*

Art. 32 (costituzione)

• *"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. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana"*



Quali sono le norme che regolamentano il consenso ?

Art. 5 Codice civile

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.



Quali sono le norme che regolamentano il consenso ?

***La legge
22 dicembre 2017
n. 219***

LEGGE 833/78 ART. 33 - TSO

Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari sono di norma volontari.

*Gli accertamenti e i **trattamenti sanitari obbligatori** di cui ai precedenti commi devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato.*



Il consenso fa diventare lecito anche
l'illecito!!!!

Art. 50 C.P.

(consenso dell'avente diritto)

*"non è punibile chi lede o pone
in pericolo un diritto, col
consenso della persona che
**può validamente
disporne"**.*



Codice deontologia Infermieri 2009

Art. 20 – Informazione e coinvolgimento cittadino

L'infermiere ascolta, informa, coinvolge l'assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e facilitarlo nell'esprimere le proprie scelte

Art. 24 – Sostegno nelle scelte

L'infermiere aiuta e sostiene l'assistito nelle scelte, fornendo informazioni di natura assistenziale in relazione ai progetti diagnostico-terapeutici e adeguando la comunicazione alla sua capacità di comprendere.

Art. 25 – Rispetto di non sapere

L'infermiere rispetta la consapevole ed esplicita volontà dell'assistito di non essere informato sul suo stato di salute, purché la mancata informazione non sia di pericolo per sé o per gli altri.



Requisiti del consenso informato

Personale: ha titolo ad esprimere il consenso esclusivamente il paziente/utente o il rappresentante legale (tutore o genitore- Amministratore di sostegno) in caso di incapace mentale e di minore.

Informato: è valido solo se preceduto da una informazione relativa all'atto medico proposto ampia, completa, comprensibile ed effettivamente compresa.

Completo: il consenso, e l'informazione che lo precede, devono essere completi e riguardare in maniera puntuale tutti gli aspetti della proposta diagnostica/terapeutica.

Attuale: l'intervallo di tempo tra la manifestazione di tempo e l'attuazione dell'atto medico non deve essere tale da far sorgere dubbi sulla persistenza della volontà del paziente/utente, nel qual caso è opportuno far reiterare il consenso prima ed in prossimità della realizzazione dell'atto medico.



Requisiti del consenso informato

Specifico: riguarda l'atto medico proposto. Non ha valore un consenso generico di affidamento al medico curante.

Manifesto: il consenso, anche orale, soprattutto nelle attività diagnostiche/terapeutiche che esulano dalla routine, deve essere esplicito.

Libero: non può essere esercitata alcuna pressione psicologica per influenzare la volontà del paziente, pena la nullità del consenso.

Revocabile: il consenso può essere revocato in qualsiasi momento, anche nell'immediatezza della procedura sanitaria che si sta ponendo in essere.



è utile precisare che bisogna **distinguere il consenso dall'informazione** al paziente che, anche se intimamente collegate, sono comunque due concetti distinti.



Contenuti dell'informazione

- natura, durata e **prognosi della malattia**;
- Illustrazione, per quanto possibile, del **Percorso terapeutico**
- **rischi e benefici dei trattamenti**;
- **alternative** possibili con relativi rischi e benefici;
- presumibile **durata ricovero** ospedaliero;
- **riflessi** della malattia e dei trattamenti proposti **sulla qualità della vita**;
- **conseguenze dalla mancata attuazione del trattamento**;



Assenza o carenza di consenso informato: ipotesi delittuose

- ❖ Art. 584 c.p.: "*omicidio preterintenzionale*"
- ❖ Art. 582 c.p.: "*lesione personale dolosa*"
- ❖ Art. 610 c.p.: "*violenza privata*"



art. 54 C.P.: Stato di necessità

Non è punibile chi abbia commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal **pericolo attuale** di un **danno grave alla persona**, pericolo non da lui volontariamente causato **né altrimenti evitabile**, sempre che il fatto sia **proporzionale** al pericolo.



Consenso e urgenza

I trattamenti sanitari attuati senza consenso esplicito sono leciti ***solo in caso di urgenza*** (stato di necessità ex art. 54 c.p.) quando non sia possibile acquisire il consenso della persona perché in stato di incoscienza o di particolare sofferenza:

- *i trattamenti devono essere non differibili a causa di attuale pericolo di vita o grave pericolo per la salute non altrimenti evitabile;*
- *è necessario che tra rischio da evitare ed intervento da attuare vi sia proporzione;*



Dissenso del rappresentante legale

In caso di opposizione da parte del rappresentante legale al **trattamento necessario e indifferibile a favore di minori o di incapaci**, il medico è tenuto a informare l'autorità giudiziaria.



