

***Benito Melchionna***  
***Procuratore emerito della Repubblica***

# ***BIOTESTAMENTO***

***Tutela e consenso***

***Legge 22 dicembre 2017, n. 219***

***G.U. n. 12 del 16/01/2018***

***In vigore dal 31/01/2018***

*Non sta solo al paziente ritenere o meno perseguibile un trattamento, ma nel fine vita le cure devono essere proporzionali alla sua situazione.*

*Nella questione dell'accanimento terapeutico deve entrare la valutazione della congruità clinica di un intervento, appropriato alla condizione del paziente, e qui entra in gioco il giudizio del medico.*

**(Papa Francesco, Messaggio 16.XI.2017)**

*“L'uomo primordiale trascese la sua condizione di bruto quando offrì la prima ghirlanda alla sua fanciulla.*

*Elevandosi al di sopra dei bisogni naturali primitivi, egli si fece umano.*

*Quando intuì l'uso che si poteva fare dell'inutile fece il suo ingresso nel regno dell'arte”*

**(Kakuzo Okakura, 1906)**

# 1. Biotestamento o testamento biologico

- La disciplina delle Dichiarazioni anticipate di trattamento (**DAT**), invano attesa da oltre 10 anni nonostante l'onda emotiva seguita ai casi di *Pier Giorgio Welby* (morto nel 2006) e di *Eluana Englaro* (morta nel 2009), ha finalmente avuto decisivo impulso dal **suicidio assistito** (Svizzera, 27/02/2017) di Fabiano Antoniani detto **Fabo**.
- La legge 22/12/2017, n. 219 è riduttivamente nota come **Biotestamento** o **testamento biologico**. In realtà essa, oltre a introdurre l'istituto delle **DAT**, si occupa anche di *terapia del dolore*, di *consenso informato di minori e incapaci* e di *pianificazione condivisa delle cure*.
- Il termine «**Biotestamento**» (alla stregua delle cd. «**donazioni**» di *organi post-mortem*: legge quadro n. 91/1999) appare inoltre giuridicamente inappropriato. Infatti il codice civile (art. 587) definisce il **testamento** come atto di disposizione delle proprie sostanze «*per il tempo in cui avrà cessato di vivere*»; le DAT, invece, riguardano le disposizioni in previsione di un problematico **fine-vita**.

## 2. Invecchiamento e medicina tecnologica

- La legge si è resa necessaria per cercare di adeguare la **giustizia** in sanità alla realtà e alla *cultura secolarizzata del nostro tempo*. La normativa si interroga perciò - e interpella tutti - sul **senso del morire oggi**, disciplinando in particolare le situazioni di prognosi infausta per malattie degenerative senza **prospettiva di guarigione**.
- Le **DAT** servono perché, se gli eventi avversi capitano a giovani e meno giovani, l'Italia è il Paese con il più alto **indice di invecchiamento**. Pertanto le **demenze**, che oggi toccano *un milione* di persone, nei prossimi anni si triplicheranno: la speranza di vita alla nascita è infatti stimata per il 2045 in **88,5 anni** per le donne e in **84,3** per gli uomini.
- Di conseguenza, è necessaria la **pianificazione condivisa delle cure**, dato che nell'*era digital-robotica* e nel futuribile del *post-umano*, la medicina è sempre più **tecnologica** (e sempre meno **umana**). La sanità deve quindi manovrare con cura e **responsabilità** le strumentazioni e i nuovi sussidi diagnostici e terapeutici, in grado di «**spostare**» (e «*manipolare*» ?) più in **avanti** (o più **indietro**) il **confine** che separa la vita dalla morte.

### 3. Autodeterminazione e limiti etici

- L'allungamento della *vita media* e la *medicina tecnologica* impongono da un lato maggiore attenzione ai «**limiti etici**», ai valori e ai principi *morali* rivendicati dalla **Bioetica** (termine coniato nel **1970** dall'oncologo USA *Van Rensselaer*). Dall'altro, la cultura prevalente porta ad ampliare il *perimetro* della **salute «edonistica»**, intesa come migliore qualità della vita nella sua dinamica meramente *biologica*.
- Vengono così a confrontarsi e (possibilmente) ad **armonizzarsi** due diverse concezioni: quella tradizionale che attribuisce **valore sacro** al mistero della vita, non disponibile e **non negoziabile** neppure da parte dell'interessato; e quella che, secondo l'impostazione **laica** propria della Costituzione, ricomprende nel principio di **autodeterminazione**, quale massima espressione della **libertà personale inviolabile**, anche la piena disponibilità della **vita**.
- Peraltro, sulla questione «**staccare o no la spina**», la stessa dottrina della Chiesa cattolica ora richiamata da *Papa Francesco*, pur riaffermando la «**intangibilità**» della vita, sostiene che il malato non va abbandonato, «ma è **moralmente lecito** rinunciare alle cure se non sono **proporzionate**».

