

CONSENSO INFORMATO: ASPETTI DEONTOLOGICI E GIURIDICI

Fulvio Fiorini¹, Antonio Granata², Alessandro D'Amelio³, Tiziano Lusenti⁴, Giulia Maltese⁵, Alessandro Rapisarda⁵

Per il Gruppo di Studio di Ecografia Renale della Società Italiana di Nefrologia (SIN-GSER)

¹SSD Nefrologia Diagnostica e Ambulatoriale - ASL 1 - Sanremo (IM)

²U.O.C. Nefrologia e Dialisi, AOU "Policlinico Vittorio Emanuele", Catania

³U.O.C. Nefrologia e Dialisi, AO Vito Fazzi, Lecce

⁴U.O.C. Nefrologia e Dialisi, Reggio Emilia

⁵Foro di Catania

INTRODUZIONE

L'affermazione del principio consensualistico quale fattore essenziale, di norma, ai fini del legittimo esercizio dell'attività medica costituisce, allo stesso tempo, un'autentica conquista di civiltà e lo spartiacque tra la tradizionale concezione solitaria dell'atto terapeutico, nella quale dominavano fattori quali l'assoluta pertinenza delle imperscrutabili scelte curative alla sfera decisionale del medico (1) e il pressoché totale e fiduciario affidamento del paziente, e una prospettiva moderna di interazione tra paziente e sanitario, saldata nella cosiddetta alleanza terapeutica (2).

Tale principio implica, quale suo fondamentale corollario, che la partecipazione del paziente, tramite il proprio consenso, all'assunzione e alla definizione delle scelte terapeutiche avvenga sulla base della preventiva informazione del paziente sulla portata, sui rischi e sulle finalità dell'intervento sanitario.

La tematica del consenso informato all'atto medico implica profili di notevole problematicità e considerazioni che certamente trascendono i circoscritti confini dell'ambito giuridico, ai quali la presente analisi è, tuttavia, riferita, finendo per sollevare complesse e interconnesse questioni sistematiche appartenenti al dominio dell'etica e della filosofia, dove l'istituto in analisi ha ricevuto la sua originaria elaborazione ma delle quali è possibile dare solo brevi cenni (3).

La teoria del consenso informato ha, come detto, una matrice etica, risiedendo il suo principio fondativo nel concetto di autonomia individuale e di libera autodeterminazione (*autonomy*), in contrapposizione con la prospettiva paternalistica (4) (cosiddetta concezione ippocratica) dell'arte medica (*beneficence*) e a superamento della prospettiva del cosiddetto privilegio terapeutico (*therapeutic privilege*) (5).

Nell'ambito dell'elaborazione del principio in analisi, peraltro, è dato rintracciare un ventaglio di differenti posizioni ermeneutiche, variamente articolate,

ricomprese tra l'approccio prettamente liberale (6), che aderisce a una concezione di autonomia molto ampia, da intendersi non solo, in negativo, quale principio di libertà dalle altrui interferenze, ma anche, in positivo, quale espressione di una concreta capacità selettiva del paziente, e teorie che, tenendo conto anche del carattere asimmetrico della relazione medico-paziente, più realisticamente postulano la sussistenza di una capacità di scelta del paziente relativa e parzialmente condizionata (7).

Da principio di matrice etico-filosofica, il consenso informato ha trovato evidenza quale canone deontologico, divenendo una regola di comportamento e un criterio essenziale del corretto esercizio della professione medica e, ancora, quale precetto giuridico, diffondendosi come tale dapprima nei sistemi giuridici nordamericani (8) e, più di recente, nell'ambito degli ordinamenti giuridici continentali (9).

Oggi, dopo aver superato numerose resistenze culturali e molti pregiudizi (10), il consenso informato all'atto medico costituisce un patrimonio acquisito anche del nostro ordinamento giuridico, ancorché permanga al centro di numerose e dibattute questioni interpretative.