Informazione a terzi

L'informazione a terzi è ammessa solo con il consenso esplicitamente espresso dal paziente... In caso di paziente ricoverato il sanitario deve raccogliere gli eventuali nominativi delle persone preliminarmente indicate dallo stesso a ricevere la comunicazione dei dati sensibili.



CASI PARTICOLARI

- ***Incapace naturale***
- ***Minorenne***
- ***Interdetto***
- ***Amministrato***
- ***Paziente affetto da HIV***



L'incapace naturale giuridicamente è la persona che sebbene legalmente capace, sia tuttavia PER CAUSE NATURALI ANCHE TRANSITORIE incapace di intendere o di volere (ART. 428 C.C) . Gli atti compiuti possono essere annullati su istanza della persona medesima o dei suoi eredi o aventi causa, se ne risulta un grave pregiudizio all'autore



INCAPACITÀ NATURALE COSA FARE?

- 1. Prestare le cure indispensabili e indifferibili.**
- 2. portare il paziente verso un miglioramento della propria capacità decisionale Il consenso diventa uno degli obiettivi della terapia.**
- 3. Concordare ogni intervento con i parenti più stretti**
- 4. Quando vi è dissenso tra i familiari o le decisioni sono contrarie all'interesse del paziente adire al giudice tutelare per una amministrazione di sostegno o al Procuratore della Repubblica per l'iniziativa di una interdizione.**



IL CONSENSO DEL MINORE

Prima dei 7 anni

Impossibile un consenso autonomo del bambino

Dai 7 ai 14 anni

Va ricercato il consenso del bambino e dei genitori

Dopo i 14 anni

È prioritario il consenso dell'adolescente



PAZIENTE MINORENNE

- » La potestà sui figli è esercitata di comune accordo da entrambi i genitori (art. 316, comma 2, C.C.) o da un solo genitore se l'altro genitore è morto o decaduto o sospeso dalla potestà.
- » Nei casi di comuni trattamenti medici (visite, medicazioni, ecc.) è sufficiente il consenso di uno solo dei genitori in applicazione del principio generale che gli atti di ordinaria amministrazione possono essere compiuti disgiuntamente da ciascun genitore (art. 320 C.C). In questi casi il consenso comune è considerato implicito.

PAZIENTE MINORENNE
interventi importanti

a) Entrambi i genitori presenti e d'accordo: si acquisisce il consenso e si procede. Il consenso comune è sempre necessario in caso di genitori separati o divorziati o non conviventi, in base al principio che le decisioni di maggiore interesse per i figli relative all'istruzione, all'educazione e alla salute sono assunte di comune accordo (art. 155, comma 3, e 317, comma 2 – C.C.).



b) Assenza di un genitore incapacità - naturale o dichiarata con pronuncia di interdizione giudiziale

- che renda impossibile l'esercizio della potestà per l'atto sanitario:

- è sufficiente l'acquisizione del consenso del solo genitore presente e capace (art.317, comma 1 CC).

c) Assenza di un genitore per lontananza o impedimento:

- Al fine di semplificare e snellire questa fase, si propone che il genitore presente compili e sottoscriva sotto la sua responsabilità il modulo di autocertificazione attestante la condizione di lontananza o impedimento dell'altro genitore, che deve essere conservato insieme al modulo di consenso.

d) disaccordo tra i genitori: in caso di disaccordo la decisione è rimessa al giudice, quindi non si può procedere all'erogazione dell'atto sanitario, a meno che non ricorra lo stato di necessità, art. 54 CP.

e) opposizione di entrambi i genitori: se ritiene indispensabile l'atto sanitario per il minorenne, e la situazione non riveste carattere di urgenza, si procede con la segnalazione alla Procura della Repubblica per i minorenni perché presenti ricorso al Tribunale per i minorenni per un provvedimento che precluda ai genitori l'esercizio della potestà limitatamente a quello specifico atto sanitario e autorizzi tale atto anche a prescindere dal loro consenso.

f) Minorenne che giunga alla struttura sanitaria non accompagnato:

- » Se ricorre lo stato di necessità (art. 54 C.P.) si procede;
- » In caso contrario si procede a contattare i genitori

g) minorenne che vive in strada senza reperibilità dei genitori o minore straniero non accompagnato

Procedere a segnalazione alla Procura della Repubblica per un provvedimento autorizzativo urgente. Si dovrà inoltre segnalare il caso al giudice tutelare per l'apertura di tutela e la nomina di un tutore.

h) Minorenne che ha un tutore: è necessario un Consenso esplicito del tutore

PAZIENTE INTERDETTO

Soggetto maggiorenne affetto da abituale infermità di mente che lo renda incapace di provvedere ai propri interessi, sia dichiarato incapace di intendere e di volere (art. 414 C.C).

