

# Testamento biologico e diritti fondamentali

FILOMENA GALLO\* E GIULIA PERRONE\*\*

## *End-of-life Care and Human Rights*

*Abstract:* On 22 December 2017, the Italian Parliament adopted the Law No. 219/2017 which allows citizens to decide in advance whether they would accept or refuse any medical treatments in the case they lost their capacity to self-determine. However, Italy still poses an absolute ban on assisted suicide and euthanasia. The Constitutional Court has recently called on the Parliament to better regulate end-of-life care issues by 24 September 2019 at the latest. Discussion in the framework of the lower house started on 30 January 2019.

*Keywords:* Living will, Euthanasia, Associazione Luca Coscioni, Assisted suicide.

## 1. Introduzione

Le implicazioni del progresso biomedico per la vita, la salute e la morte dell'uomo non sono mai state di semplice definizione normativa. Le novità in campo scientifico e l'avanzamento della ricerca hanno influito in modo significativo sulla gestione del ritmo biologico umano, comportando un prezioso adeguamento delle esigenze naturali a nuove misure di tempo e sollevando una rinnovata attenzione verso i profili di congiunzione tra la biologia e il diritto. Uno dei fattori di entropia nel meccanismo di regolamentazione delle scienze mediche è il coinvolgimento necessario di sfere di interesse terze che emergono dalle implicazioni etiche, morali, culturali, sociali e politiche delle singole questioni e richiedono la ricerca di un ragionevole bilanciamento di interessi. Non solo. Il tecnicismo linguistico di cui è innervato ogni studio biomedico indebolisce spesso l'efficacia di comunicazione tra i diversi settori coinvolti, traducendosi in difficoltà di comprensione reciproche. Ne emerge una dimensione di incertezza che se, da una parte, rispecchia il passo discontinuo del progresso scientifico – tra analisi dei dati, esperimenti, risultati e revisioni – dall'altra, risulta estranea all'impostazione rigida del legislatore italiano con il conseguente rischio di una paralisi normativa su questioni di particolare sensibilità e importanza.

La libertà di autodeterminazione nelle scelte di fine vita non fa eccezione.

---

\* Avvocato; Segretario dell'Associazione Luca Coscioni.

\*\* Esperta in diritti umani e normative; membro di giunta dell'Associazione Luca Coscioni.

In mancanza di consenso europeo e internazionale sui limiti del “potere individuale nel governo della vita”<sup>1</sup>, il giudice italiano è stato infatti chiamato a compensare la timidezza – o consapevole inerzia – del legislatore ricoprendo un ruolo primario nella ridefinizione del diritto positivo. La traduzione di alcune storie personali in casi giurisprudenziali – si pensi a Piergiorgio Welby<sup>2</sup>, Giovanni Nuvoli<sup>3</sup>, Eluana Englaro<sup>4</sup>, Walter Piludu<sup>5</sup> – insieme a una crescente informazione e consapevolezza su diritti umani e libertà fondamentali da parte della società civile, hanno aperto la strada verso la definizione normativa delle disposizioni anticipate di trattamento, cristallizzata oggi nella legge n. 219/2017 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento). Un metodo induttivo che oltre a essere una novità nel sistema italiano di *civil law*, suggerisce di prestare maggiore attenzione ai profili del caso concreto. Le questioni di fine vita, e le questioni di biodiritto più ampiamente inteso, coinvolgono infatti una pluralità di elementi che differiscono significativamente l’uno dall’altro, rendendo inadeguato il ricorso ai soli principi di diritto generale e astratto per una definizione ragionevole del singolo caso. Già nel 2013, era stata depositata presso la Camera dei Deputati la proposta di iniziativa popolare “Rifiuto di trattamenti sanitari e liceità dell’eutanasia” redatta dall’Associazione Luca Coscioni insieme a Radicali Italiani e altre realtà associative. La proposta, calendarizzata e mai discussa prima del 30 gennaio 2019, data di inizio dei lavori in commissioni congiunte<sup>6</sup>, ha aperto la strada verso il dibattito in XII Commissione del marzo 2016 che ha poi portato all’approvazione della legge n. 219 avvenuta il giorno 14 dicembre 2017.

