

ACCANIMENTO CLINICO ED EUTANASIA SOTTO LALENTE DEL RIFIUTO (ATTUALE ED INFORMATO) DI CURE¹

di Riccardo Campione *
(12 ottobre 2012)

Sommario: 1.- La tendenza espansiva del diniego alle cure. 2.- L'accanimento clinico tra volontà del paziente e valutazione del medico. 3.- Rifiuto di cure ed «eutanasia attiva scriminata».

1.- La tendenza espansiva del diniego alle cure.

La feconda - quanto nota - elaborazione condotta dagli interpreti in materia di consenso informato (In argomento v., da ultimo, GRAZIADEI: 2011, p. 191 ss.), oltre ad avere decretato una revisione dell'idea di fondo che sottostava al rapporto tra medico e paziente (Sul punto v. BALESTRA: 2001, p. 1014 ss.), ha portato a valorizzare ogni aspetto dell'autonomia decisionale dell'individuo, compreso quello - di carattere negativo - sostanziante nella libertà di rifiutare le cure.

Sotto questo profilo, residua tuttavia una questione - quella concernente l'ampiezza del diniego di trattamenti - sulla quale la letteratura non è ancora pervenuta ad un approdo condiviso, giacché si discute circa la possibilità di opporre un cosciente ed informato rifiuto anche alle cure c.d. salvavita e di sancire, per tale via, la prevalenza del diritto all'autodeterminazione rispetto al diritto alla salute e all'integrità fisica.

Secondo un primo orientamento, per vero minoritario, il diniego di cure non potrebbe pregiudicare la salute dell'individuo fino a tramutarsi nel diritto di lasciarsi morire, essendo unicamente suscettibile di esplicarsi con riguardo a trattamenti non determinanti per la sopravvivenza dell'individuo o nelle ipotesi in cui si ravvisi un'oggettiva sproporzione fra l'efficacia e la gravosità

¹ Scritto sottoposto a *referee*. Il presente contributo riproduce, con i dovuti adattamenti e aggiornamenti, la relazione svolta nell'ambito del *Seminario italo-spagnolo di Diritto costituzionale: Le nuove esigenze di tutela dei diritti della persona*, svoltosi in Bologna nei giorni 3-4 maggio 2012, i cui atti sono in corso di pubblicazione.

dell'intervento medico ed i benefici conseguibili in relazione alle circostanze del caso concreto (Cfr., da ultimo, SCALISI: 2009, p. 1075; EUSEBI: 2009, p. 389 ss.; RUGGERI: 2010, p. 327 ss.). I rilievi più ricorrenti a suffragio di tale assunto fanno leva sul carattere indisponibile della vita sancito dagli artt. 579 e 580 c.p., sui limiti agli atti di disposizione del corpo previsti dall'art. 5 c.c., nonché sulla posizione di garanzia rivestita dal medico, dalla quale conseguirebbe un obbligo giuridico di intervenire (V. art. 40, comma 2, c.p.) e la cui inosservanza potrebbe essere sanzionata ai sensi degli artt. 589 e 593 c.p. (LADECOLA: 1998, p. 953 ss.). Nell'anzidetta prospettiva, si ritiene quindi che - ove il rifiuto di un trattamento esponga il paziente ad un grave ed irreparabile pregiudizio - la condotta del sanitario, nonostante il rifiuto opposto dal malato, non integri, in quanto giustificata dallo stato di necessità, gli estremi del reato di violenza privata (art. 610 c.p.), né tantomeno costituisca fonte di un obbligo risarcitorio ex art. 2043 c.c. per lesione del diritto all'autodeterminazione.

Tale modulo argomentativo viene contestato da quanti, per converso, reputano che il nostro ordinamento riconosca un incondizionato diritto di opporsi alle cure (Tra i molti, v. CARUSI: 2009, p. 16; FERRANDO: 2011, p. 1873), il quale verrebbe pregiudicato dal sistematico ricorso allo stato di necessità, che finirebbe per rendere del tutto irrilevante la volontà libera e consapevole dell'interessato e per sovrapporre ad essa l'iniziativa del medico. I fautori di tale indirizzo adducono la presenza di significativi indici normativi volti a rimettere alla libera iniziativa dell'individuo ogni scelta inerente alla salute, quali, tra gli altri, le norme di rango costituzionale poste a presidio dell'invulnerabilità della persona (Artt. 2, 13) ed il dettato dell'art. 32, comma 2, della stessa Carta costituzionale, che consentirebbe di inferire come - al di fuori delle ipotesi di trattamenti sanitari obbligatori, ispirati ad esigenze di tutela della salute pubblica - l'ordinamento preveda la piena volontarietà di ogni intervento terapeutico. In tale prospettiva, si nega altresì la sussistenza di un dovere di cura in capo al singolo, che, data la prevalenza acquisita dal profilo soggettivistico del diritto alla salute, non si potrebbe evincere né dall'art. 32 Cost., né tantomeno dal disposto dell'art. 5 c.c. (De CUPIS: 1992, p. 130; cfr. altresì il parere del Comitato Nazionale per la Bioetica, *Informazione e consenso all'atto medico* del 2 giugno 1992, ove si afferma l'illegittimità dei «trattamenti sanitari extraconsensuali, non

