

## INTRODUZIONE

L'evoluzione scientifica e tecnologica ha reso disponibili trattamenti che consentono di prolungare anche considerevolmente i tempi di sopravvivenza di pazienti che un tempo sarebbero stati considerati irrecuperabili.

Tuttavia vi sono soggetti che non accettano l'idea di sopravvivere unicamente grazie ad una sonda per l'alimentazione o a un tubo per la ventilazione meccanica, mentre altri individui sopportano di essere legati a dei macchinari e dover patire lo sfacelo fisico e mentale, divenendo, quindi, completamente dipendenti da altri<sup>1</sup>.

Tali differenti visioni mostrano come ogni singolo soggetto abbia un concetto proprio di dignità, che può assumere un significato personale diverso nella vita concreta.

Il modo grazie al quale è possibile tutelare tale principio fondamentale di dignità è dare modo ad ogni individuo di potere esercitare il proprio diritto all'autodeterminazione: in tale direzione si è mosso il Legislatore italiano con la legge n. 219/2017 che ha normato dei principi, già individuati in ambito giurisprudenziale, circa il rifiuto di trattamenti sanitari, che può essere esercitato dal soggetto capace e destinato ad essere fatto valere in un momento successivo, quando lo stesso non sia più in grado di esprimere il proprio consenso o il proprio rifiuto all'intervento dei sanitari.

Nel presente lavoro si esamina la norma sopra indicata, che ha il merito di avere scavato la superficie del consenso puramente

---

<sup>1</sup> M. Foglia, *Consenso e cura. La solidarietà nel rapporto terapeutico*, Torino, 2018, p. 162.

“modulistico” per giungere al cuore della relazione di cura, quindi al rapporto fiduciario che intercorre tra l’operatore sanitario ed il paziente.

La norma, infatti, promuove e valorizza un diritto alla relazione di cura che si basa sul consenso informato. Infatti, viene posto al centro l’incontro e la relazione tra persone. Elementi fondamentali di tale rapporto sono sia la comunicazione che il dialogo fra protagonisti del rapporto, atteso che il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura.

Il medico deve essere “*vir bonus, sanandi peritus*”: il corretto approccio del medico nell’avvicinarsi alla persona del malato deve porsi, innanzitutto, in una prospettiva di ascolto, nell’ottica di capire i desideri, i proponenti e le necessità di quest’ultimo.

Inoltre, il rapporto che intercorre tra queste due figure viene posto a raffronto con riferimento alle discipline proprie di altri ordinamenti, come quello francese o quello inglese, cercando di definire gli spazi effettivi lasciati al paziente affinché questo si possa autodeterminare in ambito sanitario, comparando le legislazioni straniere con quella italiana, alla luce della recente norma 219/2017.

In ultimo pare opportuno riferirsi alla disciplina penalistica circa le conseguenze delle disposizioni anticipate di trattamento, con dei casi concreti disciplinati dalla giurisprudenza nazionale, con rimando alla delicata questione, ancora non conclusa, che vede protagonista il processo a Marco Cappato e la relativa decisione da parte della Corte Costituzionale e la peculiare Ordinanza n. 207/2018 che invita il Legislatore a fornire una

nuova disciplina riguardo quanto disposto dall'art. 580 c.p., in materia di istigazione e aiuto al suicidio, entro il termine perentorio del 24 settembre 2019.

## Capitolo I:

### I PRINCIPI

#### 1. Il campo d'indagine.

Tutte le volte in cui viene esaminato il vasto argomento del “fine vita”, ci s’imbatte in almeno due ipotesi fattuali che trovano un’importante distinzione a livello terminologico. Si tratta, infatti, del caso di rifiuto di trattamenti sanitari e di porre termine alla propria vita<sup>2</sup>. Le ipotesi si esplicano rispettivamente in lasciarsi morire per cause che provengono dalla patologia da cui è affetto il paziente (la prima), mentre la seconda riguarda la richiesta di un intervento attivo, da parte di terzi, di porre fine alla propria esistenza. Se da un lato abbiamo una richiesta di “*non facere*”, aspettando che la malattia faccia il suo corso, dall’altro abbiamo una vera e propria richiesta di “*facere*”. Tale distinzione appare fondamentale poiché entrambi i casi sono disciplinati normativamente, ma da fonti e con presupposti assolutamente differenti. Ogni qual volta un soggetto chieda che la malattia faccia il suo corso, consapevole che ciò comporterà la fine della propria vita, è il riscontro fattuale di quanto viene previsto dalla nostra Carta Costituzionale all’art. 32, co. 2, che