## **2. Consenso informato e alleanza terapeutica**

La legge n. 219, nel disciplinare il diritto di ogni individuo a “esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari [...] in previsione di un’eventuale futura incapacità di autodeterminarsi” (art. 4, comma 1), stabilisce che “nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge” (art. 1). Il concetto di consenso informato riprende quello già consolidato nel diritto vigente e definito dalla Corte Costituzionale come “espressione della consapevole adesione al trattamento sanitario proposto dal medico, [...] vero e proprio diritto della persona”<sup>7</sup>.

È interessante notare come, nel consacrare il principio cardine del diritto-dovere al consenso informato, il legislatore abbia voluto dedicare un intero comma al colloquio tra i professionisti della salute – il medico e l’équipe sanitaria – e la persona malata. “Il tempo della comunicazione tra medico e paziente”, così recita il comma 8 dell’articolo 1, “costituisce tempo di cura”. Attraverso una formula semplice e non certo innovativa<sup>8</sup>, si ribadisce il superamento del rapporto paternalistico tra curante e destinatario delle terapie valorizzando invece la formazione di un’alleanza terapeutica tra due sfere autonome di responsabilità che da una prima fase informativa muovono insieme verso quella decisionale vera e propria<sup>9</sup>. Il consenso informato rappresenta quindi la giustificazione e a un tempo il limite dell’attività medica<sup>10</sup>, essendo questo da considerarsi

come un diritto primario e irretrattabile<sup>11</sup> del paziente nonché la “sintesi tra due diritti fondamentali della persona: l'autodeterminazione e la salute”<sup>12</sup>. Il legislatore sembra aver compreso che un percorso di cura, nonostante l'ambizione di miglioramento delle condizioni di salute, comporta la necessaria invasione della sfera privata del paziente e rende quindi essenziale, da parte del medico, una conoscenza appropriata delle inclinazioni, delle esperienze e del profilo culturale di quest'ultimo<sup>13</sup>. Si tratta di una scelta ben delineata che riprende con efficacia l'obbligo deontologico e tutto umano di “affrontare i problemi diagnostici con il massimo scrupolo, dedicandovi il tempo necessario per un approfondito colloquio”<sup>14</sup>. Il paziente è dunque titolare di un diritto soggettivo nei confronti del professionista a ricevere una informazione puntuale, completa e comprensibile riguardo le proprie condizioni di salute unitamente alla diagnosi, alla prognosi, alle alternative di cura percorribili (incluse le cure palliative), ai rischi di insuccesso e a quelli legati a un eventuale rifiuto o rinuncia delle terapie<sup>15</sup>. Qualora non si avvalga della facoltà di rinunciare a tali informazioni, sarà quindi accompagnato e sostenuto dal medico nella acquisizione di tutti gli strumenti necessari per affrontare la fase decisionale del percorso terapeutico e disporre le proprie volontà in modo consapevole.

### ***3. Il rifiuto di trattamenti sanitari o la loro interruzione***

Nel rispetto della previsione costituzionale di cui all'art. 32, il legislatore del 2017 inserisce un espresso riferimento al consenso libero e informato per l'inizio o la prosecuzione di ogni trattamento medico. Opera inoltre un'ulteriore lettura: al diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e le possibili alternative terapeutiche, si aggiunge il diritto di conoscere le eventuali conseguenze in caso di rinuncia ai trattamenti prospettati o di rifiuto. “Ogni persona capace di agire”, recita il testo dell'art. 1, comma 6, “ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte [...] qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso”, o di revocare il consenso prestato “anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento”. Si conferma quindi la linea giurisprudenziale derivata a sua volta da principi nazionali e internazionali secondo cui dalla relazione medico-paziente può scaturire la decisione di quest'ultimo di essere sottoposto o di non essere sottoposto a eventuali trattamenti sanitari; tutela estesa anche “in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi” (art. 4, comma 1).

In questo senso, la Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina (c.d. Convenzione di Oviedo)<sup>16</sup>, che all'art. 5 disciplina il carattere volontario degli accertamenti e trattamenti sanitari, precisa che “I desideri precedentemente espressi a proposito di un intervento medico da parte di un paziente che, al momento dell'intervento, non è in grado di esprimere la sua volontà, saranno tenuti in considerazione” (art. 9). Oggi la volontà della persona diventa disposizione, una decisione volontaria documentata per iscritto o con videoregistrazione che legittima e limita l'attività medica.