Sul piano prettamente giuridico, la tematica del consenso informato ha polarizzato l'attenzione degli interpreti su diversi profili critici, in relazione, tra l'altro, con i temi della legittimazione dell'attività medica pur in mancanza del consenso del paziente, della libertà della cura della quale nessuno può, salvo casi eccezionali, essere privato, della forma nella quale il consenso deve essere manifestato, della sua validità nel tempo, della legittimazione a esprimerlo e delle conseguenze giuridiche che dalla sua mancanza possono discendere sia al ricorrere di un esito fausto sia laddove l'intervento medico non vada a buon fine, pur essendo, per il resto, conforme alle "regole dell'arte".

Il tema in disamina, per i suoi molteplici profili di interesse e complessità, riguarda da vicino lo speci-

fico ambito della branca nefrologica, nella quale, peraltro, similmente a quanto accade in molte altre branche internistiche, l'intervento medico è spesso caratterizzato dall'esecuzione di numerosi interventi e manovre che possono condizionare l'integrità fisica e/o psichica del paziente, nonché la sua libertà personale, e rispetto ai quali il paziente si pone ed esprime con forza l'esigenza del pieno rispetto della sua libertà di autodeterminazione.

RIFERIMENTI NORMATIVI

Il consenso informato, come accennato, è un principio generalmente recepito sia dal sistema giuridico che sul piano dell'ordinamento deontologico.

Con specifico riguardo all'ordinamento giuridico, è da dirsi che tale principio trova ampia consacrazione sia sul piano interno che in ambito comunitario e internazionale.

A livello sovranazionale, la necessità della preventiva acquisizione del consenso della persona coinvolta nell'atto medico trova consacrazione, tra l'altro (11), sia nella Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina (12) che nella Carta dei diritti fondamentali dei cittadini dell'Unione Europea (13).

In aperta coerenza con quanto sancito a livello sovranazionale, il principio del consenso informato trova riconoscimento anche nella Costituzione Italiana segnatamente nell'art. 2, che riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, nell'art. 3, comma 2, che obbliga lo stato a rimuovere gli ostacoli di qualsiasi natura per assicurare il pieno sviluppo della persona umana, nell'art. 13, che sancisce l'inviolabilità della libertà personale, il cui contenuto minimo è rappresentato dalla possibilità per il soggetto di disporre in via esclusiva del proprio fisico, sia pure entro i limiti e gli obblighi del nostro ordinamento, e nell'art. 32, comma 2, per il quale *"nessuno può essere obbligato a un trattamento sanitario per disposizione di legge"* (14).

A livello subcostituzionale, il principio dell'obbligatorietà del consenso informato rinviene un preciso fondamento in numerose fonti di produzione normativa.

In primo luogo, nella legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, nella quale si afferma incisivamente che *"la tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana"* e, in particolar modo, nell'art. 33, che cita: *"gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono di norma volontari. Nei casi di cui alla presente legge e in quelli espressamente previsti da leggi dello Stato possono essere disposti (...) accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori (...) nel rispetto della dignità della persona umana"* (15).

L'istituto in analisi trova espressa considerazione, ulteriormente, nella legge sul trapianto di rene tra persone viventi, che consente una volontaria menomazione permanente della propria integrità fisica (16), nella legge in materia di rettificazione dell'attribuzione del sesso (17), nella legge per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza (18) e in molte altre fonti (19).

Sul piano deontologico medico, l'affermazione e l'elaborazione del principio hanno trovato espressione in numerosi documenti ufficiali, come il cosiddetto Codice di Norimberga del 1947 (20) e la Dichiarazione di Helsinki del 1964 (21), le cui previsioni hanno ricevuto ampia eco nella normativa recata dagli articoli 30 ss. del codice deontologico medico in vigore, approvato il 21 dicembre del 2006, peraltro essenzialmente confermativa di quella già prevista dal codice deontologico del 1998 e ispirata dai dettami della Convenzione di Oviedo del 1997.