---

<sup>2</sup> U. Adamo, *Costituzione e fine vita. Disposizioni anticipate di trattamento ed eutanasia*, Catanzaro, 2018, p. 3 ss., che riassume: “se da una parte vi è l’uccidere (facere), dall’altra vi è la piena tutela del diritto al rifiuto delle cure”.

recita: *“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”*; tale riferimento alla Carta fondamentale fa acquisire alla richiesta del paziente piena dignità e tutela. Suddetti caratteri della richiesta in coincidenza con l’art. 32 Cost. non possono essere riscontrati nella seconda ipotesi, cioè quando il paziente, in condizioni patologiche e senza possibilità di miglioramento, richieda un comportamento attivo da parte di terzi affinché si ponga fine alla sofferenza provata e, di conseguenza, anche alla sua stessa vita. Se un soggetto terzo acconsentisse a mettersi in azione per rispondere al desiderio del malato, si configurerebbe l’ipotesi prevista dal codice penale, ex 579, rubricato *“omicidio del consenziente”* che recita al primo comma: *“Chiunque cagiona la morte di un uomo, col consenso di lui, è punito con la reclusione da sei a quindici anni”*; in questa fattispecie di reato si prevede un nesso di causalità tra la richiesta del paziente al terzo di rendersi operante per procurare la fine della vita del richiedente e il sopraggiungere della morte. Proprio il nesso di causalità è l’elemento che ci permette di trovare la rilevante differenza tra le ipotesi previste: nel primo caso, anche se il medico non cura il paziente (perché così da lui richiesto), l’evento morte deriva semplicemente dal decorso naturale della malattia; nel secondo caso, invece, è l’azione del terzo che conduce il degente alla conclusione della sua esistenza, con un nesso di causalità forte e presente. Troviamo una differenza fondamentale tra i due casi presentati, poiché si passa dalla mancata attivazione o interruzione dei trattamenti sanitari

(anche essenziali), detta anche eutanasia passiva, alla materiale condotta di chi non si ferma a “spegnere i macchinari<sup>3</sup>” ma si spinge, per esempio, a somministrare farmaci o sostanze che portano alla diretta fine della vita, definendola eutanasia attiva. Ogni tipo di scelta che verrebbe fatta assumerebbe differente colorazione se venisse presa direttamente dallo stesso malato, su sua volontà, o se la scelta provenisse da terzi, come medici o familiari, che si trovano a esprimere al posto del paziente le volontà circa la continuazione o meno di determinate cure e terapie, in base alle condizioni in cui versa il malato.

## **2. Il consenso informato nella Costituzione.**

La nostra Carta Costituzionale è sempre stata un fondamentale riferimento per colmare delle lacune che possono venirsi a creare sia in ambito legislativo, che in ambito giurisprudenziale, garantendo la migliore tutela possibile dei diritti che sono direttamente previsti esplicitamente nella Carta stessa o anche quelli che ne derivano. Tuttavia, l’argomento del “fine vita”, pur non essendo prevedibile per i costituenti che un giorno la scienza avrebbe potuto “allungare” la vita dei singoli, non è mai stato sotteso ad una totale assenza di disciplina costituzionale: la

---

<sup>3</sup> G. Smorto, *Note comparatistiche sull'eutanasia*, in *Riv. Diritto e questioni pubbliche*, 2007, p. 4ss. Oltre la classificazione e differenziazione tra eutanasia attiva e passiva, si continua, prendendo in considerazione il suicidio assistito (ogni supporto dato al malato per il raggiungimento della fine della propria vita se il primo non è capace di agire in totale autonomia) e l'eutanasia analgesica, che riguarda la somministrazioni di farmaci che hanno come primo obiettivo quello di alleviare la sofferenza del malato ma che potranno condurlo alla morte.