Il giudice lo dichiara con sentenza incapace di provvedere ai propri interessi e nomina un **tutore**, che ha la funzione di rappresentante legale ed ha titolo ad esprimere il **consenso alle prestazioni sanitarie** nell'interesse della persona assistita, se ciò non è esplicitamente escluso dal provvedimento.

- I provvedimenti di nomina dovranno essere trattenuti in copia agli atti unitamente al documento di riconoscimento del soggetto nominato;
- Qualora sorgano dubbi sulla titolarità ad esprimere il consenso all'atto sanitario dovrà essere richiesto parere all'ufficio legale dell'azienda.
- Il medico ha l'obbligo di **dare informazioni al soggetto tutelato e di tenere conto della sua volontà**, compatibilmente con la sua capacità di comprensione.
- In caso di **opposizione** da parte del tutore, al di fuori dello Stato di necessità, **informare il giudice tutelare**.

AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO



Art. 404. - (Amministrazione di sostegno). - La persona che, per effetto di una 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.



AMMINISTRAZIONE

» Art. 406 c.c. I Responsabili dei servizi sanitari e sociali direttamente impegnati nella cura e assistenza della persona, ove a conoscenza di fatti tali da rendere opportuna l'apertura del procedimento di amministrazione di sostegno, sono tenuti a proporre al giudice tutelare il ricorso ... o a fornirne comunque notizia al pubblico ministero.





***La legge
22 dicembre 2017
n. 219***

«Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.»



ACCANIMENTO TERAPEUTICO

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**



DEFINIZIONE DI EUTANASIA (1)

Eutanasia (dal greco: ευθανασία -ευ, eu, "bene", θάνατος, thanatos, "morte": "buona morte") è una **pratica che procura la morte**, in genere **nel modo meno doloroso possibile**, a persone o ad animali affetti da malattie considerate incurabili, **allo scopo di eliminare la sofferenza.**



DEFINIZIONE DI EUTANASIA

morte provocata per porre fine alle sofferenze di un malato terminale, indolore e supportata dal consenso del malato

COSA SUCCEDE ALL'ESTERO

AUSTRALIA: in alcuni Stati le **direttive anticipate hanno valore legale**. I Territori del Nord avevano nel 1996 legalizzato l'eutanasia attiva volontaria, provvedimento annullato due anni dopo dal parlamento federale.

BELGIO: il 25 ottobre 2001 il Senato ha approvato, con 44 voti favorevoli contro 23, un progetto di legge volto a disciplinare l'**eutanasia**. Il 16 maggio 2002 anche la Camera ha dato il suo **consenso**, con 86 voti favorevoli, 51 contrari e 10 astensioni.

CANADA: una legge che autorizza il **suicidio assistito** è stata approvata il 17 giugno 2016.

CINA: una legge del 1998 **autorizza** gli ospedali a praticare l'**eutanasia ai malati terminali**.

COLOMBIA: la **pratica è legale** dal 2015.



DANIMARCA: le **direttive anticipate hanno valore legale**. I parenti del malato possono autorizzare l'interruzione delle cure.

FRANCIA. Dal marzo 2015 la legge consente, se richiesta dal paziente, una «**sedazione profonda** e continua» ottenuta con medicinali che possono abbreviare la vita.

GERMANIA: il **suicidio assistito** non è reato, purché il malato sia cosciente delle proprie azioni.

LUSSEMBURGO: **l'eutanasia è stata legalizzata** nel marzo 2009.



PAESI BASSI: forse il caso più famoso. Dal 1994 l'eutanasia è stata depenalizzata: rimaneva un reato, tuttavia era possibile non procedere penalmente nei confronti del medico che dimostrava di aver agito su richiesta del paziente. Il 28 novembre 2000 il Parlamento ha approvato (primo Stato al mondo) la **legalizzazione vera e propria dell'eutanasia**. A partire dal 1° aprile 2002 la legge è entrata effettivamente in vigore.



SVIZZERA: ammesso il **suicidio assistito**, con limiti che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha messo in discussione, ma che è accessibile anche a stranieri (vedi sopra). Il medico deve limitarsi a fornire i farmaci al malato.