## 4. Individuo e «valore sociale» della persona

- L'**individuo** (indivisibile, separato) diventa **persona** e acquista «valore sociale» nel *relazionarsi* con gli altri consociati; da qui il dovere di restare in vita e in *buona salute*, non solo per sé ma in quanto parte della *collettività* (art.32 Cost.).
- Il principio **individualistico** sul quale si fonda il «**diritto a morire**», è cardine della Costituzione e del «**diritto vivente**» (e perciò privilegiato dalla legge sul biotestamento), in quanto è l'uomo e non lo Stato *al centro* della vita sociale.
- Così si esprime **l'ordinanza** di legittimità costituzionale del 14.01.2018, emessa dalla **Corte d'assise di Milano** nel processo a carico di *Marco Cappato*, imputato del reato di cui *all'art. 580 c.p. (istigazione o aiuto al suicidio)* per «aver **rafforzato** il proposito suicidario di *Antoniani Fabiano* (detto Fabo) e di averne **agevolato** il suicidio, verificatosi in Svizzera il 27.02.2017».

## 5. Nuovi spazi di libertà e «abusi»

- La citata eccezione di legittimità costituzionale sollevata dalla Corte milanese si pone sostanzialmente in *contrasto* con la collaudata più tradizionale giurisprudenza della **Corte di Cassazione**. Infatti, secondo diverse sentenze di legittimità, sul piano costituzionale non sussiste **«nè un diritto a morire»**, nè la facoltà di **«scegliere la morte piuttosto che la vita»**.
- Di conseguenza, **il suicidio**, pur non essendo punito in sé, **«costituisce pur sempre una scelta moralmente non condivisibile»**.
- È noto in ogni caso che l'apertura a nuovi **spazi di libertà** apre inevitabilmente anche a tentazioni e **abusi**. Pertanto, il rispetto della **volontà assoluta** (o quasi) del paziente reclama nel contempo un più profondo senso di **responsabilità etica** (la coscienza interiore evocata da *Kant*) e **giuridica**, in attuazione del principio di **solidarietà sociale** di cui *all'art. 2 Cost.*

## 6. Riferimenti costituzionali

- La *legge 219 (art. 1)* ribadisce che, come del resto praticato da anni (anche se spesso in modo *sbrigativo*), «nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo di **consenso libero e informato** della persona interessata».
- A tale scopo sono richiamati i principi cardine della **Costituzione**: - **art. 2** «La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo»; - **art. 13** «La libertà personale è inviolabile»; - **art. 32** «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività». «Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge».
- La **Repubblica**, costruita dal basso dalle **formazioni sociali** e dalle diverse istituzioni, «**riconosce**» i diritti connaturati **intrinseci** a ogni uomo come **persona** e li «**tutela**» attraverso le regole giuridiche.
- La **salute** è diritto «**fondamentale**» dell'individuo, nonché «**interesse della collettività**»; il rispetto della dignità e della libertà personale non consente «**trattamenti sanitari obbligatori**», salvo che in forza di legge.



## 7. Carta dei diritti Ue e Cedu

- La legge (*art.1*) richiama anche i seguenti principi dettati dalla **Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea** (Nizza 2000 e Strasburgo 2007) : - **art.1** «La **dignità umana** è inviolabile»; - **art.2** «Ogni persona ha diritto alla **vita**»; - **art.3** «Ogni persona ha diritto alla propria **integrità fisica e psichica**». «Nell'ambito della medicina e della biologia devono essere in particolare rispettati: a) il **consenso libero e informato** della persona interessata»...
- Appare utile inoltre citare i seguenti principi della **Convenzione per i diritti dell'uomo (CEDU)**, Roma 1950, ratificata in Italia con legge n. 848/1955): - **art. 2** «Diritto alla vita»; - **art. 8** «Diritto al rispetto della vita privata e familiare».
- Le norme citate, di rango **sub-costituzionale** nel quadro delle *fonti* del diritto, sono vincolanti in forza dell'**art. 10 Cost.** («L'ordinamento giuridico italiano **si conforma** alle norme del diritto internazionale generalmente riconosciute»).