situazione in cui, ormai, ci troviamo è quella per cui la morte (come anche la nascita o la malattia) non è più soltanto soggetta a eventi naturali che attengono al naturale scorrere dell'esistenza<sup>4</sup> ma si è giunti ad una sorta di "tecno scienza", un modo per estendere il più possibile la vita del paziente, con dovere del medico di "allungare" il più possibile, mettendo così, però, a rischio quello che è il vero volere del soggetto malato. Se riportiamo alla memoria che la Carta Costituzionale è frutto di un lavoro che iniziò nel 1946 e terminò nel 1947, probabilmente il dubbio posto sopra non è così infondato, dato che, sicuramente, il mondo scientifico è arrivato a importanti nuove scoperte che potrebbero stupire gli stessi costituenti. In realtà, il dubbio in questione perde ogni giustificazione non appena gran parte della dottrina costituzionale<sup>5</sup> ritiene che la Costituzione sia potenzialmente in grado di rispettare e tutelare tutte le situazioni che possono porsi di fatto, vedendola come una "legge eterna"<sup>6</sup>, che si evolve con l'opera che spetta ai vari operatori del diritto. Tale affermazione poggia le proprie basi sull'art. 32 Cost. che porta con sé il principio fondamentale per cui non esiste nessun dovere di curarsi, ma, al contrario, un diritto al rifiuto delle terapie. Questo diritto, se fosse in contrasto con la tutela dell'integrità fisica, dovrebbe prevalere. Grazie ad una lettura costituzionalmente orientata, si è riusciti a porre un fondamentale

---

<sup>4</sup> D. Monti, *Che cose vuol dire morire*, Torino, 2010.

<sup>5</sup> F. D'Agostino-R. Romboli-S. Rodotà-M. Luciani- L. Chieffi-F. Mantovani, in AA. VV., *Il forum – Bioetica e Costituzione*, cit. 297-307, in U. Adamo, *op. cit.*, p. 6.

<sup>6</sup> U. Adamo, *op. cit.*, p. 7 ss.

passaggio, da una visione statale- paternalistica<sup>7</sup> (che trovava la sua piena affermazione nell'art.5 del codice civile<sup>8</sup>) ad un principio dinamico e personalista, secondo cui ogni singolo individuo pensa al concetto di “salute” in modo differente da altri, e per tali ragioni deve potere scegliere dei trattamenti sanitari alla luce delle proprie idee e volontà. Un elemento prodromico per qualsiasi scelta è che vi sia da parte del paziente la volontà di prestare un consenso o un dissenso informato riguardo le terapie presentate dal medico. Il consenso informato è stato definito come la condivisione circa elementi certi e incerti riguardo una diagnosi che il medico presenta<sup>9</sup>. La stessa Corte Costituzionale si è espressa nel 2008, con sentenza n. 438<sup>10</sup>, chiarendo che proprio il consenso informato ha come presupposti l'art. 2 Cost. e artt. 13 e 32, potendo accostare due diritti fondamentali che possono esser vantati dal singolo individuo: quello all'autodeterminazione e il diritto alla salute<sup>11</sup>; con questo tipo di ragionamento, alla base delle decisioni della Corte

---

<sup>7</sup> U. Adamo, *op. cit.*, p. 12 ss.

<sup>8</sup> Art. 5, c.c. “*Gli atti di disposizione del proprio corpo sono vietati quando cagionino una diminuzione permanente della integrità fisica, o quando siano altrimenti contrari alla legge (579 c.p.), all'ordine pubblico o al buon costume (32 Cost.)*”.

<sup>9</sup> C. Casonato, *Consenso e rifiuto delle cure in una recente sentenza della Cassazione*, in *Quaderni costituzionali*, a. XXVIII, n. 3, settembre 2008.

<sup>10</sup> La Consulta dichiara l'illegittimità costituzionale dell'articolo 3 legge 21/2007 della Regione Piemonte (Norme in materia di uso di sostanze psicotrope su bambini ed adolescenti) per violazione dell'articolo 117 comma 3 della Costituzione, ribadendo che il consenso informato ha natura di diritto fondamentale della persona. La norma oggetto di impugnazione delineava i confini del consenso per la somministrazione di specifici farmaci ai minori, specificando sia requisiti oggettivi (forma e modalità), sia soggettivi (ruolo dei genitori/tutori e dei medici).