L'articolo 33 del nuovo codice deontologico conferma l'ampiezza dell'informazione preventiva che il medico deve offrire al paziente, la quale deve, infatti, investire la diagnosi, la prognosi, le prospettive e le eventuali alternative diagnostiche e terapeutiche e, soprattutto, i possibili e prevedibili esiti delle scelte operate. La norma, inoltre, evidenzia la prospettiva collaborativa nella quale si pone il rapporto medico-assistito e la dimensione partecipativa in cui il sanitario deve introdurre il paziente, affinché la soluzione dei problemi risulti il più possibile condivisa.

Sul tappeto, invece, nonostante l'ampiezza della proposizione citata, permane la tematica, oltremodo dibattuta in dottrina, dell'eventuale dimensione negativa del consenso informato: tematica che interessa, di certo, sia il diritto che la deontologia professionale e che si traduce nella fondamentale questione se l'interesse all'informazione, a seconda delle circostanze, talora possa implicare anche, realtisticamente e tenuto conto delle contingenze in cui il rapporto terapeutico si pone, la prevalenza dell'interesse del malato a non sapere (22).

Per evitare la prevalenza di eccessi formalistici e per assicurare l'effettività del consenso, significativamente l'articolo 35, comma 2, del nuovo codice di deontologia medica dispone nel senso che, anche laddove specifiche discipline dovessero imporre l'acquisizione per iscritto del consenso al trattamento, malgrado ciò il sanitario avrebbe l'onere di osservare il processo informativo di cui all'articolo 33 e, quindi, il dovere di delucidare appropriatamente il paziente su tutti i profili testé indicati.

Coerentemente, risulta confinata a una mera eventualità l'ipotesi del trattamento sanitario autonomo, ossia non preceduto dalla manifestazione di un consenso del paziente: tale intervento, su-

bordinato all'articolo 36 del codice deontologico medico al ricorrere di condizioni di urgenza, deve essere preordinato ad assicurare la sola assistenza indispensabile.

PROFILI GIURIDICI ESSENZIALI DEL CONSENSO INFORMATO

In ambito specificamente giuridico, come già evidenziato, la questione afferente alla definizione del fondamento dei requisiti del consenso informato ha determinato numerose dispute sia sul piano dell'elaborazione dogmatica sia nell'applicazione giurisprudenziale.

La manifestazione del consenso informato al trattamento sanitario non può essere appiattita, riduttivamente, su una dimensione prettamente ed esclusivamente negoziale, non potendo ridursi per tal via il rapporto medico-paziente, semplificativamente, entro i limiti angusti e formalistici di una relazione giuridica di diritto privato, dequotandone il pregnante contenuto scientifico e trasformando la medicina "da disciplina portatrice di criteriologie di intervento non derogabili definite nell'ambito della comunità medica a mera tecnica applicabile in base all'incontro della volontà di un richiedente e della disponibilità di un sanitario a una determinata prestazione" (23).

Assolutamente recessiva è, d'altronde, la ricostruzione dogmatica del consenso informato quale specifica causa di giustificazione, essendo la stessa certamente non sovrapponibile alla scriminante del consenso dell'avente diritto (24), né potendo risolversi, comunque, in un mero fattore di elisione dell'antigiuridicità del fatto (25).

Prevale, invece, la tesi che attribuisce al consenso informato la funzione di mera autorizzazione allo svolgimento dell'attività terapeutica o anche solamente diagnostica e idonea a determinarne la liceità sotto il profilo giuridico (26), a prescindere dall'esito fausto o infausto dell'intervento (27).

Tale tradizionale impostazione, tuttavia, non deve, comunque, indurre a trascurare la sempre maggiore sensibilità degli interpreti nei confronti di tale profilo di relatività del contenuto dell'informazione, che ha condotto, anche se in limitati ambiti, a teorizzare, secondo un vero e proprio rovesciamento della logica abituale, un vero e proprio diritto di non sapere (28).

Per un altro verso, l'affermazione di un principio di liceità generale, identificato appunto nella permesso dell'atto diagnostico o, soprattutto, terapeutico, seppur appagante in meri termini generali, lascia impregiudicati i problemi di identificazione dei presupposti oggettivi e soggettivi necessari affinché il detto effetto autorizzativo e di legittimazione possa dirsi realizzato.