STATI UNITI: la normativa varia da Stato a Stato. Le **direttive anticipate** hanno generalmente valore legale. **Nell'Oregon, nel Vermont, nel Montana**, in **California** e nello stato di **Washington** il **suicidio assistito è legale**.

SVEZIA: l'**eutanasia è depenalizzata**.



ITALIA

Le pratiche di **eutanasia e l'aiuto al suicidio** sono, per l'ordinamento giuridico italiano, **illegittime** e si collocano nei reati contro la persona.

L'eutanasia senza consenso si qualifica come omicidio volontario (artt. 575 - 577 - c.p.), mentre l'eutanasia con il consenso del paziente rientra nella disciplina dell'art. 579 c.p. (**omicidio del consenziente**) e **l'aiuto al suicidio** è previsto pure esso come reato (art. 580 c.p.).

OMICIDIO DEL CONSENZIENTE art. 579 c.p.

Chiunque **cagiona** la morte di un uomo, **col consenso di lui** ⁽¹⁾, è punito con la reclusione da sei a quindici anni. Non si applicano le **aggravanti** indicate nell'articolo **61**. Si applicano le disposizioni relative all'**omicidio** [**575-577**] se il fatto è commesso ⁽²⁾:

- 1) contro una persona **minore** degli anni diciotto;
- 2) contro una **persona inferma di mente**, o che si trova in condizioni di deficienza psichica, per un'altra infermità o per l'abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti;
- 3) contro una persona il cui consenso sia stato dal colpevole estorto con **violenza, minaccia o suggestione**, ovvero carpito con inganno [**613 2**].

ISTIGAZIONE O AIUTO AL SUICIDIO ART. 580 C.P.

Chiunque determina altri al **suicidio o** rafforza l'altrui proposito di suicidio, ovvero **ne agevola in qualsiasi modo l'esecuzione** ⁽¹⁾, è punito, se il suicidio avviene, con la reclusione da cinque a dodici anni. Se il suicidio non avviene, è punito con la reclusione da uno a cinque anni, sempre che dal tentativo di suicidio derivi una lesione personale grave o gravissima **[583]** ⁽²⁾. Le pene sono aumentate **[64]** se la persona istigata o eccitata o aiutata si trova in una delle condizioni indicate nei numeri 1 e 2 dell'articolo precedente. Nondimeno, se la persona suddetta è minore degli anni quattordici o comunque è priva della capacità d'intendere o di volere **[85]**, si applicano le disposizioni relative all'omicidio **[575-577]** ⁽³⁾.

Codice deontologico infermieri

Articolo 36

L'infermiere tutela la volontà dell'assistito di porre dei **limiti agli interventi che non siano proporzionati** alla sua condizione clinica e coerenti con la concezione da lui espressa della qualità di vita.

Codice deontologico infermieri

Articolo 38

L'infermiere non attua e **non partecipa a interventi finalizzati a provocare la morte**, anche se la richiesta proviene dall'assistito



***La legge
22 dicembre 2017
n. 219***

«Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.»



Legge 22 dicembre 2017, n. 219

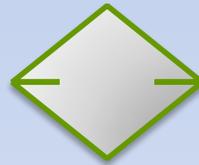
“Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”

- **Art. 1** - Consenso informato
- **Art. 2** - Terapia del dolore, divieto di ostinazione irragionevole nelle cure e dignità nella fase finale della vita
- **Art. 3** - Minori e incapaci
- **Art. 4** - Disposizioni anticipate di trattamento
- **Art. 5** - Pianificazione condivisa delle cure
- Art. 6 - Norma transitoria
- Art. 7 - Clausola di invarianza finanziaria
- Art. 8 - relazione alle Camere

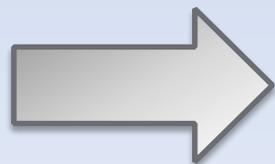


**L'incontro di due autonomie di pari dignità ed
entrambe degne di rispetto:**

quella all'autodeterminazione del paziente



**quella all'indipendenza professionale del
medico (la miglior scienza ed esperienza del
momento in cui opera**



le migliori evidenze scientifiche disponibili)



La Legge 22 dicembre 2017, n. 219

ARTICOLO 1 (CONSENSO INFORMATO)

La Legge prevede che nessun trattamento sanitario possa essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge. È richiamato il rispetto dei principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e di cui agli articoli 1 (Dignità umana), 2 (Diritto alla vita) e 3 (Diritto all'integrità della persona) della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea. **È promossa e valorizzata la RELAZIONE DI CURA E DI FIDUCIA TRA PAZIENTE E MEDICO, che trova il suo presupposto e atto fondante nel consenso informato nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e l'autonomia professionale e la responsabilità del medico...**

La Legge 22 dicembre 2017, n. 219

Art. 1

ARTICOLO 1 (CONSENSO INFORMATO)

Contribuiscono alla relazione di cura, in base alle rispettive competenze, gli esercenti una professione sanitaria che compongono l'equipe sanitaria. >

Consenso SCRITTO O ORALE?

