

LA SCELTA DEI TESTIMONI DI GEOVA

Alessandra Prandi *

Corte d'Appello di Brescia, sez. II civ. – 13.09.2023, n. 1184/2022

Il Testimone di Geova che faccia valere il diritto all'autodeterminazione in materia di trattamento sanitario a tutela della libertà di professare la propria fede religiosa, ha il diritto di rifiutare l'emotrasfusione, pur avendo prestato il consenso al diverso trattamento che abbia successivamente richiesto la trasfusione, anche con dichiarazione formulata prima del trattamento medesimo, purché dalla stessa emerga in modo inequivocabile la volontà di impedire la trasfusione anche in ipotesi di pericolo di vita.

SOMMARIO: 1. Il caso – 2. La scelta dei Testimoni di Geova e la libertà religiosa – 3. Il consenso informato – 4. La legge n. 219/2017: disposizioni anticipate di trattamento e pianificazione condivisa delle cure – 5. Il rimedio risarcitorio – 6. Alcune riflessioni conclusive.

1. – Tizia, aderente alla Congregazione Cristiana dei Testimoni di Geova, oppone, verbalmente e per iscritto, un netto rifiuto alle terapie trasfusionali, anche nell'ipotesi in cui tali trattamenti siano ritenuti indispensabili per la sua sopravvivenza. Tuttavia, nel corso dell'intervento chirurgico cui viene sottoposta, i sanitari considerano l'aggravarsi della situazione come idonea ad integrare uno stato di necessità e procedono alla trasfusione, intendendola quale unica soluzione per evitare il decesso.

Già affrontata dalla Corte di Cassazione in senso favorevole alle pretese risarcitorie di Tizia¹, la vicenda torna ora all'esame della Corte d'Appello di Brescia in sede di rinvio, al fine di individuare con esattezza il titolo della responsabilità medica e procedere alla quantificazione del risarcimento.

Il giudice di merito ribadisce, in piena conformità alla decisione di legit-

* Dottoranda di ricerca, Università degli studi di Brescia.

¹ Cass., 6-9-2022, n. 26209, in *Quad. dir. pol. eccles.*, III, 2022, con nota di G. D'Angelo, *Obiezioni di coscienza*.



timità, che il comportamento dei sanitari ha violato il diritto di autodeterminarsi della paziente, compromettendone l'identità personale e religiosa. Tale violazione sussiste indipendentemente dall'avvenuta lesione, o meno, del diritto alla salute, sicché irrilevante appare - anche sotto il profilo quantificatorio - che la condotta tenuta dai sanitari abbia concretamente avuto effetti terapeutici favorevoli².

2. – Richiamandosi alla dottrina cristiana del I sec., i Testimoni di Geova non accettano di assumere sangue in nessuna forma³.

Si tratta, dunque, di una scelta che prescinde sia dal rischio correlato all'intervento chirurgico sia dalle possibili conseguenze fatali derivanti da tale dissenso, rinvenendo le proprie motivazioni in ragioni di natura unicamente religiosa e non sanitaria⁴. Una decisione in tal senso, esente da condizionamenti operati da terzi, scaturisce da una convinzione personale⁵ che si espri-

² Cfr. Cass., 11-11-2019, n. 28985 in *Resp. civ. prev.*, 2020, 477 s., secondo cui la violazione da parte del medico del dovere di informare il paziente può cagionare due diversi tipi di danni: da un lato, un danno alla salute quando si ritiene ragionevole ritenere che il paziente correttamente informato avrebbe rifiutato di sottoporsi all'intervento; dall'altro, un danno da lesione del diritto all'autodeterminazione qualora, per mancanza di informazioni, il paziente abbia subito un pregiudizio, patrimoniale o non, diverso dalla lesione del diritto alla salute. In tema v. F. Papini, *La violazione del dissenso alle emotrasfusioni per motivi religiosi: il danno in base alle tabelle milanesi*, in *Danno e resp.*, 2024, 545 s. e G. Facci, *La Cassazione, il sanitario ed il rifiuto delle trasfusioni di sangue del Testimone di Geova: nihil sub sole novum... o quasi*, in *Resp. civ. prev.*, 2021, 1547 s., nota a Cass., 23-12-2020, n. 29469.

³ Sul punto, L. Mattei, *Testimoni di Geova e bioetica, diritto alle cure e libertà religiosa*, in *BioLaw Journal - Rivista di BioDiritto*, Special Issue, II, 2023, 198 s. Inoltre, cfr. G. Dell'Osso, *Il rifiuto della trasfusione di sangue da parte dei Testimoni di Geova: aspetti deontologici e medico-legali*, Padova, 1979, 237 s.; L. Cipolloni - R. Cecchi, *Il rifiuto della terapia trasfusionale in pazienti Testimoni di Geova: considerazioni medico-legali su un caso peritale*, in *Riv. it. med. leg.*, II, 1999, 506 s.; T. Rimoldi, *Il diritto della Chiesa avventista del 7° giorno*, in *Introduzione al diritto comparato delle religioni*, a cura di S. Ferrari - A. Neri, Lugano, 2007, 157 s.; Id., *La Chiesa avventista del settimo giorno e il fine vita: linee guida confessionali e norme statali in dialogo*, in *BioLaw Journal - Rivista di BioDiritto*, Special Issue, II, 2023, 179 s.

⁴ F. Papini, *Rispetto della persona umana o divieto di rifiutare le emotrasfusioni per motivi religiosi?*, in *Riv. it. med. leg.*, 2017, 102 s.

⁵ M. Petri, *Preventivo rifiuto all'emotrasfusione e carattere inequivocabilità della manifestazione*, in *Giur. it.*, 2009, 1661, nota a Cass., 15-09-2008, n. 23676: «nel caso del testimone di Geova, la ratio del rifiuto è ideologica e si fonda su un rapporto profondo che prescinde dai benefici fisici che potrebbe assicurare l'emotrasfusione. Il rifiuto assume così un valore immateriale e supera l'istintiva concezione biologica della vita».

me con la rigorosa attuazione del passo biblico e il conseguente rifiuto delle emotrasfusioni⁶.

Al riguardo, la stessa Corte europea dei diritti dell'uomo⁷ ha riconosciuto che «la capacità di condurre la propria vita secondo le proprie scelte» include altresì la possibilità di «svolgere attività percepite come fisicamente dannose o pericolose»⁸. Perciò, la tutela della vita privata e della libertà religiosa (nel nostro ordinamento consacrata, come noto, dagli artt. 8 e 19 Cost.) prevale rispetto all'esigenza statuale di «proteggere le persone dalle conseguenze negative» del loro stile di vita⁹.

Coerentemente, la Corte di cassazione ha chiarito nel tempo¹⁰ come il ri-

⁶ In tema, v. A. Pitino, *Salus del corpo o Salus dello spirito? Il rifiuto dei trattamenti sanitari per motivi religiosi*, in *Il diritto alla fine della vita. Principi, decisioni, casi*, a cura di A. D'Aloia, Napoli, 2012, 255 s.; Cass., 23-2-2007, n. 4211, in *Dir. giur.*, 2008, 131; in *Studium iuris*, 2008, 89 s. con commento di S. Carro, *Brevi note sull'efficacia del dissenso al trattamento medico-chirurgico tra il diritto di morire e il dovere di curare. Il consenso presumibile e la scriminante dello stato di necessità*; in *Danno e resp.*, 2008, 30 s. con nota di A. Scalera, *Rifiuto di trasfusione salvavita*; in *Resp. civ. prev.*, 2007, 1885 s. con nota di G. Guerra, *Il dissenso alla trasfusione di sangue per motivi religiosi*; in *Riv. it. med. leg.*, 2009, 71 s. con nota di G. Facci, *Le trasfusioni dei Testimoni di Geova arrivano in Cassazione (ma la S.C. non decide)*; in *Foro it.*, I, 2007, 1711 s. con commento di B. Magliona - M. Del Sante, *Trasfusioni di sangue e Testimoni di Geova: il ruolo del medico tra rispetto della volontà del paziente e stato di necessità*; e *ivi*, con annotazioni di G. Casaburi, *In tema di dissenso ad una emotrasfusione*. Per contro, cfr. Trib. Imola, 4-6-2008, in *Resp. civ. prev.*, 2008, 762; in *Nuova giur. comm.*, I, 2009, 639 s. con commento di G. Facci, *L'osservatorio di merito*, e Corte App. Cagliari, 21-1-2009.

⁷ Cedu, 10-6-2010, n. 302/02, *Testimoni di Geova di Russia c. Mosca*. Sul punto, v. A. Santosuoso - F. Fieconni, *Il rifiuto di trasfusioni fra libertà e necessità*, in *Nuova giur. comm.*, I, 2005, 38 s. e R. Mattarelli, *L'evoluzione della responsabilità da trasfusioni coatte. Profili del risarcimento*, in *Danno e resp.*, 2011, 436 s.

⁸ Cfr. R. Bifulco, *Commento all'art. 3*, in *L'Europa dei diritti. Commento alla carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea*, a cura di R. Bifulco - A. Cartabia - A. Celotto, Bologna, 2001, 56 s.; M. Guglielmetti, *I diritti bioetici e la Carta*, in *Diritti, diritti, giurisdizione. La carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea*, a cura di R. Toniatti, Padova, 2002, 164 s.; R. Bottoni, *Trasfusioni di sangue e sicurezza sociale di fronte alla Corte di Giustizia dell'Unione europea*, in *BioLaw Journal - Rivista di BioDiritto*, Special Issue, II, 2023, 245 s.

⁹ S. Cacace, *Il medico e la contenzione: aspetti risarcitorii e problemi d'autodeterminazione*, in *Riv. it. med. leg.*, 2013, 212.