Pur con i suddetti limiti, per un'approfondita elaborazione dottrinale e giurisprudenziale, la manifestazione di una volontà informata presuppone, astrattamente, una comunicazione fra medico e paziente diretta e personale, oltre che idonea al raggiungimento dello scopo.

Per quel che attiene a tale ultimo profilo, l'obbligo di informazione presenta una portata variabile a causa delle caratteristiche della specialità medica di riferimento, oltre che delle peculiarità del caso concreto.

Si richiede che le delucidazioni sulle caratteristiche e sulle presumibili incidenze del trattamento siano rese all'assistito con una spiegazione idonea e immediata, modulata sul livello culturale e psicologico dello stesso, verificabile secondo il metro dell'*homo eiusdem condicionis atque professionis*.

Non è certamente esigibile un'eccessiva esaustività e specificità dell'informazione, richiedendosi, invece, pertinenti delucidazioni circa i benefici, le modalità, i rischi, la natura dell'intervento, la presumibile qualità dei risultati e la probabilità del loro conseguimento.

Il consenso informato, in ogni caso, si estende anche alla scelta di eventuali alternative terapeutiche, in quelle situazioni in cui possono essere ipotizzabili trattamenti diversi da quelli programmati (e oggetto del consenso), conseguenti a situazioni cliniche diverse da quelle diagnosticabili al momento del trattamento.

Rivolgendo, invece, l'attenzione ai caratteri del consenso del paziente, occorre che lo stesso sia attuale, dovendo esso permanere sin dall'inizio delle attività terapeutiche (o diagnostiche) intraprese e durante tutto il loro svolgimento.

Il consenso informato deve essere, inoltre, individuale, ossia espresso, di norma, direttamente dal paziente.

La selezione dei requisiti di capacità necessari affinché il paziente esprima validamente il consenso varia in relazione alle specificità del caso concreto, come dimostrano le oscillazioni della prassi applicativa, richiedendosi, di solito, nei soggetti naturalmente capaci, la maggiore età ai fini della manifestazione di un valido assenso rispetto agli interventi terapeutici invasivi.

La prassi applicativa ha, peraltro, evidenziato chiaramente le difficoltà di reperire, in materia, soluzioni definitivamente appaganti.

Dibattute sono, certamente, le ipotesi in cui il soggetto che dovrebbe esprimere il proprio consenso, o anche una volontà contraria all'atto medico (29), sia formalmente capace, ma, di fatto, nell'impossibilità concreta di esprimere una volontà consapevole, in quanto in stato di temporanea incapacità.

La questione nodale è quella inerente alla precisa individuazione delle ipotesi in cui il sanitario, pur non ricorrendo un'espressa legittimazione dell'avenute diritto, possa comunque eseguire l'intervento terapeutico, anche invasivo; è questo il tema dell'individuazione del presupposto legittimante dello stato di necessità e dei suoi presupposti e limiti.

Affatto distinta, invece, è l'ipotesi in cui il soggetto che necessita del trattamento sanitario sia in stato di incapacità legale e si ponga, quindi, l'esigenza di stabilire i limiti e le condizioni di sostituzione del suo personale consenso.

Il tema, di fortissimo impatto sociale ed etico oltre che di indubbio rilievo giuridico, è spesso impropriamente affiancato alla diversa questione delle direttive anticipate di trattamento e dei limiti di validità delle manifestazioni di volontà rese da una persona sprovvista di capacità nel momento di attuazione del trattamento medico.

La giurisprudenza ha affrontato, negli ultimi anni, la questione della legittimazione a sostituire il soggetto incapace nell'espressione del consenso o anche del dissenso all'atto medico, quand'anche salvifico.

L'orientamento prevalente affida certamente ai soggetti esercenti la potestà genitoriale, al tutore (30) o a un procuratore *ad hoc* (31) la legittimazione a esprimere il consenso invece dell'incapace, così come l'eventuale volontà di non protrarre ulteriormente le cure mediche somministrate, ancorché vitali.