sussistendo un dovere di curarsi»). L'argomento facente leva sui limiti agli atti dispositivi del corpo, si fonderebbe difatti su un'interpretazione estensiva della disposizione codicistica non consonante alla *ratio* ed alla lettera della stessa, prevista dal legislatore del '42 con l'intento di circoscrivere l'efficacia degli atti - peraltro negoziali - di positiva disposizione del corpo e non di quelli aventi carattere omissivo (GALGANO: 2010, p. 152). Si rileva, inoltre, come siffatta lettura dell'art. 5 c.c. appaia ancora tributaria della superata opinione che concepisce la salute alla stregua di un bene strumentale e subordinato ad interessi di carattere pubblico, in quanto essenziale affinché l'uomo possa adempiere i propri doveri verso la società e la famiglia (CORDIANO: 2011, p. 86 ss.) e come, solo nell'anzidetta prospettiva, in cui la tutela dell'integrità fisica assume i caratteri di un «diritto soggettivo pubblico», possa giustificarsi la teorizzazione di vero e proprio dovere di cura (FRANZONI: 2009, p. 255). Nemmeno i richiami alle norme del codice penale - dalle quali altra parte della dottrina trae il principio di assoluta indisponibilità della vita - si rivelerebbero determinanti, trattandosi di disposizioni che affondano le proprie radici in un contesto storico e giuridico assai distante da quello odierno e che necessiterebbero, pertanto, di una lettura costituzionalmente orientata, suscettibile di decretare un ridimensionamento della tutela penale della vita verso aggressioni perpetrate dal suo titolare (TORDINI CAGLI: 2011, p. 1833 ss.).

Le sollecitazioni provenienti da tale ultimo orientamento hanno peraltro trovato conforto in significativi arresti giurisprudenziali, ove si è a chiare lettere decretata la prevalenza del diritto all'autodeterminazione individuale rispetto al diritto alla salute ed all'integrità fisica.

Se, sul versante del diritto penale, i giudici, già a partire dagli anni '90, si sono mostrati inclini a riconoscere la piena vincolatività del diritto all'autodeterminazione sostanziandosi nel diniego di cure salvavita (Cfr., da ultimo, Cass. pen., 30 settembre 2008, n. 37077, in *Corr. giur.*, 2009, p. 182; Cass. pen., 23 gennaio 2008, n. 16375, in *Cass. pen.*, 2009, p. 2921), per quanto attiene al piano del diritto civile, tale orientamento ha trovato terreno fertile in tempi più recenti e, segnatamente, alla fine dello scorso decennio, ove, anche in sede di legittimità, si è affermato il principio secondo cui deve essere riconosciuto al paziente un vero e proprio diritto di non curarsi, anche se tale

condotta lo esponga al rischio di morte (In questi termini v., tra le altre, Cass., 9 febbraio 2010, n. 2847, in *Resp. civ. prev.*, 2010, p. 1013, Cass., 15 settembre 2008, n. 23676, in *Guida al dir.*, 2008, f. 39, p. 52; Cass., 6 ottobre 2007, n. 21748, in *Fam. e dir.*, 2008, p. 129). Tale convincimento viene fondato dalle Corti tanto sulla matrice personalista che ispira la Carta costituzionale e la cui effettiva attuazione impone il rispetto dell'individuo in ogni momento della vita e nell'integralità della sua persona, quanto sulla «nuova dimensione» guadagnata dal diritto alla salute, che - in linea con gli insegnamenti del Giudice delle leggi (Corte cost., 3 febbraio 1994, n. 13, in *Rass. avv. Stato*, 1994, I, 24.) - non può essere meramente intesa come assenza di malattia, bensì alla stregua di un complessivo stato di benessere psico-fisico, in relazione al quale assumono valenza non secondaria gli aspetti interiori della vita come avvertiti e vissuti dal soggetto nella sua esperienza. Sicché il principio di autodeterminazione deve essere valorizzato quale strumento a presidio dell'individuo, presentando un'inscindibile correlazione con il diritto all'identità personale: anzi, è proprio nell'ottica della salvaguardia di tale diritto che l'elaborazione pretoria suggella la piena legittimità del rifiuto di cure salvavita, concependo l'autonomia decisionale in campo sanitario quale espressione delle convinzioni del singolo ed elemento idoneo a promuoverne lo svolgimento della personalità.