¹⁰ Cass., 7-6-2017, n. 14158 in *Dir. e Giust.*, 2017, 5 s., in *IUS Famiglie*, 2017, 45 s. con nota di M. Alesio, *I provvedimenti del Giudice tutelare hanno natura "decisoria" o "gestoria"?*; *ivi*, con nota di G. Russo, *Amministrazione di sostegno: reclamo in Corte di Appello avverso provvedimento decisoriale del Giudice tutelare*; in *Cammino Diritto*, 12, 2019, 5 s.; *ivi*, con nota di F. Prato, *Limiti e vantaggi dell'istituto dell'amministratore di sostegno. Come cambia il sistema della tutela della persona alla luce della recente normativa* e Cass., 15-5-2019, n. 12998, in *Corr. giur.*, II, 2019, 1491 s., con nota di

fiuto opposto al trattamento sanitario sia meritevole di tutela e garanzia, in particolare proprio quando sia espressione di una scelta di natura religiosa¹¹. Più recentemente, inoltre, gli stessi giudici di legittimità hanno confermato¹² che «il rifiuto della trasfusione di sangue costituisce atto di esercizio di un diritto garantito dall'ordinamento» e che è «sufficiente ribadire che la natura del diritto esercitato, cioè il rifiuto dell'emotrasfusione, ha acquistato una tale rilevanza anche nella coscienza sociale da non ammettere limitazioni di sorta al suo esercizio».

Anche la sentenza della Corte d'Appello di Brescia non si limita a richiamare gli artt. 2 e 13 Cost., ma prende in adeguata considerazione anche l'art.

E.A. Emiliozzi, *Nomina dell'amministratore di sostegno e rifiuto "ora per allora" alla trasfusione di sangue*, in *Dir. giust.*, 2019, 3 s., con nota di T. Mascia, *Sì alla nomina dell'amministratore di sostegno designato dal malato grave per rifiutare determinati trattamenti terapeutici*, ed in *Dir. fam.*, 2019, 1105 s., con annotazione redazionale.

¹¹ Nello specifico, la Cassazione nelle pronunce n. 14158/2017 e n. 12998/2019 afferma teorizzualmente che la decisione di rinunciare alle cure mediche «assume connotati ancora più forti, degni di tutela e garanzia, laddove la scelta o il rifiuto del trattamento sanitario rientri e sia connesso all'espressione di una fede religiosa, il cui libero esercizio è sancito dall'art. 19 Cost.».

¹² Cass., 15-1-2020, n. 515, in *Resp. civ. prev.*, 2020, 1890 s., con nota di A. Greco, *Il rifiuto di emotrasfusioni: libertà di autodeterminazione e efficienza concausale*. In senso conforme, Cass., 23-2-2007, n. 4211, cit., 131; Cass. civ., 15-9-2008, n. 23676, in *Corr. giur.*, 2008, 1671, con commento di F. Forte, *Il dissenso preventivo alle trasfusioni e l'autodeterminazione del paziente nel trattamento sanitario: ancora la Cassazione precede il legislatore nel riconoscimento di atti che possono incidere sulla vita*; in *Giur. it.*, 2009, 1126 s. con nota di G. Pellegrino, *Il rifiuto delle trasfusioni da parte dei testimoni di Geova: tra diritto costituzionale all'autodeterminazione in materia sanitaria e attualità del dissenso*; *ivi*, 1400, con nota di P. Valore, *Il dissenso al trattamento terapeutico*; *ivi*, 1661, con nota di M. Petri, *Preventivo rifiuto all'emotrasfusione e carattere inequivocabile della manifestazione*; in *Dir. fam. pers.*, 2009, 71, con commento di R. Masoni, *I testimoni di Geova tra legittimità, merito ed amministrazione di sostegno*; in *Resp. civ. prev.*, 2009, 585 e 2112, con note rispettivamente di G. Cocco, *Un punto sul diritto di libertà di rifiutare terapie mediche anche salva vita (con qualche considerazione penalistica)*; e di G.E. Polizzi, *È vietato mangiare sangue*: il divieto geovista alle emotrasfusioni nei recenti orientamenti giurisprudenziali e dottrinali; in *Riv. it. med. leg.*, 2009, 210, con commento di M. Barni, *Sul rifiuto del sangue, un compromesso onorevole*; *ivi*, 213, con commento di A. Santunione - E. Silingardi, *Il rifiuto anticipato dei trattamenti trasfusionali: la Cassazione civile ancora in bilico tra un passato che non passa ed un futuro ipotetico*; in *Nuova giur. comm.*, I, 2009, 175, con nota di G. Cricenti, *Il cosiddetto dissenso informato*; in *Resp. civ. prev.*, 2009, 126, con nota di M. Gorgoni, *Libertà di coscienza v. salute; personalismo individualista v. paternalismo sanitario* e in *Foro it.*, I, 2009, 36, con commento di G. Casaburi, *Autodeterminazione del paziente, terapie e trattamenti sanitari "salvavita"*; infine, Cass., 7-6-2017, n. 14158 in *Dir. rel.*, I, 2018, 489 s., con commento di L. Scalera, *Rifiuto delle trasfusioni per motivi religiosi: disposizioni anticipate di trattamento e amministrazione di sostegno: natura gestoria o decisoria del decreto di autorizzazione?*

19: la libertà religiosa, infatti, è diritto inviolabile della persona e deve essere tutelato «al massimo grado»¹³.

3. – La consacrazione del fondamento costituzionale del consenso informato¹⁴ del paziente avviene con sentenza della Corte Costituzionale n. 438/2008¹⁵: per la prima volta è affermata «l'esistenza di un autonomo diritto all'autodeterminazione in ordine alla propria salute distinto dal diritto alla salute stesso»¹⁶. In altri termini, è accordata unicamente al paziente la possibilità di scegliere come e se essere curato, sulla scorta del riconoscimen-

¹³ Corte cost., 16-3-2016, n. 52, in *Quad. cost.*, 2017, 51 s.

¹⁴ F. Giunta, *Il consenso informato all'atto medico tra principi costituzionali e implicazioni penali-stistiche*, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 2001, 372 s. in cui il consenso informato è stato definito anche «un corollario dell'autonomia che deve essere riconosciuta alla persona in ambito medico». Inoltre, cfr. E. Furlan - A. Giannini, *Irrational refusal of medical treatment: ethical considerations*, in *Minerva Anestesiologica*, 2025, 214 s.

¹⁵ Corte cost., 23-12-2008, n. 438, in *Riv. crit. dir. priv.*, I, 2009, 3 s.; in *Giur. cost.*, 2008, 4981 s. con nota di D. Morana, *A proposito del fondamento costituzionale per il «consenso informato» ai trattamenti sanitari: considerazioni a margine della sent. n. 438 del 2008 della Corte costituzionale*; *ivi*, 4953 s. con commento di R. Balduzzi - D. Paris, *Corte costituzionale e consenso informato tra diritti fondamentali e ripartizione delle competenze legislative*; in *Consulta online*, 2009 con nota di C. Coraggio, *Consenso informato: alla ricerca dei principi fondamentali della legislazione statale* e con commento di B. Lelli, *Consenso informato e attitudini garantistiche delle Regioni*; in *Quad. cost.*, 2009, 627 s. con nota di C. Casonato, *Il principio della volontarietà dei trattamenti sanitari fra livello statale e livello regionale*; *ivi*, con commento di D. Cevoli, *Diritto alla salute e consenso informato, una recente sentenza della Corte Costituzionale*; e *ivi*, con commento di F. Corvaja, *Principi fondamentali e legge regionale nella sentenza sul consenso informato*. Inoltre, in dottrina, v. S. Del corso, *Il consenso del paziente nell'attività medico-chirurgica*, in *Riv. it. dir. e proc. pen.*, 1987, 537 s.; A. Santosuoso, *Il consenso informato: questioni di principio e regole specifiche*, in *Il consenso informato. Tra giustificazione per il medico e diritto del paziente*, a cura di Id., Milano, 1996, 17 s. A conferma di ciò, la Corte cost. 438/2008, cit., 3 s. afferma che «la circostanza che il consenso informato trova il suo fondamento negli artt. 2, 13 e 32 della Costituzione pone in risalto la sua funzione di sintesi di due diritti fondamentali della persona: quello all'autodeterminazione e quello alla salute, in quanto, se è vero che ogni individuo ha il diritto di essere curato, egli ha, altresì, il diritto di ricevere le opportune informazioni in ordine alla natura e ai possibili sviluppi del percorso terapeutico cui può essere sottoposto, nonché delle eventuali terapie alternative; informazioni che devono essere le più esaurienti possibili, proprio al fine di garantire la libera e consapevole scelta da parte del paziente e, quindi, la sua stessa libertà personale, conformemente all'art. 32, secondo comma, della Costituzione».

¹⁶ L. Marsella - F. Papini, *Laicità dello Stato e rifiuto di trattamenti sanitari per motivi religiosi: un nuovo riconoscimento della Cassazione per "medici liberi" di "uomini liberi"*, *Riv. med. leg.*, IV, 2021, 941.

to della sua dignità, della sua libertà personale e di autodeterminazione (artt. 2 e 13 Cost.)¹⁷. Tale libertà di scelta, infatti, «implica [...] un potere di autodeterminazione rispetto alle proprie vicende esistenziali e scelte personali»¹⁸.