Per quel che attiene all'eventuale legittimazione dell'amministratore di sostegno alla manifestazione della suddetta volontà, a fronte di un minoritario orientamento negativo (32), spesso fondato sull'argomento interpretativo secondo il quale l'amministratore di sostegno sia tipicamente abilitato alla *cura patrimonii* e non già alla *cura personae*, stante, peraltro, il mancato richiamo all'articolo 357 c.c., che definisce le funzioni del tutore, da parte dell'articolo 411 c.c., relativo alla ricognizione delle norme la cui applicazione può essere estesa anche alla figura dell'amministratore di sostegno, e, quindi, alla definizione del relativo regime giuridico (33), è, infine, prevalso l'opposto orientamento favorevole (34), secondo cui l'amministratore di sostegno può esprimere il detto consenso informato, purché a ciò preventivamente autorizzato dal giudice tutelare (35).

Quanto alle modalità di esternazione e rappresentazione del consenso, va certamente ribadita l'assoluta opportunità di una sua documentazione, ove possibile, pur in assenza di un obbligo di forma scritta di portata generale: solo specifiche discipline di settore, infatti, richiedono tale formalizzazione, come è, esemplificando, per il caso della donazione e della trasfusione di sangue, emocomponenti ed emoderivati.

Il codice di deontologia medica vigente, con una formulazione in gran parte sovrapponibile alle previsioni del previgente codice deontologico medico del 1998, richiede opportunamente il consenso scritto per quelle prestazioni diagnostico-terapeutiche che possono avere conseguenze sull'integrità fisica del paziente: devono, però, essere evitate formule generiche e onnicomprensive della validità del consenso stesso.

In giurisprudenza non è, di solito, ammesso il consenso meramente "presunto", che ricorre laddove il medico intraprenda comunque il trattamento medico, supponendo che il consenso sarebbe stato prestato dal paziente, se non si fosse trovato in condizioni di temporanea incapacità, mentre ampio riconoscimento è dato a procedimenti ermeneutici che, traendo spunto da circostanze specifiche e relative alla dimensione esistenziale del paziente incapace, desumano, secondo procedimenti logico-induttivi attendibili e persuasivi, la verosimile volontà del malato (36).

PROFILI DI RESPONSABILITÀ

Nei casi in cui il medico, essendovi tenuto, ometta di acquisire dal paziente il consenso informato al trattamento sanitario, in mancanza ovvero nel caso di inadempimento all'obbligo di previa informazione del paziente in ordine alle caratteristiche dell'intervento e alle verosimili conseguenze del medesimo, si configurerà, da un punto di vista civilistico, una responsabilità di tipo contrattuale del professionista, con possibile obbligo di risarcimento dei danni, anche non patrimoniali (37), che siano oggetto di prova in corso di giudizio e con rilevanti conseguenze anche in riferimento al regime giuridico processuale.

Segnatamente, la ricostruzione dell'obbligo informativo in termini contrattuali determina un'attenuazione dell'onere probatorio a carico del danneggiato.

Sotto il profilo probatorio, precisamente, l'ascrizione della responsabilità nell'alveo dell'art. 1218 c.c., in applicazione dei principi sanciti dalle Sezioni Unite civili della Corte di Cassazione con la sentenza n. 13533 del 2001, comporta che il danneggiato possa limitarsi a dichiarare di non essere stato adeguatamente informato e che, parallelamente, spetti al medico di dimostrare l'avvenuta comunicazione e la correlata acquisizione del consenso al trattamento, per essere esente da responsabilità (38).

In ordine ai profili di possibile responsabilità penale, l'omessa acquisizione del consenso informato del paziente al tipo di intervento praticato, al pari del superamento dei limiti del consenso prestato, è

stata, in passato, al centro di rilevanti divergenze interpretative.