Sulla scorta delle osservazioni appena condotte, può dunque concludersi che l'orientamento allo stato prevalente presso gli interpreti è senza dubbio quello inteso a decretare l'assoluta centralità del diritto all'autodeterminazione - tanto nel suo aspetto positivo, quanto nel suo rivolto negativo -, rimettendo all'individuo ogni scelta concernente la salute e l'integrità fisica. Va nondimeno ribadito che la presa di coscienza del rilievo acquisito dal diniego ai trattamenti sanitari si accompagna alla consapevolezza che - onde costituire un sicuro limite all'erogazione delle cure - la volontà di non essere curato debba presentare specifici requisiti: è, infatti, chiaro che, una volta concepito come espressione del principio di autonomia decisionale in campo medico, il rifiuto di cure soggiaccia ai medesimi limiti di validità del consenso al trattamento sanitario, sicché l'operato del medico sarà destinato ad arrestarsi soltanto dinanzi ad una manifestazione di volontà che, oltre ad essere attuale e specifica, provenga da un soggetto maggiorenne, capace di intendere e di

volere, nonché previamente ed adeguatamente informato circa le conseguenze delle proprie scelte (CANESTRARI: 2011, p. 1904).

2.- L'accanimento clinico tra volontà del paziente e valutazione del medico.

Sul diritto del paziente di sottrarsi a trattamenti che sconfinino nel c.d. accanimento terapeutico e, prima ancora, sul dovere del medico di astenersi dall'effettuare simili interventi, vi è univocità di vedute, posta l'incompatibilità di detta pratica con i principi costituzionali, etici e morali di rispetto, dignità della persona umana e solidarietà (Così App. Milano, 31 dicembre 1999, in *Foro it.*, 2000, I, c. 2022). Quel che appare non del tutto incontrovertibile è l'esatta portata del concetto di accanimento nei trattamenti medici, in quanto, allo stato, non si è ancora affermata, a livello scientifico, una nozione operativa unanimemente condivisa, né tantomeno la fattispecie in esame è stata definita sul piano legislativo.

Tra le definizioni richiamate con maggiore frequenza dalla letteratura vi è quella elaborata dal Comitato Nazionale per la Bioetica (Cfr. il parere *Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana* del 14 luglio 1995 ed il parere *Rifiuto e rinuncia consapevole al trattamento sanitario nella relazione paziente-medico* del 24 ottobre 2008), secondo la quale l'accanimento clinico sarebbe ravvisabile in ogni «trattamento 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».

A detto riguardo, deve comunque rilevarsi come ogni tentativo volto a chiarire il concetto di ostinazione nelle cure, prescindendo dalla centralità dall'autonomia decisionale in campo medico, risulta inevitabilmente destinato all'insuccesso, poiché il giudizio circa i benefici derivanti dalle cure e la qualità di vita da esse garantita va prima di tutto rimesso alla personale valutazione e percezione dell'interessato.

Ne consegue che, onde valutare se l'esecuzione o la prosecuzione di una cura configuri un eccesso di trattamento, vengono in ausilio del personale

sanitario due differenti criteri di valutazione: uno, di carattere oggettivo, fondato su elementi - quali l'inefficacia o futilità del trattamento, la gravosità dell'intervento, nonché l'eccezionalità dei mezzi terapeutici impiegati rispetto ai risultati ragionevolmente conseguibili - che sono apprezzabili da un punto di vista strettamente clinico e scientifico; l'altro, di indole soggettiva, basato sulla manifestazione di volontà del malato, dettata dalla sua personale percezione del trattamento e dell'utilità che da esso può derivare.