- Solo alcuni casi per legge impongono un consenso informato scritto, negli altri casi ciò che conta è un efficace comunicazione verbale.
- Il modello scritto è integrativo e non sostitutivo del processo informativo. Esso contribuisce a testimoniare il colloquio avvenuto e se registrato in cartella clinica può essere utile (anche se non sufficiente) dal punto di vista probatorio.
- È consigliabile l'utilizzo di un modello unico di consenso informato scritto che deve essere preceduto da una nota informativa scritta, specifica per la procedura proposta, da consegnare al paziente al termine del colloquio clinico.

PRESTAZIONI CHE PREVEDONO OBBLIGO DI LEGGE DEL CONSENSO SCRITTO

- **?** **Trasfusione di sangue o emocomponenti e donazione di sangue e midollo**
 - (legge n. 107/90, D.M. 25 gennaio 2001, D.M. 26 gennaio 2001, legge n. 52/01, legge n. 219/05);
- **?** **Accertamento diagnostico HIV** (legge n. 135/90);
- **?** **Donazione di tessuti/organi tra viventi** (legge n. 458/67, legge n. 483/99);
- **?** **Prelievo ed innesto di cornea** (legge n. 301/93)
- **?** **Procreazione medicalmente assistita** (legge n. 40/04, D.M. 21 luglio 2004, D.M. 16 dicembre 2004);
- **?** **Interruzione Volontaria di Gravidanza** (legge 194/78)
- **?** **Rettificazione in materia di attribuzione di sesso**
- **?** **Sperimentazione clinica** (D.M. 27 aprile 1992, D.M. 15 luglio 1997, D.L. n. 23/98 e legge di conversione n. 94/98);
- **?** **Terapia elettroconvulsivante (Elettroshock)** (circolare Ministero della Salute del 13 marzo 1999).
- **DAT LEGGE 219/2017 ART. 1**

Per le altre attività non esiste obbligo normativo di C.I. scritto, tuttavia l'art 35 del CDM* identifica alcuni aspetti delle prestazioni sanitarie che richiedono acquisizione di C.I. esplicitato, cioè trattamenti con rischio integrità fisica/incolumità della persona.

La Legge 22 dicembre 2017, n. 219

Art. 1

- ❑ Il consenso e il dissenso **sono documentati in forma scritta** o, se le condizioni fisiche del paziente non lo consentono, attraverso videoregistrazione o dispositivi che consentano alla persona con disabilità di comunicare;
- ❑ ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere ha il diritto di rifiutare qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia - o singoli atti del trattamento stesso - nonché quello di revocare in qualsiasi momento il consenso prestato, anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento, **comprese la nutrizione e l'idratazione artificiali**



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.

La Legge 22 dicembre 2017, n. 219 Art. 1

- La persona ha il diritto di rifiutare accertamenti e terapie
- Nutrizione e idratazione artificiale sono terapie e, quindi, rifiutabili.

La Legge 22 dicembre 2017^{719/2017}, n. 219

Art. 1

- ❑ il medico è tenuto a rispettare la volontà del paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo ed in conseguenza di quest'obbligo **è esente da ogni 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;
- ❑ se il **paziente rinuncia o rifiuta i trattamenti sanitari** necessari alla 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, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica;
- ❑ nelle situazioni di **emergenza o di urgenza** il medico assicura l'assistenza sanitaria indispensabile rispettando, ove possibile, la volontà del paziente;
- ❑ **ogni Azienda sanitaria pubblica** o privata garantisce con proprie modalità organizzative la piena attuazione dei principi della Legge, assicurando **l'informazione necessaria ai pazienti** e la formazione adeguata del personale;

La Legge 22 dicembre 2017, n. 219

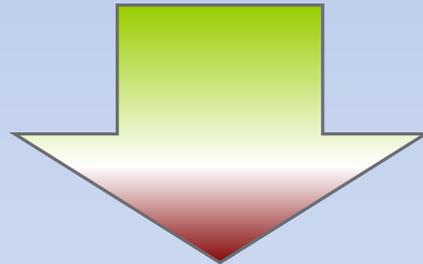
Art. 1

Altro punto fondamentale:

L'IMPORTANZA

della COMUNICAZIONE

(l'ottavo comma dell'articolo 1):



8. Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura...