Oggi, a fronte di indirizzi assolutamente proclivi a legittimare in via generale l'attività medica pur in assenza dell'espresso consenso del paziente, sulla scorta dell'ipotizzata immanenza di uno stato di necessità, è prevalso ed è stato ratificato dalle Sezioni Unite della Cassazione penale (39) l'opposto indirizzo per il quale, in presenza di un esito fausto, l'intervento terapeutico chirurgico avvenuto nel rispetto delle cosiddette *leges artis* (e cioè nel rispetto delle generali regole di prudenza, perizia e diligenza, oltre che dei protocolli specifici relativi alla singola specialità), ma in assenza di uno specifico atto di consenso informato o travalicando i limiti del medesimo, non è idoneo a configurare, comunque, gli estremi dei delitti di lesioni personali o di violenza privata, come in passato ritenuto da ampi settori della giurisprudenza di merito e di legittimità.

DICHIARAZIONE DI CONFLITTO DI INTERESSI

Gli Autori dichiarano di non avere conflitto di interessi.

Indirizzo degli Autori:

Dr. Fulvio Fiorini
SSD Nefrologia Diagnostica
e Ambulatoriale
Presidio di Sanremo
ASL 1 Imperiese
Via Borea 56
18038 Sanremo (IM)
e-mail: f.fiorini@asl1.liguria.it

BIBLIOGRAFIA

- Calò F. Il consenso informato: dal paternalismo all'autodeterminazione, in *Notariato*, 2, 2000, 183 ss.; Santosuosso, Una questione di bioetica: il "consenso informato", in *I diritti dell'uomo. Cronache e battaglie*, 1996, 72 ss. Santosuosso, Una questione di bioetica: il "consenso informato", in *I diritti dell'uomo. Cronache e battaglie*, 1996, 72 ss.
- Ermini E. Il consenso informato tra teoria e pratica, in *Medicina e morale*, 2002/3, 493 ss.
- Branca C. Il consenso informato tra bioetica e biodiritto, in *Ragiusan*, nn. 233/234, 552 ss.
- Cricenti G. Il cosiddetto dissenso informato, in *Nuova giurisprudenza civile commentata*, 2009, 2, 175 ss.
- Dworkin G. *The theory and Practice of Autonomy*, Cambridge, 1988, 3 ss.; R. Dworkin, *Liberalism, in Public and private morality*, Cambridge, 1978, 127 ss.
- Beauchamp-Childress AM. *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford, 1992.
- O'Neill CW. *Autonomy and trust in bioethics*, Cambridge, 2002; manson-o'neill, *Rethinking informed consent n bioethics*, Oxford, 2007; Ermini, *Il consenso informato tra teoria e pratica*, cit..
- Katz HK. *Infomed consent in the therapeutic relationship: legale and ethical aspects*, in *Enciclopedia of bioethics*, New York, 1978, 2, 767 ss.; Magliona, *Il consenso informato: da enunciazione di principio a criterio che legittima l'attività medico-chirurgica*, in *Diritto penale e processo*, 1996, 6, 775 ss.
- Nannini L. *Il consenso al trattamento medico. Presupposti e applicazioni giurisprudenziali in Francia, Germania e Italia*, Milano, 1989.
- D'agostino S. *L'eutanasia come problema giuridico*, in *Archivio giuridico*, 27 ss.
- Il riferimento è alla Convenzione sui diritti del fanciullo, firmata a New York il 20 novembre 1989, ratificata e resa esecutiva nel nostro Paese con legge 27 maggio 1991, n. 176.
- La cd. Convenzione sulla bioetica, ossia, più tecnicamente, la Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina è stata approvata ad Oviedo nell'aprile del 1997, ed è entrata in vigore nel dicembre del 1999, all'articolo 5 prevede che "un intervento nel campo della salute non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato consenso libero e informato. Questa persona riceve innanzitutto una informazione adeguata sullo scopo e sulla natura dell'intervento e sulle sue conseguenze e i suoi rischi. La persona interessata può, in qualsiasi momento, liberamente ritirare il proprio consenso".
- La Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea, approvata a Nizza nel dicembre del 2000, ed espressamente inclusa tra le fonti del diritto comunitario a seguito della recente approvazione del Trattato di Lisbona, entrato in vigore nel dicembre 2009, prevede, all'articolo 3, che "nell'ambito della medicina e della biologia devono essere in particolare rispettati: il consenso libero e informato della persona interessata, secondo le modalità definite dalla legge (...)".
- Corte Cost. sent. n. 438 del 2008, in *Giur. cost.*, 2008, 6, 4970 ss., con nota di Morana.
- Legge n. 833 del 23 dicembre 1978, "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale".
- Legge n. 458 del 26 giugno 1967, "Trapianto del rene tra persone viventi".
- Legge n.164 del 14 aprile 1982, "Norme in materia di rettificazione e attribuzione del sesso".
- Legge n. 194 del 22 maggio 1978, "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza".