Quanto al rapporto tra i summenzionati criteri, occorre, in linea generale, affermare la prevalenza del parametro soggettivo rispetto a quello fondato su elementi scientificamente ed obiettivamente valutabili, posto che il giudizio circa l'appropriatezza del trattamento non può che essere, in ultima istanza, rimesso alla personale valutazione del malato. Atteso che il rapporto di cura è fondamentalmente incentrato sul rispetto della volontà del degente, quale frutto dell'incessante relazione dialogica tra questi ed il medico curante, si deve infatti ritenere che siano proprio le determinazioni espresse in maniera consapevole, attuale ed informata dall'interessato a guidare in misura assolutamente prevalente l'operato del sanitario ed a garantirlo dal rischio di sconfinare in una ostinazione nelle cure. Cionondimeno, ad avviso di chi scrive, non è possibile concordare con quanti sostengono che non abbia mai senso discorrere di accanimento terapeutico laddove il malato sia in grado di esprimere la propria volontà (DEFANTI: 2011, p. 586), potendo astrattamente ravvisarsi almeno un'ipotesi in cui, pur in presenza di determinazioni espresse dal paziente, il giudizio circa la natura del trattamento potrebbe essere rimesso in misura prevalente all'obiettiva valutazione del medico. Il riferimento è alla particolare fattispecie [Efficacemente denominata «accanimento terapeutico consentito» (CUPELLI: 2011, p. 2940)], in cui il paziente, pur in seguito ad una corretta informazione da parte del sanitario, chiedi di essere sottoposto ad un intervento di documentata inefficacia, gravoso, foriero di rischi e, dunque, obiettivamente inappropriato rispetto ai prevedibili risultati.

Non sembra, infatti, azzardato sostenere che, dinanzi ad una richiesta di tale natura, il medico sia legittimato ad arrestare la propria opera, dovendosi considerare, da un lato, il dovere di non praticare interventi informati a forme di inutile accanimento diagnostico-terapeutico e, dall'altro lato, il fatto che

l'impiego non proporzionato dei mezzi di cura, oltre a rivelarsi inutilmente doloroso e gravoso per il malato, è suscettibile di condurre ad una iniqua distribuzione delle risorse sottraendole ad altri pazienti (Profilo posto in luce, benché con riguardo a trattamenti intensivi, dalla Società Italiana di Anestesia e Rianimazione, *Raccomandazioni per l'ammissione e la dimissione dalla terapia intensiva e per la limitazione dei trattamenti in terapia intensiva*). L'astensione del sanitario dall'intervento sembra infatti, in questo caso, pienamente consonante alla regole a cui è informata la professione, sempreché, beninteso, simile condotta non implichi alcuna forma di abbandono terapeutico e non costituisca in nessun modo espressione della c.d. medicina difensiva. Tale conclusione è stata del resto prospettata da un recente arresto giurisprudenziale (App. Roma 28 maggio 2009 ined., a cui ha fatto seguito Cass. pen., 13 gennaio 2011, n. 13746, in *Cass. pen.*, 2011, p. 2940), ove si è statuita la colpa specifica del personale medico – ravvisata nella violazione del divieto di cui all'art. 16 del codice deontologico – che, sebbene dietro richiesta del paziente, aveva intrapreso un intervento dal quale, attese le obiettive condizioni cliniche dell'interessato, non era possibile fondatamente attendersi un beneficio per la salute e/o un miglioramento della qualità della vita (Cfr. comunque le perplessità manifestate al riguardo da CUPELLI: 2011, p. 2942, ove, in particolare, si revoca in dubbio che la regola deontologica assurga, sul versante del diritto penale, al rango di disciplina e sia pertanto idonea a fondare un giudizio di colpa specifica).

3.- Rifiuto di cure ed «eutanasia attiva scriminata».

E' alla luce delle considerazioni appena svolte e nel quadro dei principi elaborati in materia di autodeterminazione del paziente che deve risolversi la più problematica ipotesi di rifiuto di cure salvavita, ossia quella in cui il malato, pur in grado di intendere e di volere, sia fisicamente impossibilitato a sottrarsi ad un trattamento di sostegno vitale in atto, di guisa che, per rendere effettiva la propria volontà di non essere ulteriormente curato, debba ricorrere al positivo intervento di un terzo, da individuare necessariamente tra il personale sanitario.

Il nodo nevralgico della questione risiede nel fatto che, in simile ipotesi, la condotta del sanitario, si approssima - fino a coincidere - con una fattispecie

eutanasiaca e, segnatamente, con quella che, stando ad una tradizionale classificazione, prende il nome di eutanasi attiva, consistente nella condotta di carattere commissivo del medico volta intenzionalmente a porre fine alla vita del paziente, che, interrompendo il nesso eziologico tra il naturale ed inesorabile corso della patologia e la morte di chi ne è affetto, assurge a causa immediata e diretta del decesso del malato. Pratica, quest'ultima, che, oltre ad essere vietata dal codice di deontologia, è sanzionata dalle norme del codice penale volte a punire l'omicidio del consenziente (Art. 579, comma 1, c.p.) o l'omicidio comune (Art. 575 c.p.), a seconda che sia ravvisabile il consenso del soggetto passivo del reato.