La giurisprudenza di legittimità¹⁹ ha altresì affermato che l'autodeterminazione del paziente in merito ai trattamenti sanitari e la libertà religiosa sono principi costituzionali insuscettibili di bilanciamento con altri valori. È stato perciò consacrato il diritto del paziente Testimone di Geova di rifiutare un trattamento sanitario, anche mediante dichiarazione espressa in anticipo, «purché ne emerge in modo inequivoco la volontà di impedire la trasfusione anche in ipotesi di pericolo di vita»²⁰. In particolare, tale libertà rinviene

¹⁷ E. Rossi, *Profilo giuridici del consenso informato: i fondamenti costituzionali e gli ambiti di applicazione*, in *Riv. tel. giu. associazione ita. costituzionalisti*, IV, 2011, 7 s. Inoltre, cfr. S. Rodotà, *Il diritto di avere diritti*, Bari, 2012, 280 s. e R. Masoni, *I testimoni di Geova tra legittimità, merito ed amministrazione di sostegno*, in *Dir. fam.*, 2009, 71 s.

¹⁸ L. Marsella - F. Papini, *Laicità dello Stato e rifiuto di trattamenti sanitari per motivi religiosi*, cit., 941 s. La libertà di scelta del paziente è un principio affermato anche nella pronuncia della Cass. s.u., 21-1-2009, n. 2437 (c.d. sentenza Giulini), in *Resp. civ. prev.*, V, 2009, 1060 s.; in *Cass. pen.*, V, 2009, 1811 s. con nota di S. Tordini Cagli, *Profilo penale del trattamento medico-chirurgo in assenza di consenso*; *ivi*, con nota di F. Viganò, *Omissa acquisizione del consenso informato del paziente e responsabilità penale del chirurgo: l'approdo (provvisorio?) delle Sezioni Unite*. Nella pronuncia il giudice sostiene che «il presupposto indefetibile che giustifica il trattamento sanitario va ritenuto nella scelta libera e consapevole [...] della persona che a quel trattamento si sottopone». In tema di consapevolezza del paziente circa la propria scelta di sottopersi o meno alle cure mediche, cfr. V. Crisafulli, *In tema di emotrasfusioni obbligatorie*, in *Dir. e soc.*, III, 1982, 550 s.; G. Bigiardi - R. Gilioli, *Comportamento deontologico del medico e diritti del Testimone di Geova*, in *Acta Biomedica Ateneo Parmense*, 1990, 165 s.; e G. Santacroce, *Trasfusioni di sangue, somministrazione di emoderivati e consenso informato del paziente*, in *Giust. pen.*, II, 1997, 105 s.

¹⁹ Cass., 23-12-2020, n. 29469, in *Resp. civ. prev.*, 2021, 1547 s. con nota di G. Facci, *La Cassazione, il sanitario ed il rifiuto delle trasfusioni di sangue del Testimone di Geova: nihil sub sole novum... o quasi*. In tema, cfr. anche A. Greco, *Il rifiuto di emotrasfusioni: libertà di autodeterminazione e efficienza concausale*, in *Resp. civ. prev.*, 2020, 1891 s. nota a Cass., 15-1-2020, n. 515; A. Aprile - M. Piccinni, *Richieste "incongrue" del paziente ed obblighi del medico. Uno sguardo clinicamente orientato oltre l'obiter di Cass. n. 29649/2020*, in *Nuova giur. comm.*, 2021, 669 s. e F. Papini, *La violazione del dissenso alle emotrasfusioni per motivi religiosi*, cit., 545 s.

²⁰ Sul punto cfr. M. Barbagli, *Congedarsi dal mondo. Il suicidio in Occidente e in Oriente*, Bologna, 2009, 63 s.; F. Faenza, *Profilo penale del suicidio*, in *Trattato di biodiritto*, diretto da S. Rodotà - P. Zatti, in *Il governo del corpo*, Milano, I, 2011, 1815 s.; L. Savarino, *Eutanasia: una riflessione sul documento del Consiglio della Comunione di Chiese protestanti in Europa*, in *Bioetica. Rivista interdisciplinare*, II-III, 2013, 461 s.; D.R. Spahn, *Patient Blood Management: the new standard*, in *Transfusion*, 2017, 1325 s.; F.G. Pizzetti, *Il diritto alla pianificazione anticipata delle cure: fondamenti costituzionali e attuazione nella legge n. 2019/2017*, in *Consenso informato e disposizioni anticipate*, a

tutela nello stesso principio di laicità dello Stato, con il riconoscimento di tutte le fedi religiose e delle scelte compiute da ciascun consociato in funzione di tali convincimenti²¹.

Il legislatore²² ha stabilito nel dettaglio le modalità con le quali il paziente può esercitare il proprio diritto di scelta in merito alle cure mediche²³ e utilizza il consenso informato quale strumento principale per la sua realizzazione²⁴. Quest'ultimo, peraltro, era da qualche decennio principio già «fortemente affermato, ma debolmente tutelato»²⁵ dalla dottrina e dagli orientamenti giurisprudenziali attestatisi in materia. Con l'introduzione della legge

cura di E. CALÒ, Napoli, 2019, passim; M. Bolcato - M. Russo - K. Trentino - J. Isbister - D. Rodriguez - A. Aprile, *Patient blood management: The best approach to transfusion medicine risk management*, in *Transfus Apher Sci*, IV, 2020, 59 s. Non significa concedere l'eutanasia ai malati che non si vogliono sottoporre ai trattamenti salvavita, poiché al paziente non viene riconosciuto il diritto di chiedere e ottenere dal medico la prescrizione o la somministrazione di una sostanza che provochi immediatamente la morte - accorciando così in modo del tutto innaturale la vita -, ma gli viene concesso il diritto libero e autonomo di poter scegliere, in conformità della propria libertà individuale, tra proseguire in modo naturale la propria vita, anche qualora - venendo meno il sostegno biomedicale - si conclude in breve termine, e il sottopersi a tutti i trattamenti sanitari che desidera. Del resto, il medico non può diventare esecutore delle volontà del paziente: egli deve accettare, rispettare e seguire le volontà del malato fin tanto che queste non siano contrarie «a norme di legge», alla deontologia professionale e alle buone pratiche cliniche assistenziali.

²¹ Cass., 12-4-2017, n. 67, in *Riv. dir. civ.*, 2018, 345 s.: «l'ordinamento repubblicano è contraddistinto dal principio di laicità, da intendersi, secondo l'accezione che la giurisprudenza costituzionale ne ha dato (sentenze n. 63 del 2016, n. 508 del 2000, n. 329 del 1997, n. 440 del 1995, n. 203 del 1989), non come indifferenza dello Stato di fronte all'esperienza religiosa, bensì come tutela del pluralismo, a sostegno della massima espansione della libertà di tutti, secondo criteri di imparzialità». Sul punto, cfr. L. Marsella - F. Papini, *Laicità dello Stato e rifiuto di trattamenti sanitari per motivi religiosi*, cit., 943 e, in giurisprudenza, *Testimoni di Geova di Russia c. Mosca*, n. 302/02, cit.

²² L. 22 dicembre 2017, n. 219. Entrata in vigore il 31 gennaio 2018 e pubbl. in G.U., s.g., n. 12 del 16 gennaio 2018.

²³ Fra i numerosi commenti in dottrina, ricordiamo: S. Fucci, *Informazione e consenso nel rapporto medico-paziente. Profili deontologici e giuridici*, Milano, 1996, passim; E. Calò, *Il ritorno della volontà: bioetica, nuovi diritti ed autonomia privata*, Milano, 1999, passim; U. Adamo, *Costituzione e fine vita. Disposizioni anticipate di trattamento ed eutanasia*, Padova, 2018, passim; C. Casonato - S. Pensava - M. Ridolfi, *Consenso informato e DAT: tutte le novità*, Milano, 2018, passim; B. De Filippis, *Biotestamento e fine vita. Nuove regole nel rapporto fra medico e paziente: informazioni, diritti, autodeterminazione*, Padova, 2018, passim; C. Faralli, *Il difficile percorso per una legge di civiltà. A proposito della Legge 22 dicembre 2017, n. 219*, in *Soc. dir.*, 2018, 175 s.; A. Santuoso, *Questioni false e questioni irrisolte dopo la legge n. 219/2017*, in *BioLaw Journal - Rivista di BioDiritto*, I, 2018, 85 s.; C. Tripodina, *Tentammo un giorno di trovare un «modus moriendi» che non fosse il suicidio né la*

n. 219/2017, dunque, sono state disciplinate caratteristiche e contenuti della relazione di cura e di fiducia intercorrente fra medico e paziente. Infatti, affinché il paziente si trovi nelle condizioni di adottare una decisione consapevole in merito a quali trattamenti sanitari sottoporsi, è fondamentale che la fase informativa preliminare sia esauriente. Questo momento trova la sua consacrazione nel «tempo di cura», quale «tempo di comunicazione tra medico e paziente»²⁶, inteso «non [...] solo in senso cronologico [...], ma anche in ordine all'impegno comunicativo e relazionale che deve connotarlo»²⁷. L'informazione è somministrata dal personale sanitario al fine di fornire al paziente tutti i chiarimenti necessari in merito ai rischi e alle conseguenze derivanti dal rifiuto di un determinato trattamento, con modalità tali da preservare l'autenticità delle scelte individuali²⁸. D'altronde, proprio ai

sopravvivenza. Note a margine della legge italiana sul fine vita, in *Quad. cost.*, 2018, 191 s.; C. Casonato, *I limiti all'autodeterminazione individuale al termine dell'esistenza: profili critici*, in *Dir. pubbl. comp. eur.*, 2018, 3 s.; G. De Marzo, *Prime note sulla legge in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento*, in *Foro it.*, V, 2018, 137 s.; D. Carusi, *La legge «sul biotestamento»: una luce e molte ombre*, in *Corr. giur.*, 2018, 293 s.; S. Canestrari, *Consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento: una «buona legge buona»*, in *Corr. giur.*, 2018, 301 s.; C. Romano, *Legge in materia di disposizioni anticipate di trattamento: l'ultrattività del volere e il ruolo del notaro*, in *Riv. not.*, 2018, 15 s. e P. Zatti, *Spunti per la lettura della legge sul consenso informato e DAT*, in *Nuova giur. comm.*, 2018, 247 s.