Ne consegue, anche in base alle norme deontologiche della professione medica e al combinato disposto degli artt. 2, 13 e 32 Cost., una esenzione da responsabilità civile

o penale per il professionista della salute a fronte dell'obbligo di rispettare la volontà del paziente anche nei casi di rifiuto o interruzione dei trattamenti (art. 1, comma 6). Di contro, il medico che non abbia acquisito il consenso prima di procedere nei confronti della persona interessata potrà incorrere in responsabilità civile o penale per danno alla salute o lesione del diritto all'autodeterminazione<sup>17</sup>.

Esemplare a questo proposito è la sentenza di proscioglimento del 23 luglio 2007 pronunciata dal GUP del Tribunale di Roma nei confronti del dottor Mario Riccio, l'anestesista che aveva provveduto al distacco del respiratore artificiale di Piergiorgio Welby, nel rispetto della volontà del paziente. Il GUP così motiva: “certamente la condotta posta in essere dall'imputato integra l'elemento materiale del reato di omicidio del consenziente” e “del reato contestato sussiste anche l'elemento psicologico, poiché il dottor Riccio ben sapeva che l'interruzione della terapia di ventilazione assistita avrebbe comportato il decesso del paziente”. Tuttavia, “nel caso concreto appare sussistere anche la scriminante di cui all'art. 51 c.p.”: l'adempimento di un dovere<sup>18</sup>.

### *3.1. L'interruzione o il rifiuto dei trattamenti sanitari cc.dd. “salvavita”*

L'avanzamento tecnologico ha rivoluzionato il ritmo biologico umano allungando le aspettative di vita e introducendo condizioni non riproponibili in natura. Tra questi, gli ausili di tecnologia biomedica per la nutrizione, l'idratazione e la respirazione artificiale, cc.dd. “salvavita”, consentono di posporre il momento della morte naturale per un periodo di tempo potenzialmente indeterminato, come nel caso degli stati vegetativi permanenti<sup>19</sup>.

La Commissione Affari Sociali, in sede di licenziamento della versione del testo di legge da sottoporre all'attenzione della Camera dei Deputati, aveva espressamente previsto l'inserimento di tali trattamenti tra quelli liberamente rifiutabili da parte del paziente. Il legislatore, in sede di esame della proposta, ha poi optato per una scelta di carattere definitorio qualificando la nutrizione e l'idratazione artificiale come trattamenti sanitari ai fini della legge n. 219. Il superamento della definizione di semplici presidi di cura o di “sostentamenti ordinari di base” come era stato proposto dal Comitato Nazionale per la Bioetica, ha messo un punto al dibattito dottrinale e giurisprudenziale relativo, da una parte, al diritto del paziente di rifiutarne o interromperne l'utilizzo e, dall'altra, all'esenzione da responsabilità civile e penale del medico che agisca nel rispetto di tale normativa: rientrando nell'ambito di applicazione dell'art. 32 Cost., gli ausili salvavita sono rifiutabili al pari di tutti gli altri trattamenti sanitari e, nel caso di rinuncia o rifiuto da parte del paziente, il medico sarà tenuto a fornire adeguata informazione sulle possibili conseguenze della decisione nonché a continuare a dare il proprio sostegno anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica.

Seguendo il ragionamento opposto e quindi prendendo in considerazione le disposizioni codistiche che vietano gli atti di disposizione del proprio corpo quando cagionino una diminuzione permanente dell'integrità fisica (art. 5 c.c.) si arriverebbe a far prevalere il codice civile sulla Costituzione operando una irragionevole inversione nella gerarchia delle fonti del diritto<sup>20</sup>.

#### 4. Conclusione

La necessaria attenzione alla *persona* prima che al *paziente* riflette l'interpretazione dei principi sanciti in materia di salute nel Patto per i Diritti Economici, Sociali e Culturali. Il Commento Generale n. 14 redatto dal Comitato sui Diritti Economici, Sociali e Culturali e relativo all'art. 12 del Patto, spiega infatti che il diritto alla salute comprende a sua volta diritti e libertà, incluso il diritto a non essere sottoposto a trattamenti sanitari senza prima aver espresso il proprio consenso a riguardo. Inoltre, continua il Comitato, i beni e i servizi messi a disposizione, tra i quali anche il rapporto medico-paziente, devono soddisfare il requisito di *acceptability*, ossia essere rispettosi della cultura e delle inclinazioni personali dell'interessato<sup>21</sup>.