19. Legge n. 194 del 22 maggio 1978, "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza"; l. 219 del 21 ottobre 2005, "Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione di emoderivati"; l. 40 del 19 febbraio 2004, "Norme in materia di procreazione medicalmente assistita".
20. Approvata successivamente alla celebrazione dello storico processo a carico delle gerarchie naziste successivamente alla conclusione del secondo conflitto mondiale.
21. Approvata nel giugno del 1964 dalla World Medical Association.
22. Villani M. Biobanche e test rivelatori di informazioni genetiche: sounti di riflessione per un nuovo consenso informato, in *Responsabilità civile*, 2010, 2, 140; rodotà, *Tecnologia e diritti*, Bologna, 1995, 207 ss.; Ermini, *Il consenso informato tra teoria e pratica*, cit..
23. Eusebi E. Consenso informato e direttive anticipate, in *Criminalia*, 2006, 251 ss.
24. Mantovani CM. *Diritto penale, Parte generale*, Padova, 2009.
25. Fiandaca-Musco GC. *Diritto penale, parte generale*, Bologna, 2009.
26. Viganò R. I presupposti di liceità del trattamento medico, in *Il corriere del merito*, 2009, 4, 345 ss.
27. Cass. S.U. 2437/09, in *Dir. Pen. e processo*, 2009, 447 ss.
28. Villani M. Biobanche e test rivelatori di informazioni genetiche: sounti di riflessione per un nuovo consenso informato, cit.
29. Cass. 23676/08, in *Corriere giuridico*, 2008, 1671 ss.
30. Cass. 21748/07, in *Quaderni costituzionali*, 2008, 545 ss.
31. Cass. 23676/08, in *Corriere giuridico*, 2008, cit.
32. V. Trib. Genova. decr. 06.03.09, in *Famiglia e diritto*, 2010, 2.
33. Pagliani F. Trattamenti sanitari, fine vita e amministrazione di sostegno, in *Giur. Merito*, 2009, 7-8, 1776 ss.
34. Bravi A. Amministratore di sostegno e consenso informato, profili ricostruttivi ed interpretativi alla luce dei recenti orientamenti, in *Rassegna di diritto farmaceutico*, 2006, 6, 37 ss.; Delle Monache, *Prime note sulla figura dell'amministratore di sostegno: profili di diritto sostanziale*, in *Nuova giurisprudenza civile commentata*, II, 2005, 29 ss.; Roma, *Amministratore di sostegno, cura personae e consenso al trattamento medico*, in *Famiglia e diritto*, 2007, 725 ss.; Busi, *L'amministratore di sostegno: il nuntius del paziente*, in *Famiglia e diritto*, 2010, 2, 187 ss.
35. Trib. Modena, decr. 28.06.04, in *Riv. It. Med. Leg.*, 2005, XXVII, 185 ss.; Trib. Milano, decr. 05.04.07, in *Hyperlink "http://www.dejure.com" www.dejure.com*; Trib. Torino, in *Famiglia e diritto*, 2007, 721; Trib. Trieste, 11.03.09 in *Hyperlink "http://www.dejure.com" www.dejure.com*.
36. Cass. 23676/08, in *Corriere giuridico*, 2008, cit.
37. Cass. S.U. 26972/08, in *Guida al diritto*, 2008, 47, 18.
38. Cass. S.U. 13533/01, in *Corriere giuridico*, 11, 2001. In termini, più recentemente, v. Cass. S.U. 577/08.
39. Cass. S.U. 2437/09, in *Diritto penale e processo*, 2009, 447 ss.