²⁴ Sul punto, v. A. Lo Calzo, *Il consenso informato “alla luce della nuova normativa” tra diritto e dovere alla salute*, in *Riv. Gruppo di Pisa*, 2018, 9 s. in cui si afferma che: «fornire una disciplina organica, ad ampio spettro, sulle situazioni più controverse legate al rapporto di cura, sia per la persona cosciente, sia in previsione di una eventuale (o prevedibile) perdita di coscienza futura».

²⁵ Cons. Stato, 2-9-2014, n. 4460, in *Nuova giur. comm.*, I, 2015, 74 s., con commento di P. Zatti, *Consistenza e fragilità dello «ius quo utimur» in materia di relazione di cura* e di R. Ferrara, *Il caso Englano innanzi al Consiglio di Stato*.

²⁶ Art. 1, c. 8, legge n. 219/2017.

²⁷ F. Papini, *La violazione del dissenso alle emotrafusioni per motivi religiosi*, cit., 546 in cui si afferma che «negli ultimi anni si è assistito ad un vero e proprio ribaltamento del rapporto medico-paziente, passando da una concezione medico-centrica [...] a una che vede invece il paziente al centro del rapporto di cura». Sul punto, cfr. anche P. Benciolini, *Art. 5 “Pianificazione condivisa delle cure”*, in *Forum - La legge n. 219 del 2017. Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*, in *BioLaw Journal - Rivista di BioDiritto*, I, 2018, 65.

²⁸ B. Vimercati, *Consenso informato e incapacità. Gli strumenti di attuazione del diritto costituzionale all'autodeterminazione terapeutica*, Milano, 2014, 112, in cui si afferma che «non si deve [...] sottovalutare l'impatto psicologico che una notizia, talvolta carica di drammaticità può avere sul malato; un senso di disperazione, di arrendevolezza, finanche di rifiuto. [...] Tale impatto psicologico coincide inevitabilmente sulla scelta del paziente che rischia quindi di essere condizionata, non li-

sensi dell'art. 1, c. 2 della legge n. 219/2017, il rapporto medico-paziente si basa sull'incontro tra l'autonomia decisionale dell'uno e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità dell'altro²⁹. Il medico che, anche solo per il timore dell'opposizione del paziente, eviti di offrirgli una rappresentazione oggettiva in merito alle opzioni prospettabili, impedisce al malato di esercitare il proprio «diritto fondamentale»³⁰ e personalissimo di autodeterminarsi³¹. Allo stesso modo, per converso, qualora l'informazione trasmessa al paziente assuma un carattere manipolatorio o terroristico (al punto di ingenerare una paura ingiustificata nel paziente, condizionando le sue scelte), il medico viola il principio deontologico e giuridico su cui il consenso informato si fonda, privando così il paziente della sua libertà di scelta. D'altra parte, l'acquisizione del consenso informato non può esaurirsi nella semplice sottoscrizione di un modulo, ma deve realizzarsi nel corso di un dialogo aperto con il personale sanitario³², durante il quale si prospettano tutte le eventualità possibili e le conseguenze delle singole scelte.

La casistica giurisprudenziale³³ rivela, invero, che non sempre da quanto appena osservato si traggono le coerenti conseguenze applicative. La tendenza degli operatori sanitari pare piuttosto essere quella di documentare il ri-

bera e pienamente cosciente. Questa consapevolezza, che matura anche grazie alla quotidiana esperienza professionale, non esime, anzi rafforza, il coinvolgimento del medico che, abbandonando un atteggiamento asetticamente esecutivo della prima volontà del suo assistito, gli si fa incontro sostendolo e informandolo al fine di fornire un concreto aiuto in vista del raggiungimento di un pieno e reale consenso informato».

²⁹ S. Cacace, *La nuova legge in materia di consenso informato e DAT: a proposito di volontà di cura, di fiducia e di comunicazione*, in *Riv. it. med. leg.*, 2018, 942.

³⁰ Cons. Stato, 2-9-2014, n. 4460, cit., 20.

³¹ Sul punto, cfr. S. Cacace, *Ma quanto è debole il consenso informato! L'ultima giurisprudenza sul rifiuto dell'emotrasfusione. Apologia di un principio inutile (e qualche tentativo esegetico)*, in *Riv. it. med. leg.*, I, 2017, 21 s. e L. Eusebi, *Biodiritto in dialogo, recensione del volume "Principi di biodiritto penale"* di Stefano Canestrari, in *Riv. it. med. leg.*, 2016, 882 s.

³² S. Cacace, *Ma quanto è debole il consenso informato!*, cit., 22.

³³ *Ex pluribus*, v. Cass., 15-9-2008, n. 23676, in *Corr. giur.*, 2008, 1671; Cass., 9-2-2010, n. 2847, in *Nuova giur. comm.*, I, 2010, 783; Trib. Milano, 16-12-2008, n. 14883, in *Corr. mer.*, 2009, 493 s. con commento di V. Busi, «Sangue o no sangue?», questo è il problema... dei medici, e in *Nuova giur. comm.*, I, 2009, 639 s. con commento di G. Cricenti, *Il rifiuto delle trasfusioni e l'autonomia del paziente*; App. Milano, 19-8-2011, n. 2359, in *Resp. civ. prev.*, 2012, 1046 s. con commento di S. Fucci, *Urgenza terapeutica, libertà del paziente di rifiutare anche un trattamento proposto come salvavita e responsabilità professionale*; in *Fam. pers. succ.*, 2012, 185 s. con nota di L. Ghidoni, *Il trattamento sanitario tra protezione della personalità e imposizione di valori etici*.

fiuto, precostituendosi un'adeguata giustificazione, ma superandolo al contempo in tutti i casi in cui un «imprevisto ed imprevedibile peggioramento»³⁴ delle condizioni di salute del paziente conferisca contorni di novità alla situazione clinica.

4. – Le disposizioni anticipate di trattamento e la pianificazione condivisa delle cure (delineate rispettivamente dagli artt. 4 e 5 della legge n. 219/2017) rappresentano strumenti distinti, ma complementari, volti a garantire il diritto all'autodeterminazione del paziente in ambito sanitario. Le prime sono generalmente redatte da individui sani, che esprimono in modo anticipato la propria volontà circa i trattamenti sanitari che intendono accettare o rifiutare; riguardo alla pianificazione condivisa delle cure, invece, queste sono riservate a pazienti affetti da patologie croniche, invalidanti o a prognosi infausta e si basa su un processo dialogico tra paziente e medico per progettare le cure future³⁵.

Dunque, attraverso le DAT³⁶ la persona dichiara le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari «in previsione di una futura incapacità di autodeterminarsi»³⁷. Del resto, l'identità personale non può essere colta soltanto nel-

³⁴ S. Cacace, *Ma quanto è debole il consenso informato!*, cit., 22.

³⁵ R. Masoni, *Il principio di autodeterminazione in materia medico-sanitaria nelle D.A.T. e nella P.C.C., di cui alla L. n. 2019 del 2017*, in *Dir. fam.*, 2019, 350 s. dove si precisa che la pianificazione condivisa delle cure è caratterizzata da una maggiore flessibilità procedurale rispetto alle disposizioni anticipate di trattamento, consentendo aggiornamenti in base all'evoluzione della malattia, prevedono una forma semplificata, con possibilità di registrazione scritta o videoregistrata direttamente nella cartella clinica o nel fascicolo sanitario elettronico.

³⁶ G. Ferrando, *Fine vita e rifiuto di cure: profili civilistici*, in *Trattato di biodiritto*, Milano, 2011, 1883 s. secondo cui le disposizioni anticipate di trattamento sono strumenti che «segnano il limite oltre il quale la medicina e le tecnologie non possono spingersi».

³⁷ Art. 4, c. 1, legge n. 219/2017. In dottrina, cfr. G. Marcaccio, *Appartenenza religiosa e dissenso preventivo al trattamento sanitario: DAT e pianificazione condivisa delle cure come volano di libertà del paziente-fede*, in *Resp. civ. prev.*, 2021, 344 s. in cui si sostiene che le disposizioni anticipate di trattamento e la pianificazione condivisa delle cure «rappresentano la grande novità della legge n. 219, poiché riconoscono all'individuo la possibilità - non sussistendo affatto alcun obbligo - di cristallizzare anticipatamente le determinazioni terapeutiche da applicarsi in un contesto futuro e solo eventuale. In particolare, le D.A.T. permettono ad "ogni persona maggiorenne capace di intendere e di volere" (art. 4) che ne avverte la necessità, di fissare i suoi desideri terapeutici in relazione a qualsivoglia possibile ed imprevedibile patologia o trattamento che possa riguardarla. La Pianificazione condivisa delle cure consente, invece, a coloro che sono affetti da "una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta" (art. 5) di individuare, eventualmente anche con l'ausilio di familiari, della parte dell'unione civile, del convivente o di al-

la dimensione dell'attualità, ma, in base all'art. 2 Cost., è da considerarsi anche nelle sue proiezioni future³⁸. Si può, infatti, sostenere che «le DAT conservano la loro attualità [proprio] per il fatto stesso che il suo titolare può sempre e in qualsiasi momento revocarle e modificarle»³⁹. In effetti, considerare l'attualità del dissenso esclusivamente in chiave temporale genera l'evidente paradosso secondo il quale, per il solo sopraggiungere dello stato di incoscienza, il rifiuto espresso precedentemente da una persona, fondato su convinzioni personali ed esistenziali, può improvvisamente perdere la sua forza vincolante⁴⁰. L'obiettivo, invece, deve essere quello di perseguire l'interesse del paziente «secondo il patrimonio valoriale della persona, considerando che la decisione attiene ai

tra persona di sua fiducia, un programma terapeutico più o meno dettagliato a cui il personale sanitario dovrà attenersi laddove il disponente dovesse essere impossibilitato ad esprimere il proprio consenso/dissenso».