RISORSE



La Legge 22 dicembre 2017, n. 219

Art. 1

9. Ogni struttura sanitaria pubblica o privata garantisce con proprie modalità organizzative la piena e corretta attuazione dei principi di cui alla presente legge, assicurando l'informazione necessaria ai pazienti e l'adeguata formazione del personale. FORMAZIONE!

10. La formazione iniziale e continua dei medici e degli altri esercenti le professioni sanitarie comprende la formazione in materia di relazione e di comunicazione con il paziente, di terapia del dolore e di cure palliative. L'UNIVERSITÀ!

11. È fatta salva l'applicazione delle norme speciali che disciplinano l'acquisizione del consenso informato per determinati atti o trattamenti sanitari.

Art. 2

Terapia del dolore, divieto di ostinazione irragionevole nelle cure e dignità nella fase finale della vita

1. 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, è sempre garantita un'appropriata **terapia del dolore**, con il coinvolgimento del medico di medicina generale e l'erogazione delle cure palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38.

Terapia del dolore, divieto di ostinazione irragionevole nelle cure e dignità nella fase finale della vita

2. 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 può ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore, con il consenso del paziente.

3. Il ricorso alla sedazione palliativa profonda continua o il rifiuto della stessa sono motivati e sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.



Art. 3 Minori e incapaci

1. La persona minore di età o incapace ha diritto alla valorizzazione delle proprie capacità di comprensione e di decisione, nel rispetto dei diritti di cui all'articolo 1, comma 1. Deve ricevere informazioni sulle scelte relative alla propria salute in modo consono alle sue capacità per essere messa nelle condizioni di esprimere la sua volontà.
2. 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.
3. 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.

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

5. 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**) di cui all'articolo 4, 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. 

ARTICOLO 4

(Disposizioni anticipate di trattamento)

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. 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.

2. 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.

3. 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. ➤

Testamento biologico



4. 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. In caso di necessità, il giudice tutelare provvede alla nomina di un amministratore di sostegno, ai sensi del capo I del titolo XII del libro I del codice civile.



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. (cioè si ricorre al Giudice Tutelare)



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. Sono esenti dall'obbligo di registrazione, dall'imposta di bollo e da qualsiasi altro tributo, imposta, diritto e tassa.



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.



7. Le regioni che adottano modalità telematiche di gestione della cartella clinica o il fascicolo sanitario elettronico o altre modalità informatiche di gestione dei dati del singolo iscritto al Servizio sanitario nazionale possono, con proprio atto, regolamentare la raccolta di copia delle DAT, compresa l'indicazione del fiduciario, e il loro inserimento nella banca dati, lasciando comunque al firmatario la libertà di scegliere se darne copia o indicare dove esse siano reperibili.

8. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministero della salute, le regioni e le aziende sanitarie provvedono a informare della possibilità di redigere le **DAT** in base alla presente legge, anche attraverso i rispettivi siti internet. 

Art. 5

Pianificazione condivisa delle cure

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. 

L. 219/2017

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.



ARTICOLO 6 (Norma transitoria)

Con una norma transitoria, si sancisce l'applicabilità delle disposizioni della Legge ai documenti contenenti la volontà del disponente circa i trattamenti sanitari depositati presso il Comune di residenza o davanti ad un notaio prima dell'entrata in vigore della legge medesima, stabilendo quindi l'efficacia retroattiva della stessa.

ARTICOLO 7 (Clausola di invarianza finanziaria)

Viene qui posta la clausola di invarianza degli oneri finanziari.

ARTICOLO 8 (Relazione alle Camere)

Si spiega che il Ministro della Salute trasmette alle Camere, entro il 30 aprile di ogni anno, a decorrere dall'anno successivo a quello in corso alla data di entrata in vigore della legge, una relazione sull'applicazione della Legge stessa. Le Regioni sono tenute a fornire le informazioni necessarie entro il mese di febbraio di ciascun anno, sulla base di questionari predisposti dal Ministero della Salute.