<sup>11</sup> Corte cost., 23.12.2008, n.438; ripresa da Corte cost., 27.7.2009, n. 253.



costituzionale, si ha la possibilità di rivedere nelle figura del paziente non è più semplicemente un oggetto del potere medico, anzi diviene soggetto attivo con possibilità di scelta. Si approda così a potere parlare di vera “alleanza terapeutica”<sup>12</sup> tra medico e paziente; la Corte di Cassazione, nel 2013 ha richiamato alcuni caratteri del consenso informato, come personale, specifico, reale ed effettivo<sup>13</sup>. Nonostante l’operato del Giudice di legittimità, la giurisprudenza che va osservata con maggiore attenzione per spiegare quanto siano collegati il rapporto medico-paziente con il consenso informato, è proprio quella Costituzionale (il cd. Giudice delle leggi). Come visto sopra, nel 2008 la Corte si è espressa con la sentenza n.438; in questa sede il giudice delle leggi, analizzando l’istituto del consenso informato, ha cercato dei riferimenti costituzionali, facendo riferimento sia all’art. 2, 13 e 32. Riuscendo a rintracciare tali basi costituzionali, è stata immediata l’indicazione del consenso informato come diritto fondamentale. Questa situazione attiva del paziente ha come elemento fondamentale un aspetto prodromico ed inscindibile: un procedimento di formazione della sua volontà che deriva da un rapporto di vera alleanza tra medico e malato<sup>14</sup>, un rapporto che si possa definire dialogico<sup>15</sup>, dove vi è il primo che deve illustrare

---

<sup>12</sup> U. Adamo, *op. cit.*, p. 31 ss.

<sup>13</sup> Cass. Civ. sez. III, sent. N. 19220/2013. La Corte ha chiarito che il medico deve esprimere le informazioni necessarie affinché il paziente possa esprimere il proprio consenso, in modo adeguato alla sua istruzione, non avendo alcuna rilevanza la qualità dello stesso paziente.

<sup>14</sup>B. Pezzini, *Diritto costituzionale alla salute, trattamento sanitario, cure palliative: spunti di riflessione terapeutica*, in E.Stradella (a cura di), *Diritto alla salute e alla vita buona nel confine tra il vivere e il morire. Riflessioni interdisciplinari*, Pisa, 2011.

<sup>15</sup> U. Adamo, *op. cit.*, p. 18 ss.

al secondo tutti gli aspetti che riguardano la malattia, le possibili terapie, le diagnosi ed i rischi che si potrebbero correre. In tal modo è stato fatto un grande passo avanti, maggiormente garantista per il paziente, passando dalla figura del medico che non vede nella salute del singolo un obiettivo da perseguire, ma un vero diritto dell'ammalato, per cui, nonostante il medico abbia un dovere di curare il paziente, ciò non lo legittima, di per sé, ad agire immediatamente sulla sua salute, ma la condizione necessaria è che il paziente abbia prestato il proprio consenso affinché il medico possa agire<sup>16</sup>. Si è così passati da una visione di salute prettamente oggettiva (uomo sano) ad una visione più attenta al vissuto del singolo ammalato, delle sue richieste, delle volontà, e quindi, della sua visione di salute. La Corte, continuando nell'argomentazione, ha affermato anche che, esaminando e maneggiando riguardo il diritto al consenso informato, non si stanno creando nuovi diritti in capo ai singoli, ma si sta dando una lettura più profonda dell'art.32, co. 2 Cost., con un occhio puntato anche agli art. 2 e 13 della Carta fondamentale. Il riferimento fatto all'art.13 richiama il principio generale della libertà personale, che può essere fatta valere nelle forme più varie, tra le quali l'inviolabilità fisica, che va garantita e tutelata non solo in ambito terapeutico, ma per qualsiasi tipo di trattamento sanitario<sup>17</sup>. Soltanto un ordine dell'autorità giudiziaria, data una previsione legislativa che lo preveda, può ordinare un trattamento coattivo: ammissibile solo se vi può essere pericolo per la salute collettiva e non per la salute del

---

<sup>16</sup> S. Canestrari, *Trattato di biodiritto*, Milano, 2011, p. 1788-1795.