Con la legge n. 219, l'approccio personalistico alla salute viene cristallizzato nel diritto positivo nazionale, così confermando a livello legislativo una ampia tutela per l'autodeterminazione terapeutica dell'individuo-paziente. Fondamentale, a questo proposito, la posizione della Cassazione espressa nel caso Englano rispetto ai diritti della persona incapace di intendere e di volere nelle scelte sanitarie e di fine vita, secondo cui “superata l'urgenza dell'intervento derivante dallo stato di necessità, l'istanza personalistica alla base del principio del consenso informato e il principio di parità di trattamento tra gli individui, a prescindere dal loro stato di capacità, impongono di ricreare il dualismo dei soggetti nel processo di elaborazione della decisione medica: tra medico che deve informare in ordine alla diagnosi e alle possibilità terapeutiche, e paziente che, attraverso il legale rappresentante, possa accettare o rifiutare i trattamenti prospettati”<sup>22</sup>. Nel pieno rispetto del principio di uguaglianza di cui all'art. 3 Cost., viene così operata una equiparazione tra la persona capace di intendere e di volere, cui viene riconosciuto il diritto di decidere in modo libero e consapevole degli accertamenti diagnostici o trattamenti sanitari ai quali essere sottoposta, anche in previsione di una eventuale futura incapacità di autodeterminarsi, e la persona che non sia più capace di ragionare autonomamente o prendere delle decisioni, per la quale agisce in vece il legale rappresentante.

Tuttavia, se la normativa del 2017 riconosce il diritto del paziente capace di autodeterminarsi a rifiutare i trattamenti “salvavita”, la legge italiana proibisce il ricorso all'eutanasia e punisce severamente ogni condotta agevolatrice finalizzata al suicidio altrui. Il divieto imposto dal legislatore opera in qualunque circostanza, compresi i casi in cui un paziente capace di intendere e di volere ma affetto da patologia irreversibile decida, ragionando anche con il medico curante, di porre fine alle proprie sofferenze. Emblematico a questo riguardo il processo a carico di Marco Cappato per aver agevolato Fabiano Antoniani a ottenere il suicidio assistito presso la clinica svizzera Dignitas<sup>23</sup>.

In data 28 febbraio 2017, Cappato si era autodenunciato presso i Carabinieri di Milano per aver accompagnato Fabiano Antoniani presso la sede della clinica svizzera Dignitas al fine di accedere al suicidio assistito, come concordato con i medici della struttura<sup>24</sup>. All'esito del processo dinanzi alla Corte d'Assise di Milano, il 14 febbraio 2018, la Corte aveva pronunciato un'ordinanza con cui sollevava questione di legittimità costituzionale dell'art. 580 c.p. nella parte in cui:

- i) incrimina le condotte di aiuto al suicidio in alternativa alle condotte di istigazione e, quindi, a prescindere dal loro contributo alla determinazione o rafforzamento del proposito di suicidio, per ritenuto contrasto con gli artt. 3, 13 comma 1 e 117 della Costituzione, in relazione agli artt. 2 e 8 della Convenzione Europea Diritti dell’Uomo;
- ii) prevede che le condotte di agevolazione dell’esecuzione del suicidio che non incidono sul processo deliberativo dell’aspirante suicida siano sanzionabili con la pena della reclusione da 5 a 12 anni, senza distinzione rispetto alle condotte di istigazione, per ritenuto contrasto con gli artt. 3, 13, 25 comma 2 e 27 comma 3 della Costituzione.

L’udienza pubblica di discussione in Corte costituzionale si è tenuta in data 23 ottobre 2018, un giorno dopo l’inizio di un altro procedimento a Massa che vede imputati Marco Cappato e Mina Welby per aver aiutato Davide Trentini ad accedere al suicidio assistito<sup>25</sup>.

Il ragionamento dei giudici ha sottolineato che, la proibizione assoluta da parte del legislatore non tiene conto di specifiche situazioni nate in seguito allo sviluppo delle scienze mediche e tecnologiche, non immaginabili all’epoca in cui la norma incriminatrice fu introdotta dell’ordinamento. Il divieto assoluto, secondo la Corte, “finisce, quindi, per limitare la libertà di autodeterminazione del malato nella scelta delle terapie, comprese quelle finalizzate a liberarlo dalle sofferenze, scaturente dagli artt. 2, 13 e 32, secondo comma, Cost., [...] con lesione del principio della dignità umana, oltre che dei principi di ragionevolezza e di uguaglianza in rapporto alle diverse condizioni soggettive (art. 3 Cost)”.