LA GIURISPRUDENZA

Cass. civ. Sez. I Sent., 16/10/**2007**, n. 21748 (rv. 598963)

In tema di attività medico-sanitaria, il **diritto alla autodeterminazione** terapeutica del paziente non incontra un limite allorché da esso consegua il sacrificio del bene della vita. Di fronte al rifiuto della cura da parte del diretto interessato, c'è spazio - nel quadro dell'"alleanza terapeutica" che tiene uniti il malato ed il medico nella ricerca, insieme, di ciò che è bene rispettando i percorsi culturali di ciascuno - per una strategia della persuasione, perché il compito dell'ordinamento è anche quello di offrire il supporto della massima solidarietà concreta nelle situazioni di debolezza e di sofferenza; e c'è, prima ancora, il dovere di verificare che quel rifiuto sia informato, autentico ed attuale. Ma allorché il rifiuto abbia tali connotati non c'è possibilità di disattenderlo in nome di un dovere di curarsi come principio di ordine pubblico. **Né il rifiuto delle terapie medico-chirurgiche**, anche quando conduce alla morte, può essere scambiato per un'ipotesi di eutanasia, ossia per un comportamento che intende abbreviare la vita, causando positivamente la morte, giacché tale rifiuto esprime piuttosto un atteggiamento di scelta, da parte del malato, **che la malattia segua il suo corso naturale.** (Cassa con rinvio, App. Milano, 16 Dicembre 2006)

Tribunale Roma, **17/10/2007**, n. 2049

La condotta del medico **che stacca il respiratore meccanico** da paziente affetto da gravissima distrofia fascio-scapolomero-merale su richiesta dello stesso, così cagionandone la morte, benché integri il fatto tipico e l'elemento psicologico del delitto di omicidio del consenziente di cui all'art. 579 c.p., **va considerata lecita in quanto scriminata, ex art. 51 c.p., dall'adempimento del dovere di rispettare la volontà consapevole ed informata del paziente di interrompere la terapia in atto.**

Procura della Repubblica Sassari, 23/01/**2008**,

Non integra il reato di omicidio del consenziente il **comportamento del medico che lascia morire di inedia un paziente affetto da una grave patologia invalidante**, senza imporgli quella nutrizione ed idratazione da questi consapevolmente rifiutate; tale rifiuto è giuridicamente efficace, perché rientrante nell'art. 32, comma 2, cost., per il quale **nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non nei casi previsti dalla legge**. Pertanto, quando viene opposto un rifiuto ad un trattamento sanitario, la relativa omissione del medico non è tipica e non è penalmente rilevante: viene infatti meno l'obbligo giuridico ex art. 40, comma 2, c.p., anzi scatta per il medico il precipuo **dovere di rispettare la volontà del paziente**.

Cassazione penale, sez. I, 14/02/2008, n. 13410 Vedi sentenza

Non **sussistono i presupposti della fattispecie di cui all'art. 579 c.p.** nel caso in cui la particolare patologia psichica da cui è affetto il soggetto passivo sia tale da incidere sulla piena e consapevole formazione del consenso alla propria eliminazione fisica. Ne consegue che, in mancanza di elementi di prova univoci della effettiva e consapevole volontà della persona di morire, deve essere data la prevalenza al diritto alla vita indipendentemente dal grado di salute, di autonomia e di capacità di intendere e volere del soggetto interessato e della percezione che altri possono avere della qualità della vita stessa (**condannato per omicidio doloso**)

Cassazione penale, sez. IV, **24/06/2008**, n. 37077

L'attività medico-chirurgica, per essere legittima, presuppone il "consenso informato" del paziente, giacché il paziente non solo deve poter scegliere tra le diverse possibilità di trattamento medico, ma **può anche eventualmente rifiutare la terapia e decidere consapevolmente di interromperla, in tutte le fasi della vita, anche in quella terminale.**

Rifiuto cure mediche

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, per essere valido ed esonerare così il medico dal potere-dovere di intervenire, deve essere espresso, inequivoco ed attuale: non è sufficiente, dunque, una generica manifestazione di dissenso formulata ex ante ed in un momento in cui il paziente non era in pericolo di vita, ma è necessario che il dissenso sia manifestato ex post, ovvero dopo che **il paziente sia stato pienamente informato sulla gravità della propria situazione e sui rischi derivanti dal rifiuto delle cure.** (caso di un testimone di Geova – Trasfusione) Cassazione civile sez. III 15 settembre **2008 n. 23676**

Tribunale Reggio Emilia, 24/07/2012, Vedi sentenza

L'amministratore di sostegno di persona attualmente incapace, ed affetta da grave ed irreversibile patologia, può esprimere, per suo conto ed in suo nome, il consenso informato a cure mediche con sole terapie palliative, alternative a procedure invasive, quali l'intubazione meccanica, tanto su autorizzazione del giudice, tenuto ad accertare la volontà, almeno presunta, della persona inferma, anteriormente al manifestarsi dello stato di incapacità, riguardo alle scelte terapeutiche in parola (nella specie, il giudice aveva accertato a mezzo dell'esame di informatori, i convincimenti della persona beneficiaria dell'amministrazione di sostegno in tema di scelte di fine vita, ed in particolare che la stessa, affetta da sclerosi multipla maligna in fase avanzata, si era sempre dichiarata contraria ad ogni accanimento terapeutico).