Ora, nonostante i pregevoli tentativi di fornire una diversa ricostruzione del fenomeno (Il riferimento è alla teoria della «omissione mediante azione», sulla quale v. CUPELLI: 2009, p. 1147; VIGANÒ: 2007, p. 7), non può disconoscersi che la condotta del sanitario il quale, dietro richiesta del malato, interrompa un presidio di sostegno vitale, presenti il carattere dell'antigiuridicità, integrando gli estremi della fattispecie incriminatrice compendiata dall'art. 579 c.p. (CANESTRARI: 2011, 1911. Cfr. anche OPPO: 2008, p. 373).

E' pur vero che, in tal caso, il fine ultimo perseguito dall'esercente la professione sanitaria non è quello di cagionare il decesso del paziente, bensì di rispettare la sua autonomia decisionale, sicché – si è sostenuto - il rifiuto delle terapie mediche, anche quando conduca alla morte, non può essere scambiato per un'ipotesi di eutanasi, ossia per un comportamento che intende abbreviare la vita, causando positivamente la morte, esprimendo piuttosto un atteggiamento di scelta, da parte del malato, che la malattia segua il suo corso naturale (T.A.R. Milano Lombardia, 26 gennaio 2009, n. 214, in *Foro it.*, 2009, III, c. 238); ed è altrettanto vero che, ove si ritenesse illecita la condotta del medico volta a conferire effettività alla revoca del consenso manifestata dal paziente fisicamente infermo, si determinerebbe un'ingiustificata ed irragionevole disparità di trattamento tra quanti siano autonomamente in grado di sottrarsi alle cure e quanti, all'opposto, necessitino dell'ausilio di terzi.

Cionondimeno, la soluzione del problema non può che essere ricercata nel dato positivo e, sotto questo profilo, l'unico strumento atto ad elidere

l'antigiuridicità della fattispecie in esame va ravvisato in una causa di giustificazione, correttamente individuata dalla giurisprudenza nell'adempimento di un dovere ex art. 51 c.p. In tal senso si è espressa infatti una importante decisione - che rappresenta l'esito conclusivo di una nota vicenda giudiziaria (In merito v. CAMPIONE: 2007, p. 296) - in cui si è statuito che il medico, il quale, su espressa richiesta del paziente, ne cagioni la morte, interrompendo il trattamento sanitario salvavita a cui lo stesso era sottoposto, non risponde del reato di omicidio del consenziente, operando in tal caso l'esimente dell'adempimento del dovere. Siffatta conclusione risulta estremamente significativa, in quanto postula che, nel novero dei diritti pienamente tutelati e riconosciuti dall'ordinamento, vi sia quello di opporsi ad ogni tipo di cura e che il medico, al cospetto dell'intervenuto esercizio di tale diritto ed in ossequio al divieto di trattamenti coatti sancito dalla Carta costituzionale, sia investito tanto del dovere giuridico di astenersi dall'erogare la prestazione medica, quanto di sospendere – pur, per il tramite di una condotta attiva suscettibile di concretare una fattispecie eutanassica - l'indesiderato presidio sanitario già in atto (G.u.p. Trib. Roma, 23 luglio 2007, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 2008, p. 458).

In questa prospettiva, si può quindi osservare come la centralità acquisita dall'autodeterminazione nei trattamenti sanitari – definita dal Giudice delle leggi quale principio fondamentale in materia di tutela della salute (Corte cost., 23 dicembre 2008, n. 438, in *Foro it.*, 2009, I, c. 1328) – e, segnatamente, dal suo risolto negativo, abbia arricchito il novero delle tradizionali fattispecie eutanassiche, decretando l'emersione di una nuova figura che va ad aggiungersi a quelle dell'eutanassia attiva, passiva ed indiretta (In argomento si rinvia a TORDINI CAGLI 2011, 1820 ss.) e che ben potrebbe essere definita «eutanassia attiva scriminata». Invero, una volta riconosciuto che il consenso informato ha come correlato la facoltà di rifiutare la terapia e di decidere consapevolmente di interromperla, in tutte le fasi della vita, anche in quella terminale (Così Cass., 6 ottobre 2007, n. 21748, cit.), non può che ricostruirsi in capo al medico l'obbligo di rispettare tale volontà e di assicurarne l'effettività anche laddove ciò imponga il compimento di condotta attiva, fatta comunque salva ed impregiudicata la possibilità di astenersi da simili pratiche interruttrive del trattamento (BALESTRA: 2011, p. 1022; CANESTRARI: 2011, p. 1913). Non può peraltro disconoscersi