L’ord. n. 207/2018 costituisce un inedito nella giurisprudenza costituzionale, rappresentando – come subito osservato in dottrina – un caso di illegittimità costituzionale accertata ma non dichiarata perché differita nel tempo.

Il passaggio-chiave, nel dialogo che la Corte costituzionale, nelle motivazioni dell’ordinanza, intesse con il legislatore, si trova nel capoverso finale del §11 del *considerato in diritto*:

[...] laddove, come nella specie, la soluzione del quesito di legittimità costituzionale coinvolga l’incrocio di valori di primario rilievo, il cui compiuto bilanciamento presuppone, in via diretta ed immediata, scelte che anzitutto il legislatore è abilitato a compiere, questa Corte reputa doveroso – in uno spirito di leale e dialettica collaborazione istituzionale – consentire, nella specie, al Parlamento ogni opportuna riflessione e iniziativa, così da evitare, per un verso, che nei termini innanzi illustrati, una disposizione continui a produrre effetti reputati costituzionalmente non compatibili, ma al tempo stesso scongiurare possibili vuoti di tutela di valori, anch’essi pienamente rilevanti sul piano costituzionale.

Con spirito di collaborazione, la Corte sollecita il Parlamento ad attivare la propria funzione legislativa. L’aspetto *dialettico* dell’ordinanza risiede, invece, nella sospensione della trattazione della *quaestio*, rinviata – come indicato nel dispositivo dell’ordinanza – alla data del 24 settembre 2019, in concomitanza con la prima sessione di lavoro della Corte costituzionale dopo la pausa estiva: in tale data i 15 giudici della

Corte Costituzionale si riuniranno alla luce di quanto fatto, non fatto o mal fatto dalle due Camere, per poi chiudere il giudizio di costituzionalità con una pronuncia.

Il processo dinanzi alla Corte di Assise di Milano è sospeso per effetto dell'ordinanza n. 207/2018 della Corte. Il processo dinanzi alla Corte di Assise di Massa, vede fissata la prossima udienza di discussione all'11 novembre 2019 al fine di esaminare la decisione della Corte Costituzionale o la nuova normativa e per valutare le richieste dei difensori.

L'Italia non può più aspettare. È tempo di essere liberi, fino alla fine.

### Note

<sup>1</sup> Rodotà, 2011, p. VIII.

<sup>2</sup> Trib. Roma, ord. 16 dicembre 2006; Trib. Roma, sent. GUP n. 2049, 23 luglio 2007.

<sup>3</sup> Ruggeri, 2007.

<sup>4</sup> Cass. civ., sez. I, sent. n. 21748, 16 ottobre 2007; Consiglio di Stato, sent. n. 04460, 2 settembre 2014; TAR Lombardia, sent. n. 650, 06 aprile 2016.

<sup>5</sup> Trib. Cagliari, sent. 16 luglio 2016.

<sup>6</sup> Il presente scritto è aggiornato alla data del 30 gennaio 2019.

<sup>7</sup> Corte Cost., sent. n. 438, 23 dicembre 2008.

<sup>8</sup> Sui doveri di comunicazione del medico rispetto al paziente, cfr. FNOMCeO, 2014, artt. 18 e 30.

<sup>9</sup> Casonato, 2017.

<sup>10</sup> Cass. Civ., Sez. III, sent. n. 7027, 23 maggio 2001.

<sup>11</sup> Cass. Civ., Sez. III, sent. n. 16543, 28 luglio 2011.

<sup>12</sup> *Ibidem*, 7.

<sup>13</sup> Canestrari, 2017.

<sup>14</sup> *Ibidem*, 8.

<sup>15</sup> Legge n. 219, 14 dicembre 2017, art. 1(3); Cass. Civ., sez. III, sent. n. 27751, 11 dicembre 2013.

<sup>16</sup> Consiglio d'Europa, *Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina* (c.d. Convenzione di Oviedo), 1997. In Italia, è stata autorizzata la ratifica con la legge 28 marzo 2001, n. 145.

<sup>17</sup> Sul punto: Cass., sent. n. 20885, 22 agosto 2018.

<sup>18</sup> Sulla possibilità di applicazione della scriminante in oggetto, cfr: Santosuoso, 1996, pp. 207 ss.

<sup>19</sup> Bartolommei, 2008, pp. 30-32; Borsellino, 2008, p. 110; Barni *et al.*, 2005, pp. 8-11.