Consiglio di Stato sez. III 02 settembre **2014** n. 4460

Il diritto costituzionale **di rifiutare le cure**, riconosciuto in sede giurisdizionale di legittimità, è un **diritto di libertà assoluto**, efficace erga omnes e, quindi, nei confronti di chiunque intrattenga con l'ammalato, nella specie in stato vegetativo e alimentato solo artificialmente, il rapporto di cura, sia nell'ambito di strutture sanitarie pubbliche che private, tenendo presente che: a) la manifestazione di tale consapevole rifiuto renderebbe doverosa la sospensione dei mezzi terapeutici, il cui impiego non dia alcuna speranza di uscita dallo stato vegetativo in cui versa la paziente e non corrisponda alla sua volontà; b) tale obbligo sussiste anche ove sia sospeso il trattamento di sostegno vitale, con conseguente morte del paziente, giacché tale ipotesi non costituisce, secondo il nostro ordinamento, una forma di eutanasia, bensì la scelta insindacabile del malato di assecondare il decorso naturale della malattia sino alla morte. (Conferma Tar Lombardia, Milano, sez. III, n. 214 del 2009).

Cass. pen. Sez. I, 12/11/2015, n. 12928

E' configurabile il delitto di omicidio volontario, anziché la meno grave ipotesi di omicidio del consenziente, in caso di mancanza di una prova univoca, chiara e convincente della volontà di morire manifestata dalla vittima, dovendo in tal caso riconoscersi assoluta prevalenza al diritto alla vita, quale diritto personalissimo, che non attribuisce al coniuge il potere di disporre, anche in base alla propria percezione della qualità della vita, dell'integrità fisica altrui. Le discussioni tuttora esistenti sulla condivisibilità dell'eutanasia sono sintomatiche della mancanza di un suo attuale apprezzamento positivo pubblico, risultando anzi larghe fasce di contrasto nella società italiana contemporanea; non ricorre, pertanto, la generale valutazione positiva da un punto di vista etico-morale, condizionante la qualificazione del motivo come "di particolare valore morale e sociale", previsto come circostanza attenuante dall'art. 62, n. 1, c.p.

Consiglio di Stato comm. spec., 31/07/2018, n.1991

Il medico di un paziente incapace e il suo fiduciario possono accedere alla banca dati per verificare l'esistenza di una disposizione anticipata di trattamento.

Sentenza Documenti correlati

Consenso dell'avente diritto in materia penale - Attività terapeutica - Consenso del paziente al trattamento terapeutico - Disposizioni anticipate di trattamento (DAT) - Banca dati nazionale art. 1, comma 418, l. n. 205/2017 - Legittimazione ad accedere - Del medico che ha in cura un paziente incapace di autodeterminarsi - Del fiduciario sino a quando è in carica - Sussistenza. Con riguardo alla legittimazione ad accedere alla banca dati per verificare l'esistenza di una DAT, posto che la normativa in materia di DAT deve essere coordinata con le disposizioni normative a tutela del diritto alla riservatezza, si ritiene che: 1) alle DAT può accedere il medico che lo ha in cura allorché sussista una situazione di incapacità di autodeterminarsi del paziente; 2) deve potervi accedere il fiduciario sino a quando è in carica (nel senso che non è stato revocato, ex art. 4, comma 3, legge n. 219/2017) perché, ragionando diversamente, non avrebbe la possibilità di dare attuazione alle scelte compiute; va ricordato che in tal caso non sembra violato il diritto alla riservatezza del paziente perché l'art. 4, al comma 2, prevede espressamente che, dopo l'accettazione della nomina da parte del fiduciario, a quest'ultimo sia rilasciata una copia delle DAT. (1)

Fonte:

Foro Amministrativo (II) 2018, 7-08, 1236

Consiglio di Stato comm. spec. ,
31/07/2018 , n. 1991

Si ritiene che il registro nazionale ex art. 1,
comma 418, l. n. 205/2017 debba essere
aperto anche a tutti coloro che non sono
iscritti al SSN (Servizio Sanitario
Nazionale).(1)

Fonte:

Foro Amministrativo (II) 2018, 7-08 , 1236