come, sotto tale profilo, anche il divieto di accanimento clinico svolga un ruolo significativo, posto che le considerazioni svolte in precedenza inducono senza dubbio a ritenere che la prosecuzione di un trattamento di sostegno vitale non più desiderato dal paziente sia suscettibile di tradursi in una ostinazione nelle cure.

* Ricercatore di Diritto Privato - Università di Bologna - Facoltà di Economia (sede di Rimini)

Forum di Quaderni Costituzionali

stituzionali

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI.

- L. BALESTRA, *L'autodeterminazione nel «fine vita»*, in *Rivista trimestrale di diritto e procedura civile*, 2011, p. 1009
- R. CAMPIONE, *“Caso Welby”: il rifiuto di cure tra ambiguità legislative ed elaborazione degli interpreti*, in *Famiglia e diritto*, 2007, p. 292
- S. CANESTRARI, *Rifiuto informato e rinuncia consapevole al trattamento sanitario da parte di paziente competente*, in *Trattato di biodiritto* a cura di S. Rodotà e P. Zatti, *Il governo del corpo*, II, Milano: Giuffrè, 2011
- D. CARUSI, *Tutela della salute, consenso alle cure, direttive anticipate. L'evoluzione del pensiero privatistico*, in *Rivista critica di diritto privato*, 2009, p. 7
- A. CORDIANO, *Identità della persona e disposizioni del corpo. La tutela della salute nelle nuove scienze*, Roma: Aracne, 2011
- C. CUPELLI, *La disattivazione di un sostegno artificiale tra agire ed omettere*, in *Riv. Italiana di diritto e procedura penale*, 2009, p. 1145
- Id, *Responsabilità colposa e accanimento terapeutico consentito*, in *Cassazione Penale*, 2011, p. 2940
- C.A. DEFANTI, *I trattamenti di sostegno vitale*, in *Trattato di biodiritto* a cura di S. Rodotà e P. Zatti, *I diritti in medicina*, Milano: Giuffrè, 2011
- L. EUSEBI, *Dignità umana e bioetica*, in *Medicina e morale*, 2009, p. 389
- G. FERRANDO, *Fine vita e rifiuto di cure: profili civilistici*, in *Trattato di biodiritto* a cura di S. Rodotà e P. Zatti, *Il governo del corpo*, II, Milano: Giuffrè, 2011
- M. FRANZONI, *Testamento biologico come diritto all'autodeterminazione o all'eutanasia*, in *Contratto e impresa*, 2009, p. 255
- F. GALGANO, *Trattato di diritto civile*, I. Padova: Cedam, 2010;
- M. GRAZIADEI, *Il consenso informato e i suoi limiti*, in *Trattato di biodiritto* a cura di S. Rodotà e P. Zatti, *I diritti in medicina*, Milano: Giuffrè, 2011
- G. IADECOLA, *La responsabilità penale del medico tra posizione di garanzia e rispetto della volontà del paziente* (in tema di omessa trasfusione di sangue salvavita rifiutata dal malato), in *Cassazione Penale*, 1998, p. 953
- G. OPPO, *Profili giuridici dei confini artificiali imposti alla vita umana*, in *Rivista di diritto civile*,

2008, I, p. 371

A. RUGGERI, *Il testamento biologico e la cornice costituzionale (prime notazioni)*, in Gensabella Furnari M. e Ruggeri A. (a cura di), *Rinuncia alle cure e testamento biologico*, Torino: Giappichelli, 2010

A. SCALISI, *Il diritto a morire: profili problematici*, in *Famiglia e diritto*, 2009, p. 1069

S. TORDINI CAGLI, *Le forme dell'eutanasia*, in *Trattato di biodiritto* a cura di S. Rodotà e P. Zatti, *Il governo del corpo*, II, Milano: Giuffrè, 2011

F. VIGANÒ, *Esiste un diritto a essere lasciati morire in pace? Considerazioni in margine al caso Welby*, in *Diritto penale e processo*, 2007, p. 5.

Forum di Quaderni Costituzionali

stituzionali