³⁸ F.G. Pizzetti, *Sugli ultimi sviluppi del «caso Engalro»: limiti della legge e «progetto di vita»*, in *Politica dir.*, 2009, 445 s.

³⁹ L. Marsella - F. Papini, *Laicità dello Stato e rifiuto di trattamenti sanitari per motivi religiosi*, cit., 952. Sul tema, cfr. anche G. Iadecola, *Potestà di curare e consenso del paziente*, Padova, 1999, passim; V. Strippoli, *Trattamenti e accertamenti sanitari obbligatori. Disciplina, adempimenti e procedure*, Santarcangelo di Romagna, 2010, passim; A. Hockton, *The law of consent to medical treatment*, Londra, 2002, passim; U. Adamo, *Il vuoto colmato. Le disposizioni anticipate di trattamento trovano una disciplina permissiva nella legge statale*, in *Riv. tel. giu. associazione ita. costituzionalisti*, III, 2018, 124 s.; M. Azzalini, *Legge n. 219/2017: la relazione medico-paziente irrompe nell'ordinamento positivo tra norme di principio, ambiguità lessicali, esigenze di tutela della persona, incertezze applicative*, in *Resp. civ. prev.*, 2018, 8 s.; AA.VV., *La nuova legge n. 219/2017*, in *BioLaw Journal - Rivista di BioDiritto*, 2018, 15 s.; G. Ferrando, *Rapporto di cura e disposizioni anticipate nella recente legge*, in *Riv. critica dir. priu.*, 2018, 67 s.; M. Foglia, *Consenso e cura. La solidarietà nel rapporto terapeutico*, Torino, 2018, passim; G. Conti, *Scelte di vita o di morte: il giudice è garante della dignità umana? Relazione di cura, DAT e "congedo dalla vita" dopo la l. 219/2017*, Roma, 2019, passim; P. Delbon - S. Cacace - A. Conti, *Advance care directives: Citizens, patients, doctors, institutions*, in *Journ. Public Health Research*, 2019, 1675 s.; M. Foglia, in *La relazione di cura dopo la legge 219/2017. Una prospettiva interdisciplinare*, a cura di Id., Pisa, 2019, passim; A.R. Joensen, *Clinical ethics: a practical approach to ethical decision in clinical medicine*, San Francisco, 2022.

⁴⁰ A. Santosuoso - F. Fieconni, *Il rifiuto di trasfusioni tra libertà e necessità*, in *Nuova giur. comm.*, I, 2005, 46 s. in cui si afferma che «è necessario non nascondersi dietro artifici: intendere il requisito dell'attualità della volontà come necessaria stretta contestualità, significa rendere totalmente irrilevante la volontà del paziente in tutti i casi in cui un intervento richieda l'anestesia. Ragionando in questo modo sarebbe stata impossibile la stessa notissima decisione del caso del chirurgo di Firenze nel "caso Massimo", in cui i sanitari avevano effettuato un tipo di intervento per il quale la paziente non aveva dato il consenso e, anzi, aveva espresso un rifiuto, oppure sarebbe impossibile anche un intervento di mutamento di sesso, in quanto dovrebbe permanere il dubbio che la persona non voglia continuare a richiedere un intervento che comporta una diminuzione permanente».

suoi beni personalissimi (per definizione non disponibili da altri)»⁴¹. Peraltro, le disposizioni anticipate di trattamento non fanno riferimento esclusivamente a scelte di fine vita, ma possono riguardare anche il consenso/dissenso ad accertamenti diagnostici, scelte terapeutiche e singoli trattamenti sanitari relativi a prestazioni mediche e a determinate modalità di cura⁴². In particolare, i Testimoni di Geova, oltre ad esprimere l'eventuale dissenso alle terapie emotrasfusionali, sono soliti indicare quali terapie alternative ritengano accettabili e quali no, con riferimento all'intero arco della vita e non soltanto alla fase finale⁴³, come, invece, comunemente accade⁴⁴.

Parallelamente, l'art. 5 della legge n. 219/2017 ha provveduto a garantire il

⁴¹ F. Papini, *Rispetto della persona umana o divieto di rifiutare le emotrasfusioni per motivi religiosi?*, cit., 107.

⁴² Sul punto, G. Marcaccio, *Appartenenza religiosa e dissenso preventivo al trattamento sanitario*, cit., 346 s. in cui si afferma che «la legge n. 219/2017 fornisce al titolare del diritto, sia esso malato cronico o meno, gli strumenti necessari per far sì che la sua volontà terapeutica venga effettivamente rispettata. Inoltre, si impegna affinché la sua scelta sia davvero consapevole».

⁴³ L. Mattei, *Testimoni di Geova e bioetica, diritto alle cure e libertà religiosa*, cit., 209 s.: «solitamente nello spazio libero previsto al punto 4 del documento, i Testimoni di Geova specificano se accettano o meno le frazioni del sangue, o emoderivati, ed eventualmente quali accettano. Nello stesso, ad esempio possono essere inserite disposizioni relative al trapianto di organi, l'utilizzo della macchina cuore-polmone, l'emodialisi, solo per citarne alcune».

⁴⁴ Attraverso il documento che attesta le scelte terapeutiche che il paziente accetta, può essere nominato e designato un amministratore di sostegno dal paziente che decida in ambito medico, in base alle convinzioni e scelte che gli sono state riferite dal soggetto, per quest'ultimo qualora costui sia uno stato di incapacità parziale o temporanea di scegliere autonomamente. Nel caso dei Testimoni di Geova, la nomina di un amministratore di sostegno potrebbe permettere di ristabilire quel rapporto dialogico con il medico che, a causa dello stato di incapacità del paziente, non può essere mantenuto. Ulteriore conferma risiede nella sentenza n. 21748/2007 (Caso Englaro) in cui si afferma che il tutore o amministratore di sostegno «deve decidere non 'al posto' dell'incapace né 'per' l'incapace, ma 'con' l'incapace». In dottrina, cfr. P. Cendon, *Infermi di mente ed altri «disabili» in una proposta di riforma del codice civile*, *Politica dir.*, 1987, 621 s.; M. Sesta, *Riflessioni sul testamento biologico*, in *Fam. Dir.*, 2008, 407 s.; G. Ferrando, *Amministrazione di sostegno e rifiuto di cure* a commento dell'ordinanza del Trib. Modena 5 novembre 2008, in *Fam. e Dir.*, III, 2009, 277 s.; A. Batà - A. Spirito, *Testamento biologico e amministrazione di sostegno*, in *Fam. e dir.*, II, 2009, 189 s. e F. Papini, *Rispetto della persona umana o divieto di rifiutare le emotrasfusioni per motivi religiosi?*, cit., 109 s. In giurisprudenza, v. Cass., 7-6-2017, n. 14158, cit., in *Cammino Diritto*, 2019, 12 s. con nota di F. Prato, *Limiti e vantaggi dell'istituto dell'amministratore di sostegno. Come cambia il sistema della tutela della persona alla luce della recente normativa*, in cui si fa riferimento al caso di un paziente che aveva compilato una DAT con designazione di un proprio amministratore di sostegno (prelegge 219), in previsione di una futura malattia.

diritto del paziente alla pianificazione condivisa delle cure⁴⁵ sulla base degli stessi principi costituzionali ai quali la legge si ancora, ossia gli artt. 2, 13 e 32⁴⁶.

Ebbene, il principio a cui l'intera disciplina si rifa è certamente il principio fondamentale della «*voluntas aegroti suprema lex*», in cui viene riconosciuto al malato il diritto personale di poter scegliere, in maniera del tutto libera e autonoma, i trattamenti sanitari a cui sottoporsi in base alle proprie convinzioni etiche, culturali, filosofiche e religiose⁴⁷, dando così voce alla propria individualità senza che lo Stato possa ingerirsi in tali convincimenti⁴⁸. In particolare, il dettame dell'art. 32 Cost. «rafforza [...] l'idea che una disposizione di

⁴⁵ Fondamentale risulta Cass., 16-10-2007, n. 21748, in *Foro it.*, I, 2007, 571 s. In tema, in dottrina, cfr. R. Campione, *Stato vegetativo permanente e diritto all'identità personale in un'importante pronuncia della Suprema Corte*, in *Fam. dir.*, 2008, 136 s.; L. D'Avack, *Sul consenso informato all'atto medico*, in *Dir. fam.*, 2008, 759 s.; F. Gazzoni, *Sancho Panza in Cassazione (come si riscrive la norma dell'eutanasia, in spregio al principio di divisione dei poteri)*, in *Dir. fam.*, 2008, 107 s.; G. Salito - P. Stanzone, *Il rifiuto «presunto» alle cure: il potere di autodeterminazione del soggetto incapace. Note a margine di Cass. Civ., 16 ottobre 2007, n. 21748*, in *Iustitia*, 2008, 55 s.; R. Romboli, *Il conflitto tra poteri dello Stato sulla vicenda Englaro: un caso di evidente inammissibilità*, in *Foro it.*, 2009, 49 s.; A. Spadafora, *Gli interessi tutelabili tra inizio e fine vita: punti per una riflessione sistematica*, in *Giust. civ.*, 2009, 419 s.; A. Simoncini - O. Carter Snead, *Persone incapaci e decisioni di fine vita (con uno sguardo oltreoceano)*, in *Quad. cost.*, 2010, 7 s.; E. Palermo Fabris, *Risvolti penalistici di una sentenza coraggiosa: il Consiglio di Stato si pronuncia sul caso Englaro*, in *Nuova giur. comm.*, 2015, 13 s.; M. Azzalini - V. Molaschi, *Autodeterminazione terapeutica e responsabilità della p.a. Il suggerito del Consiglio di Stato sul caso Englaro*, in *Nuova giur. comm.*, 2017, 1525 s. In giurisprudenza, rilevanti sono Cass., 22-4-2009, n. 9628, in *Dir. fam.*, 2013, 113 s.; Cass., 22-12-2015, n. 25767, *Guida al dir.*, IV, 2016, 38; Corte cost., 8-10-2008, n. 334, in *Giur. cost.*, 2008, 3713 s. con commento di R. Bin, *Se non sale in cielo, non sarà forse un raglio d'asino? (a proposito dell'ord. 334/2008)*; Cons. Stato, 2-9-2014, n. 4460, cit., in *Nuova giur. comm.*, 2015, 9 s. con commento di R. Ferrara, *Il caso Englaro innanzi al Consiglio di Stato*.