<sup>20</sup> Flick, 2009, pp. 519-520; Casonato, 2008, pp. 551-554.

<sup>21</sup> Comitato delle Nazioni Unite sui Diritti Economici, Sociali e Culturali (CESCR), "Commento Generale n.14: il diritto di ogni individuo a godere delle migliori condizioni di salute fisica e mentale che sia in grado di conseguire. (Art. 12 Patto sui Diritti Economici Sociali e Culturali, 1966), 2000, E/C.12/2000/4, artt. 8 e 12(c).

<sup>22</sup> Cass. civ., sez. I, sent. n. 21748, 16 ottobre 2007.

<sup>23</sup> L'ordinanza nella causa penale a carico di Marco Cappato pronunciata dalla Corte d'Assise il giorno, 14 febbraio 2018 precisa che Marco Cappato è imputato «del reato p. e.p. dall'art. 580 c.p. per aver rafforzato il proposito suicidario di Antoniani Fabiano (detto Fabo), affetto da tetraplegia e cecità a seguito di incidente stradale avvenuto il 13 giugno 2014, prospettandogli la possibilità di ottenere assistenza al suicidio presso la sede dell'associazione Dignitas, a Plaffikon in Svizzera, e attivandosi per mettere in contatto i familiari di Antoniani con la Dignitas fornendo loro materiale informativo; inoltre, per aver agevolato il suicidio dell'Antoniani, trasportandolo in auto presso la Dignitas in data 25 febbraio 2017, dove il suicidio si verificava il 27 febbraio 2017».

<sup>24</sup> Per approfondimenti: [www.associazionelucacoscioni.it/processo-marco-cappato-punto-punto](http://www.associazionelucacoscioni.it/processo-marco-cappato-punto-punto).

<sup>25</sup> Sul punto: [www.associazionelucacoscioni.it/davide-trentini-sul-procedimento-mina-welby-marco-cappato/](http://www.associazionelucacoscioni.it/davide-trentini-sul-procedimento-mina-welby-marco-cappato/).

### **Riferimenti bibliografici**

Barni, M. *et al.* (2005), “Nota integrativa al parere del Comitato Nazionale di Bioetica. L’alimentazione e l’idratazione di pazienti in stato vegetativo persistente”, Roma: CNB, 30 settembre, pp. 8-11.

Bartolommei, S. (2008), “Sul diritto di essere lasciati andare (e il dovere di riuscirci). Lo stato vegetativo permanente e l’etica di fine vita”, in M. Galletti, S. Zullo (a cura di), *La vita prima della fine. Lo stato vegetativo tra etica, religione e diritto*, Firenze: Firenze U. P., pp. 25-49.

Borsellino, P. (2008), “Stato vegetativo e decisioni sulle cure”, in M. Galletti, S. Zullo (a cura di), *La vita prima della fine. Lo stato vegetativo tra etica, religione e diritto*, Firenze: Firenze U. P., pp. 107-127.

Canestrari, S. (2017), “Una buona legge buona (ddl recante ‘Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento’ )”, *Riv. it. dir. med. leg.*, 3, pp. 975-980.

Casonato, C. (2008), “Consenso e rifiuto di cure in una recente sentenza della Cassazione”, *Quad. cost.*, 3, pp. 551-554.

Casonato, C. (2017), “Una legge più realista del re”, *Il Mulino*, 21 aprile; [www.rivistailmulino.it/](http://www.rivistailmulino.it/).

Flick, G.M. (2009), “A proposito di testamento biologico: spunti per una discussione”, *Pol. dir.*, 4, pp. 509-529.

FNOMCeO (2014), *Commentario al Codice di Deontologia Medica*, Federazione Nazionale Ordini Medici Chirurghi e Odontoiatri.

Rodotà, S. (2011), “Introduzione”, in G. Baldini e M. Soldano (a cura di), *Nascere e morire: quando decido io?*, Firenze: Firenze U. P.

Ruggeri, C. (2007), “Dossier sulla situazione clinica di Giovanni Nuvoli”, in [www.associazionelucacoscioni.it/](http://www.associazionelucacoscioni.it/).

Santosuoso, A. (1996), “Diritti dei pazienti e doveri dei medici nel caso dell’eutanasia”, in C. Viafora (a cura di), *Quando morire? Bioetica e diritto nel dibattito sull’eutanasia*, Padova: Gregoriana Editrice, pp. 207-244.