<sup>17</sup> S. Canestrari, *op. cit.*, p. 1865 ss.

singolo<sup>18</sup>. Il consenso è lo strumento fondamentale grazie al quale il medico è autorizzato a superare il limite posto dal principio di intangibilità del corpo e potere operare sulla persona del paziente (artt. 13, 32 Cost.). Come osservato anche dalla Suprema Corte, il paziente ha la totale di libertà anche di non scegliere alcun tipo di trattamento che venga proposto dal medico, il quale ha obbligo di non intervenire se il paziente ha respinto ogni possibile cura, anche se da tale rifiuto possa derivarne la morte del malato. Ciò si può collegare anche con quanto ha fatto notare la Corte europea dei diritti dell'uomo, per cui le scelte che riguardano la vita (e la fine della stessa) sono espressioni della libertà dell'individuo, e qualsiasi tipo di imposizione, che sia contraria alla presa di decisione del malato, può minare l'integrità fisica dello stesso, andando a violare i diritti tutelati dell'art.8, par. 1, della Convenzione<sup>19</sup>.

### 3. *Segue: L'articolo 32 della Costituzione*

L'articolo 32 della Costituzione recita: “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.” L'articolo in esame rappresenta una vera rottura con il

---

<sup>18</sup> Corte cost., 22.6.1990, n. 307.

<sup>19</sup> Corte europea dei diritti dell'uomo nel caso *Pretty v. UK*, 29 aprile 2002.

passato (e quindi con il pensiero liberale-fascista), poiché il diritto alla salute viene osservato come un valore percepito dal singolo consociato, che deriva da fattori multipli, sia esterni che interni al soggetto<sup>20</sup>. Dalla lettura dell'articolo costituzionale è chiaro che il diritto alla salute è un diritto fondamentale dell'individuo. Analizzando meglio il testo, possono essere individuati due volti del diritto; un primo aspetto riguarda il profilo di libertà che viene vantata dal singolo, per cui si pretende che soggetti terzi non si intromettano con la sfera individuale della salute, in modo tale da potere definire questo primo livello dell'art. 32, in base alle canoniche classificazioni dei diritti, una pretesa "erga omnes". Tale pretesa "in negativo" viene esercitata anche nei confronti del medico ogni qual volta il paziente abbia negato il proprio consenso "informato". Ciò che rileva è che, allora, l'evento morte deve provenire come conseguenza dal rifiuto delle cure, con la malattia che segue il suo corso naturale, senza un'azione o un intervento del medico diretto alla morte, dato che si configurerebbe la fattispecie dell'eutanasia, punita nel nostro ordinamento ai sensi dell'art. 579 del codice penale<sup>21</sup>. Contemporaneamente (e da tale aspetto si rileva la complessità che porta con sé la tutela alla salute) l'art. 32 prevede una pretesa dell'individuo al raggiungimento di determinate prestazioni sanitarie che siano essenziali per la tutela della propria buona condizione; in più, garantendo il principio dell'uguaglianza, sancita dalla nostra Carta Costituzionale

---

<sup>20</sup> *Commentario alla Costituzione* edito da UTET, curato da Bifulco, Celotto, Olivetti, 2006, p. 662 ss.

<sup>21</sup> Cass. Pen. 22446/2001.

dall'art.3, se tale pretesa venisse vantata da soggetti nullatenenti, le prestazioni sanitarie saranno prestate in modo gratuito<sup>22</sup>. Proprio il primo aspetto, di “garanzia passiva o negativa” viene tutelata con il presidio giurisdizionale di mezzi inibitori ripristinatori o risarcitori in caso di lesioni della sfera della salute individuale; il secondo livello di manifestazione del diritto alla salute, quello “attivo”, si ricollega all'utilizzabilità garantita delle cure. Così argomentando, si individuano due profili soggettivi ed uno oggettivo di operatività del diritto alla salute: in primo luogo viene previsto che tutti i consociati debbano astenersi dal compiere azioni pericolose contro il “bene” della salute altrui; sempre in base al profilo soggettivo, la tutela del diritto della salute prevede un dovere in capo allo Stato sia di vigilare affinché la salute dei cittadini non venga lesa, ma anche di attivarsi erogando servizi a presidio della salute dei consociati. In tal modo si può collegare, all'art. 32, un altro fondamentale precetto costituzionale, ossia quello previsto dall'art. 2, in cui la Repubblica si impegna a riconoscere e garantire i diritti inviolabili dell'uomo e farli rispettare anche tra i privati. Per tale ragione lo Stato deve fissare i presupposti soggettivi, le condizioni oggettive, le forme e le procedure per potere accedere alle cure necessarie, anche per i soggetti indigenti. In ultimo, riguardo l'aspetto prettamente oggettivo, ci si riferisce alla salute come interesse della collettività, con interventi statali volti alla generalità dei cittadini. In un primo momento, l'art. 32 aveva una mera applicazione programmatica e per tale ragione la sanità