⁴⁶ In merito alla valorizzazione delle norme costituzionali, S. Cacace, *Il medico e la contenzione: aspetti risarcitorie e problemi d'autodeterminazione*, cit., 212: «la protezione [...] esercitata nei confronti degli ammalati, infatti, trova conforto nella Carta costituzionale, alla cui luce si devono leggere ed interpretare tutte le norme subordinate (e non viceversa), anche di matrice codicistica, nonché, naturalmente, nella volontà del paziente, la quale delimita e connota l'operatività e la natura dell'assistenza sanitaria».

⁴⁷ In tema, G. Marcaccio, *Appartenenza religiosa e dissenso preventivo al trattamento sanitario*, cit., 347 sostiene che «tutto ciò segna una grande innovazione non solo in termini di autodeterminazione terapeutica, ma anche in termini di libertà religiosa. La quale, al pari di ogni altra libertà, può ritenersi tale soltanto se dotata di effettività e di concreta applicabilità. L'introduzione di una normativa che fornisce al paziente-fedele gli strumenti giuridici per stabilire in via preventiva una scelta terapeutica negativa religiosamente motivata sembra dirigersi proprio in questa direzione, in quanto consente a quest'ultimo di assumere un comportamento che dà effettività alla sua scelta di

legge che pretendesse di imporre, in modo sostanzialmente indeterminato, ogni qualsivoglia trattamento medico necessario alla ripresa o al sostegno delle funzionali vitali, sarebbe con tutta probabilità incostituzionale»⁴⁹.

Perciò, non deve essere garantita unicamente la libertà di autodeterminarsi attraverso la scelta di curarsi o meno in base alle proprie convinzioni⁵⁰, ma anche la dignità⁵¹ e identità personale dell'individuo (art. 2 Cost.), attraverso una scelta - convinta e consapevole⁵² - di sottoporsi (o non) alle cure salvavita⁵³. Infatti, occorre consentire al paziente, in quanto persona *compos sui*, di poter decidere se lasciare proseguire la malattia fino all'esito infausto ovvero sottoporsi a tutte le disposizioni per il mantenimento in vita⁵⁴, se fede senza però doverla rendere pubblica. Così come tutela la sua libertà di mutare opinione religiosa, stante la possibilità di modificare in ogni tempo le disposizioni date».

⁴⁸ Sul punto, v. Cons. Stato, 2-9-2014, n. 4460, cit. Sul tema, in dottrina, cfr. R. Ferrara, *Il caso Englano innanzi al Consiglio di Stato*, cit., 12; E. Palermo Fabris, *Risvolti penalistici di una sentenza coraggiosa: il Consiglio di Stato si pronuncia sul caso Englano*, cit., 13; M. Azzalini - V. Molaschi, *Autodeterminazione terapeutica e responsabilità della p.a. Il suggerito del Consiglio di Stato sul caso Englano*, cit., 1525 s.

⁴⁹ F.G. Pizzetti, *Il diritto alla pianificazione anticipata delle cure*, op. cit., 208 s.

⁵⁰ Artt. 13 e 32 Cost.

⁵¹ *Ex pluribus*, si veda C. Amirante, *La dignità dell'uomo nella Legge Fondamentale di Bonn e nella Costituzione italiana*, Milano, 1971, passim; F. Bartolomei, *La dignità umana come concetto e valore costituzionale. Saggio*, Torino, 1987, passim; A. Ruggeri - A. Spadaro, *Dignità dell'uomo e giurisprudenza costituzionale (prime notazioni)*, in *Politica dir.*, 1991, 344 s.; P.F. Grossi, *Dignità umana e libertà nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea*, in *Contributi allo studio della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea*, a cura di M. Siclari, Torino, 2003, 41 s.; P. Morozzo della Rocca, *Il principio di dignità come clausola generale*, in *Democr. e dir.*, 2004, 195 s.; P. Becchi, *Dignità umana*, in *Filosofia del diritto. Concetti fondamentali*, a cura di U. Pomarici, Torino, 2007, 20 s.; A. Pirozzoli, *Il valore costituzionale della dignità: un'introduzione*, Roma, 2007, passim; E. Ceccherini, *La tutela della dignità dell'uomo*, Napoli, 2008, passim; U. Vincenti, *Diritti e dignità umana*, Bari, 2009, passim; M. Ciommo, *Dignità umana e Stato costituzionale. La dignità umana nel costituzionalismo europeo, nella Costituzione italiana e nelle giurisprudenze europee*, Firenze, 2010, passim; G. Resta, *La dignità*, in *Ambito e fonti del biodiritto*, a cura di S. Rodotà - M. Tallacchini, in *Trattato di biodiritto*, diretto da S. Rodotà - P. Zatti, Milano, 2010, 259 s.; F. Belvisi, *Dignità umana: una ridefinizione in senso giuridico*, in *Ragion Pratica*, 2012, 161 s. e G.M. FLICK, *Elogio della dignità*, Città del Vaticano, 2015, passim.

⁵² S. Cacace, *Ma quanto è debole il consenso informato!*, cit., 28: «il contraltare del dovere d'informare, peraltro, non è tanto e solo il diritto d'essere informato, quanto, ancora, il dovere di esserlo, al fine di adottare e poi gestire tutte le decisioni terapeutiche senza delegare ad alcuno».

⁵³ In senso difforme P. Felicioni, *L'esecuzione coattiva del prelievo ematico: profili problematici*, in *Cass. pen.*, 1997, 315 s.

⁵⁴ U. Veronesi, *Il diritto di morire. La libertà del laico di fronte alla sofferenza*, Milano,

questo corrisponde alla personalissima e solida concezione che il malato ha di sé, della sua malattia e della dignità della sua esistenza⁵⁵. Precludere l'autodeterminazione individuale per il sol fatto della sua sopravvenuta incoscienza e incapacità equivale alla negazione del principio stesso di libertà terapeutica, con una conseguente e inaccettabile discriminazione fra persone malate in termini di rispetto della volontà espressa⁵⁶.

In questo senso, le disposizioni anticipate di trattamento⁵⁷ e la pianificazione anticipata delle cure sono mezzi estremamente efficaci, che consentono ai sanitari di conoscere con chiarezza la volontà del soggetto e, perciò,

2005, 249.

⁵⁵ F.G. Pizzetti, *Il diritto alla pianificazione anticipata delle cure*, op. cit., 211. Sul punto, cfr. anche M.G. di Pentima, *Il consenso informato e le disposizioni anticipate di trattamento: commento alla L. n. 219/2017*, Milano, 2018, 118 s. e C. Triberti - M. Castellani, *Libera scelta sul fine vita. Il testamento biologico. Commento alla Legge 219/2017 in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento*, Firenze, 2018, 56 s.

⁵⁶ S. Cacace, *Autodeterminazione in salute*, Torino, 2017, 304 s. dove si afferma che il riconoscimento giuridico delle disposizioni anticipate di trattamento consente la realizzazione dell'egualanza sostanziale di cui all'art. 3 Cost. In tema, cfr. anche R. Romboli, *Articolo 5. La libertà di disporre del proprio corpo*, in *Commentario del codice civile*, a cura di A. Scajola - G. Branca, Bologna-Roma, 1988, 67 s.; A. Simoncini - E. Longo, *Articolo 32*, in *Commentario alla Costituzione*, a cura di R. Bifulco - A. Celotto - M. Olivetti, I, Torino, 2006, passim; P. Veronesi, *Il corpo e la Costituzione. Concrezione del «cast» e astrattezza della norma*, Milano, 2007, 59 s.; G. Azzoni, *Valori e fondamenti costituzionali del consenso informato*, in *Comunicazione della salute: un manuale*, Milano, 2009, 314 s.; A. Pioggia, *Consenso informato e rifiuto di cure: dal riconoscimento alla soddisfazione del diritto*, in *Gior. dir. amm.*, 2009, 267 s.; S. Andaloro, *Il principio del consenso informato tra Carta di Nizza e ordinamento interno*, in *Fam. dir.*, 2011, 85 s.; M. Graziadei, *Il consenso informato e i suoi limiti*, in *I diritti in medicina*, a cura di L. Lenti - E. Palermo Fabris - P. Zatti, in *Trattato di biodiritto*, diretto da S. Rodotà - P. Zatti, Milano, III, 2011, 191 s.; S. Rossi, *Consenso informato*, in *Digesto. Discipline privatistiche. Sezione civile*, Agg. VII, Torino, 2012, 177 s.; L. Chieffel, *Dignità umana e sviluppi del principio personalista. Brevi note introduttive*, in *Rass. dir. pubbl. eur.*, 2013, 3 s.; B. Vimercati, *Consenso informato e incapacità. Gli strumenti del diritto costituzionale all'autodeterminazione terapeutica*, Milano, 2014, 102 s.; V. Calderai, *Consenso informato*, in *Encycl. dir.*, VIII, Milano, 2017, 225 s.; N. Posteraro, *Il «problema» del consenso informato: dai diritti del malato alla spersonalizzazione del rapporto medico-paziente*, in *Medicina e Morale*, 2017, 371 s.; F.G. Pizzetti, *Il diritto alla pianificazione anticipata delle cure*, op. cit., 208 s.