---

<sup>22</sup> D. Morana, *La salute come diritto costituzionale. Lezioni*, Torino, 2018, p. 3 ss.

pubblica era ricondotta, quasi interamente, all'attività amministrativa. Quando iniziò a mutare la sensibilità sociale, si adottò una nuova visione della salute, maggiormente dinamica, per cui salute non combacia soltanto con l'integrità del corpo, ma, con un'accezione più ampia e complessa, con il complessivo stato di benessere psico-fisico<sup>23</sup>. Riportando una definizione elargita dalla Corte di Cassazione civile nel 2007, con sentenza n. 21748, la salute va intesa "come stato di completo benessere fisico e psichico, e quindi coinvolgente, in relazione alla percezione che ciascuno ha di sé, anche gli aspetti interiori della vita come avvertiti e vissuti dal soggetto nella sua esperienza". In tempi abbastanza recenti, è stato riconosciuto uno stretto collegamento che intercorre tra l'integrità psico-fisica ed il diritto ad un ambiente salubre, poiché l'habitat naturale dell'uomo è condizione irrinunciabile per il suo sviluppo e la sua espressione, collegato in modo inscindibile con il godimento del bene salute<sup>24</sup>.

#### **4. Le fonti internazionali**

Sul piano internazionale e sovrazionale sono varie le fonti che regolano, come condizione essenziale, l'espressione da parte del malato del consenso informato prima di essere assoggettato ad una terapia. Il principio di rispetto e di dignità dell'individuo ha trovato una piena considerazione alla fine del secondo conflitto

---

<sup>23</sup> Gino Scaccia, *commentario alla Costituzione*, 2016, p. 214 ss.

<sup>24</sup> Corte Cost. 641/1987; 210/1987. Queste sono state le premesse per la determinazione di standard minimi della salubrità, cercando di ridurre i rischi di danneggiamento della salute.

mondiale, quando si iniziò a ritenere che il singolo paziente godesse di un diritto all'autodeterminazione che non poteva essere leso, neanche se il medico stesse agendo nel miglior interesse del malato. Ciò si è appreso durante il Processo di Norimberga (dal 20 novembre 1945 al 1° ottobre 1946) mentre venivano condannati ventitré medici nazisti che conducevano esperimenti nei campi di concentramento. Nonostante la mancata forza giuridica del codice di Norimberga (1° agosto 1946), si fece riferimento, per la prima volta, alla rilevanza e alla necessità del consenso che deve essere prestato dall'individuo per prevenire abusi della sperimentazione umana, infatti tale Codice ha ispirato altre leggi nazionali e fonti internazionali. Si forma un'apertura alla "cultura dell'autonomia", con cui si dà il via alla produzione di leggi e convenzioni fondamentali per la disciplina del consenso e rilevanza della volontà del singolo. Nello specifico va richiamata la Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina, sottoscritta ad Oviedo il 4 aprile 1997, ratificata nel 2001 dallo Stato italiano, nonostante non risulti depositato lo strumento di ratifica. Attraverso le disposizioni del capitolo II del trattato viene fatto riferimento al consenso informato come conseguenza del rapporto che va a delinearsi tra l'ammalato e il medico, addentrandosi in un'alleanza terapeutica<sup>25</sup>. Oltre a prevedere la situazione in cui il medico può intraprendere un trattamento sulla persona del malato solo dopo aver ricevuto il suo consenso, la Convenzione disciplina casi molto più insicuri,

---

<sup>25</sup> B. Vimercati, *Consenso informato e incapacità. Gli strumenti di attuazione del diritto costituzionale all'autodeterminazione terapeutica*, Milano, 2014, pag.49 ss.