⁵⁷ S. Cacace, *Di pazienti e di medici: riflessioni biogiuridiche*, in *La volontà e la scienza. Relazione di cura e disposizioni anticipate di trattamento*, a cura di S. Cacace - A. Conti - P. Delbon, Torino, 2019, 374: «le stesse DAT, inoltre, pacificamente percorrono - da cinque anni ormai - il Codice deontologico dei medici: semplicemente, da dichiarazioni son diventate disposizioni, fors'anche perché la forza di disporre poteva derivare soltanto da un intervento normativo, che soprattutto e al contempo chiarisse i limiti e i contenuti dell'obbligo professionale di contraltare».

di realizzarla anche nel caso in cui quest'ultimo non sia più in grado di intendere e volere⁵⁸.

Sulla scorta di quanto stabilito dalla legge n. 219/2017, il medico che rispetta la decisione del paziente in merito ai trattamenti sanitari da realizzare è esonerato da conseguenze civili e penali⁵⁹. Al contrario, il medico che interviene è responsabile qualora il paziente abbia precedentemente espresso il proprio dissenso. Difatti, la Suprema Corte⁶⁰ ha ritenuto configurabile il reato di violenza privata (art. 610 c.p.) nel caso in cui vengano som-

⁵⁸ Sul punto, è necessario tener presente che la questione circa l'incapacità del malato è ben più ampia: bisogna distinguere il caso in cui il paziente non sia più capace di intendere e volere ovvero il caso in cui non si senta più in grado di prendere decisioni in merito alle sue condizioni sanitarie, delegando tutte le scelte a un fiduciario. Degno di notazione è anche il fatto che il minore di età viene considerato quale incapace in via assoluta, dovendo, così, applicare quelle forme di tutela che il legislatore ha previsto in questi casi (interdizione e amministratore di sostegno). Per un maggior approfondimento sul tema, v. M. Dell'Utri, *Il minore tra «democrazia familiare» e capacità di agire*, in *Giur. it.*, 2008, 6 s.; A. Osellini, *Il consenso del minorenne all'atto medico: una breve ricognizione dei problemi di fondo*, in *Minorigiustizia*, 2009, 137 s.; S. Cacace, *Autodeterminazione dei minori e trattamenti sanitari. Il caso del rifiuto alle cure per motivi religiosi*, in *La famiglia e il diritto fra diversità nazionali ed iniziative dell'Unione Europea*, a cura di D. Amram - A. D'angelo, Padova, 2011, 359 s.; L. Lenti, *Il consenso informato ai trattamenti sanitari per i minorenni*, in *I diritti in medicina*, a cura di L. Lenti - E. Palermo Fabris - P. Zatti, in *Trattato di biodiritto*, diretto da S. Rodotà - P. Zatti, Milano, 2011, 417 s.; R. Ducato - U. Izzo, *Diritti all'autodeterminazione informativa del minore e gestione dei dati "supersensibili" nel contesto del Fascicolo Sanitario Elettronico*, in *Dir. inform.*, 2013, 703 s.; G. Mastrangelo, *Circoncisione, infibulazione ed altre manomissioni del corpo dei minori: sanzioni penali, scriminanti e strumenti internazionali alla luce della risoluzione O.N.U. 67/146 del 20 dicembre 2012, della risoluzione del Parlamento Europeo sull'abolizione delle mutilazioni genitali femminili 2012/2684 del 14 giugno 2012 e della risoluzione del Consiglio d'Europa sull'integrità fisica dei minori, doc. 13042 del 2 ottobre 2012*, in *Dir. fam.*, I, 2015, 226 s.; F. Papini, *Minorì di età o minorì diritti? Minors in age or in rights?*, in *Riv. med. leg.*, II, 2017, 545 s.; C. Irti, *Persona minore di età e libertà di autodeterminazione*, in *Giust. civ.*, III, 2019, 618 s.; M.G. Stanzone, *Autodeterminazione del minore e consenso al trattamento medico*, in *La volontà e la scienza. Relazione di cura e disposizioni anticipate di trattamento*, a cura di S. Cacace - A. Conti - P. Delbon, Torino, 2019, 135 s.; A. Ferrero, *Autodeterminazione dei minorenni. I minori come soggetti capaci in ambito sanitario*, in *Dir. fam.*, 2020, 1792 s.; S. Albano, *La volontà del minorenne nelle scelte relative alla sua salute: l'art. 3 della L. 22 dicembre 2017 n. 2019 alla prova pratica sanitaria*, in *Dir. fam.*, 2023, 604 s.

⁵⁹ Secondo l'interpretazione di A. Santosuosso, *Questioni false e questioni irrisolte dopo la legge n. 219/2017*, in *BioLaw Journal - Rivista di BioDiritto*, I, 2018, 86, l'art 1, comma 6 della legge n. 219/2017 dovrebbe «tranquillizzare i medici circa la possibilità di subire misure repressive. [...] Ora il medico, direttamente e senza alcun bisogno di consultare il magistrato del pubblico ministero (secondo una prassi del tutto impropria, ma perdurante), deve sapere che, a fronte del rifiuto del paziente, non ricorrono gli estremi dello stato di necessità (art. 54 codice penale) o della cosiddetta

ministrate al paziente emotrasfusioni contro la sua volontà.

Perciò, nel caso in cui un paziente Testimone di Geova sia ricoverato e necessiti di trattamenti sanitari, la valutazione medica riguardo all'impossibilità di eseguire un intervento chirurgico escludendo l'utilizzo di emotrasfusioni deve basarsi unicamente su criteri tecnico-scientifici o sulle limitazioni della struttura in cui opera, e non certo su basi ideologiche. Il rifiuto informato del paziente, in ogni caso, esclude qualsiasi forma coattiva di trasfusione⁶¹.

5. – La violazione del diritto all'autodeterminazione configura un danno risarcibile, indipendentemente dalla presenza di un pregiudizio alla salute. Tale lesione si concretizza in un pregiudizio non patrimoniale derivante dalla compromissione della libertà di scelta in ambito sanitario e dalla conseguente violazione di un diritto costituzionalmente tutelato. Nel caso di un paziente Testimone di Geova, l'impatto della violazione risulta ancora più significativo, poiché unitamente alla sua libertà personale ai sensi dell'art. 13 Cost. viene compromessa anche la sua libertà religiosa, conferendo alla que-

posizione di garanzia (art. 40 codice penale), come giustificazioni per prassi mediche interventistiche, ispirate a una malintesa medicina difensiva». Sul punto, v. anche P. Perlinger, *La responsabilità umana nell'ordinamento giuridico*, Napoli, 1982, passim; F. Agnino, *Il consenso informato al trattamento medico-chirurgo: profili penalistici e civilistici*, Torino, 2006, passim e A. Baldassari - S. Baldassari, *La responsabilità civile del professionista*, Milano, 2006, passim.

⁶⁰ Cfr. la pronuncia Cass. s.u., 21-1-2009, n. 2437 (c.d. sentenza Giulini), cit. In tale decisione, la Corte ha affrontato il caso di un medico che aveva eseguito un trattamento sanitario senza il consenso del paziente, stabilendo che, qualora il medico intervenga nonostante un esplicito dissenso, si configura il reato di violenza privata ai sensi dell'art. 610 c.p. Questo principio è stato successivamente applicato in sede di merito a casi riguardanti la violazione del rifiuto di trattamenti emotrasfusionali da parte di Testimoni di Geova, con la conseguente condanna dei medici responsabili per il reato di violenza privata come nel caso della pronuncia del Trib. Termini Imerese 30 maggio 2018, n. 465 (consultabile sul sito www.biodiritto.org), confermata dalla Corte Appello Palermo con sentenza n. 4101/2020, in *Giur. pen. web*, 2018, 9 s. con commento di L. Marsella - F. Papini, *Sulla configurabilità del reato di violenza privata nel caso di trattamento medico arbitrario*, in merito a un caso di una paziente Testimone di Geova cosciente che aveva rifiutato l'emotrasfusione; e della pronuncia del Trib. Tivoli 9-12-2020, n. 1179 (consultabile sul sito www.biodiritto.org), riguardante il rifiuto opposto da paziente Testimone di Geova incosciente, manifestato tramite DAT ribadite da parte di un amministratore di sostegno appositamente nominato, in *Stato e Chiese*, V, 2021, 55 s. con commento di P. Consorti, *Libertà di scelta della terapia e violenza medica. Brevi considerazioni sul rifiuto delle trasfusioni di sangue dei Testimoni di Geova*.

⁶¹ A. Aprile - M. Piccinni, *Richieste "incongrue" del paziente ed obblighi del medico*, cit., 670 s.

stione un rilievo giuridico ancor più marcato⁶².

Secondo la Cassazione⁶³ tale danno non patrimoniale può essere provato attraverso «presunzioni e massime di comune esperienza» che costituiscono fonte principale del convincimento del giudice. Attraverso l'utilizzo delle tabelle milanesi (edizione 8 marzo 2021) è possibile determinare in modo equitativo l'entità del risarcimento, garantendo uniformità nelle decisioni giudiziarie e nelle transazioni extragiudiziali⁶⁴. Tali tabelle forniscono un parametro oggettivo per la liquidazione del danno non patrimoniale, tenendo conto della sofferenza soggettiva e della lesione del diritto all'autodeterminazione, con particolare attenzione ai diversi livelli di gravità della violazione. Infatti, le tabelle milanesi hanno individuato quattro livelli di compromissione del diritto all'autodeterminazione, graduati in base alla gravità dell'offesa subita e alla presenza di specifici fattori⁶⁵. Il risarcimento previsto varia da un minimo di 1.000 a 4.000 euro per le lesioni di minor entità, fino ad arri-

⁶² Cfr. Cass., 15-1-2020, n. 515, in *Resp. civ. prev.*, 2020, 1890 s., con nota di A. Greco, *Il rifiuto di emotrasfusioni: libertà di autodeterminazione e efficienza concausale*; Cass., 23-12-2020, n. 29469, in *Resp. civ. prev.*, 2021, 1547 s. con nota di G. Facci, *La Cassazione, il sanitario ed il rifiuto delle trasfusioni di sangue del Testimone di Geova: nihil sub sole novum... o quasi*; Cass., 7-6-2017, n. 14158 in *Dir. e Giust.*, 98, 2017, 5 s. con nota di M. Alesio, *I provvedimenti del Giudice tutelare hanno natura "decisoria" o "gestoria"?*; in *Ilfamiliarista.it*, 2017, con nota di G. Gerarda, *Amministrazione di sostegno: reclamo in Corte di Appello avverso provvedimento decisorio del Giudice tutelare*; in *Cammino Diritto*, 2019, 12, con nota di F. Prato, *Limi ti e vantaggi dell'istituto dell'amministratore di sostegno. Come cambia il sistema della tutela della persona alla luce della recente normativa* e Cass., 15-5-2019, n. 12998, in *Dir. fam.*, I, 2019, 1105 s.

⁶³ Cass., 23-3-2018, n. 7248, in *Rass. dir. farmaceutico*, 2018, 785 s.

⁶⁴ M. Marrone - B.P. De Luca - P. Caricato - L. Marrone - E. Gorini - I. Grattagliano - A. Dell'Erba, *Tutti muoiono soffrendo? Danno non patrimoniale e terminale. Una questione prioritariamente medico-legale*, in *Riv. it. med. leg.*, III, 2024, 341 s.; V. Vietri, *Evoluzione giurisprudenziale in materia di risarcimento del danno non patrimoniale*, in *Riv. it. med. leg.*, I-II, 2024, 171 s.; S. Patti, *Danno non patrimoniale e valutazione equitativa*, in *Riv. trim. dir. proc. civ.*, 2022, 1031 s. e D. Amram, *Pecunia Doloris: (ap)prezzare il dolore. Il ruolo delle emozioni e dei sentimenti nella responsabilità civile*, in *Riv. it. med. leg.*, I, 2021, 493 s.

⁶⁵ F. Papini, *La violazione del disenso alle emotrasfusioni per motivi religiosi: il danno in base alle tabelle milanesi*, cit., 549. In base al campione delle sentenze (caratterizzate da una liquidazione del danno da mancato/carente consenso informato separato rispetto al risarcimento del danno a bene-salute) oggetto d'indagine, è stato possibile individuare cinque indicatori ricorrenti all'interno della motivazione: «a) entità delle ricadute sul bene-salute del danneggiato del trattamento sanitario non preceduto da idoneo consenso informato; b) caratteristiche del trattamento sanitario non preceduto da idoneo consenso informato; c) caratteristiche personali del danneggiato; d) entità della sofferenza; e) caratteristiche dell'inadempimento al dovere informativo».

vare a un minimo di 20.000 euro nei casi di eccezionale gravità, rientranti nella quarta fascia⁶⁶. In quest'ultima fascia sono incluse le trasfusioni di sangue a pazienti Testimoni di Geova, in relazione a una «gravissima sofferenza interiore conseguente al trattamento non preceduto da consenso ed alla lesione del diritto di autodeterminazione». Questa valutazione si allinea con la particolare natura di tale rifiuto, in quanto non si esaurisce in un semplice esercizio dell'autodeterminazione sanitaria, ma costituisce espressione di convinzioni religiose meritevole di una tutela rafforzata ai sensi dell'art. 19 Cost. Per questi pazienti, la somministrazione forzata di una trasfusione⁶⁷ comporta un danno estremamente grave e irreparabile, poiché compromette in modo definitivo la loro dignità, identità religiosa e integrità personale⁶⁸.

6. – La sentenza in oggetto offre un'importante occasione di riflessione circa la responsabilità del personale sanitario nel rispetto delle scelte del paziente, soprattutto alla luce degli strumenti giuridici oggi a disposizione. Essi sono stati introdotti proprio per garantire un quadro chiaro ed inequivocabile, offrendo ai medici indicazioni precise su come agire nel rispetto dell'autodeterminazione del paziente⁶⁹. In quest'ottica risulta difficile, infatti, giusti-

⁶⁶ V. Vietri, *Evoluzione giurisprudenziale in materia di risarcimento del danno non patrimoniale*, cit., 175 s.

⁶⁷ F. Papini, *La violazione del dissenso alle emotrasfusioni per motivi religiosi: il danno in base alle tabelle milanesi*, cit., 551 s. Nella giurisprudenza analizzata dall'Autore (App. Milano, sez. civ. II, n. 692/2023 del 1° marzo 2023 e Trib. Modena, sez. civ. II, n. 1367/1023 del 31 agosto 2023) non sembra che i giudici abbiano dato peso al numero di trasfusioni effettuate ai pazienti, anche se la liquidazione è stata in entrambi i casi superiore al minimo tabellare (20.000 euro). «Tecnicamente ciascuna infusione di liquido nel corpo del paziente viola la sua integrità, sia da un punto di vista fisico, che da un punto di vista spirituale nel caso dei pazienti testimoni di Geova. Questo sarebbe a maggior ragione vero qualora le trasfusioni non siano praticate in successione fra loro, ma siano somministrate ad intervalli o ripetute in giorni diversi. Pur se riferiti a casi diversi, recenti studi psicologici evidenziano come dopo una prima violazione dell'integrità psico-fisica di un soggetto ogni atto successivo rappresenta una svalutazione della persona e del suo io sempre maggiore del precedente, amplificando in modo esponenziale il grado di sofferenza inflitto e il senso di indegnità della persona dovuta alla lesione dei suoi valori».

⁶⁸ Cfr. M. Bolcato, *Rifiuto alla trasfusione ematica per motivi religiosi*, in *Resp. med.*, 2019, 57 s. e M. Bolcato - A. Shander - J.P. Ibister - K. Trentino - M. Russo - D. Rodriguez - A. Aprile, *Physician autonomy and patient rights: lessons from an enforced blood transfusion and the role of patient blood management*. Vox Sanguinis published by John Wiley & Sons Ltd on behalf of International Society of Blood Transfusion, 2021.

⁶⁹ G. Baldini, *Prime riflessioni a margine della legge n. 219/2017*, in *BioLaw Journal - Rivista di*

ficare eventuali violazioni della volontà espressa⁷⁰.

Del resto, il rispetto della decisione del malato non è soltanto un principio etico, ma anche un obbligo giuridico: a tal proposito, la giurisprudenza ha previsto parametri di uniformità nella quantificazione del danno (tabelle milanesi) che mirano a garantire equità e a evitare disparità di trattamento tra casi simili. Tuttavia, questi criteri non possono essere applicati in modo rigido e automatico alla stregua di semplici formule matematiche, ma spetta sempre al giudice valutare il caso concreto, argomentando adeguatamente la quantificazione del danno in base alle circostanze specifiche⁷¹.

BioDiritto, II, 2018, 149 s.

⁷⁰ Cass. s.u., 21-1-2009, n. 2437 (c.d. sentenza Giuliani), cit.

⁷¹ F. Papini, *La violazione del disenso alle emotrasfusioni per motivi religiosi: il danno in base alle tabelle milanesi*, cit., 552.

Abstract

La nota esamina una pronuncia della Corte d'Appello di Brescia relativa al caso di una paziente Testimone di Geova sottoposta a trasfusione di sangue nonostante il rifiuto previamente espresso, sia in forma verbale che scritta. L'analisi si concentra sul bilanciamento tra il diritto all'autodeterminazione terapeutica, la libertà religiosa e le responsabilità del personale sanitario. Alla luce della giurisprudenza e della legge n. 219/2017, viene messo in evidenza come il rispetto della volontà del paziente costituisca non solo un principio etico, ma anche un obbligo giuridico. In conclusione, si evidenzia la necessità di un'applicazione coerente e rigorosa delle disposizioni normative vigenti, quale presupposto imprescindibile per la tutela effettiva della dignità e dell'autonomia decisionale della persona.

The note examines a decision of the Court of Appeal of Brescia concerning the case of a Jehovah's Witness patient who underwent a blood transfusion despite having previously refused it, both verbally and in writing. The analysis focuses on the balance between the right to therapeutic self-determination, freedom of religion, and the responsibilities of healthcare professionals. As clarified by case law and Law No. 219/2017, it highlights how respect for the patient's will constitutes not only an ethical principle but also a legal obligation. In conclusion, the note underscores the need for consistent and rigorous application of the current legal framework as an indispensable prerequisite for the effective protection of personal dignity and decisional autonomy.