## 8. Consenso informato: definizione

- Le **DAT** sono finalmente disciplinate, ormai per legge, come una sorta di «**anticipazione**» del consenso informato, inteso quale presupposto necessario per procedere a qualunque trattamento medico, a sua volta inquadrato nella «**relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico**».
- Tale *relazione* si basa appunto sul consenso informato «*nel quale si incontrano l'**autonomia decisionale** del paziente e la competenza, l'**autonomia professionale** e la **responsabilità** del medico*».
- Secondo l'art. 1, co. 3 della legge «*Ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere **informata in modo completo**, aggiornato e a lei **comprensibile** riguardo alla **diagnosi**, alla **prognosi**, ai benefici e ai **rischi** degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle **possibili alternative** e alle **conseguenze** dell'eventuale **rifiuto** del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della **rinuncia** ai medesimi*».

## 9. Rifiuto di accertamenti diagnostici o di trattamenti sanitari

- In base al consenso informato, **documentato in forma scritta** o equipollente (*videoregistrazioni* o altri idonei *dispositivi* di comunicazione) e inserito nella cartella clinica e nel **fascicolo elettronico**, «ogni persona capace di agire 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» (art. 1, co. 5 della legge).
- La stessa persona *interessata* (generalmente «**paziente**») ha inoltre «il diritto di **revocare** in qualsiasi momento il consenso prestato, anche quando la **revoca** comporti l'**interruzione** del trattamento».
- In base alla stessa legge «sono considerati **trattamenti sanitari** la **nutrizione artificiale** e l'**idratazione artificiale**, in quanto somministrazione, su **prescrizione medica**, di **nutrienti** (**sostegni vitali** o piuttosto **cure** per atto medico?) mediante **dispositivi medici**».

## **10. Rinuncia o rifiuto di trattamenti salvavita**

- L'art. 1, co. 5 della legge stabilisce che «qualora il paziente esprima la **rinuncia** o il **rifiuto** di trattamenti sanitari necessari alla propria **sopravvivenza**, il medico prospetta al paziente e, se questi acconsente, ai suoi familiari, le **conseguenze** di tale decisione e le **possibili alternative** e promuove ogni **azione di sostegno** al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza **psicologica**».
- È in ogni caso fatta salva «la possibilità per il paziente di **modificare** la propria volontà; l'**accettazione**, la **revoca** e il **rifiuto** sono annotati nella cartella clinica e nel **fascicolo sanitario elettronico**».

# 11. Obbligo del medico di rispettare il rifiuto

- Per l'art. 1, co. 6 della legge «il medico **è tenuto** a rispettare la **volontà espressa** dal paziente di **rifiutare** il trattamento sanitario o di **rinunciare** al medesimo, e in conseguenza di ciò, è **esente da responsabilità** civile o penale» (per il rispetto delle **DAT**, v. art. 4, co. 5).
- La legge precisa inoltre che in ogni caso «il paziente **non può esigere** trattamenti sanitari **contrari a norme di legge**, alla **deontologia professionale** o alle **buone pratiche** clinico-assistenziali; a fronte di tali richieste, il medico non ha obblighi professionali».
- Il successivo co. 7 precisa poi che «nelle situazioni di **emergenza** o di **urgenza** il medico e i componenti dell'**equipe sanitaria assicurano le cure necessarie**, nel rispetto della **volontà** del paziente ove le sue condizioni cliniche e le circostanze consentano di **recepirla**».
- Pertanto, nei casi di richieste di trattamenti ritenuti «**non esigibili**» e nel caso di impossibilità di «**recepire**» le volontà del paziente, il medico è tenuto ad **astenersi** dall'intervenire, secondo «**scienza e coscienza**».

## 12. Policy delle strutture sanitarie

- La legge dispone che «ogni **struttura sanitaria pubblica o privata** garantisce con proprie modalità organizzative (**policy-regolamento**) la piena e corretta attuazione dei principi di cui alla presente legge, assicurando l'**informazione** necessaria ai pazienti e l'adeguata **formazione** del personale». Si tratta quindi di definire e indicare precise **Direttive** etiche e legali in tema di accompagnamento nel fine-vita.
- Va inoltre rilevato che, in caso di «omissione» e/o «insufficienza» o «inidoneità» formale del **consenso informato**, la giurisprudenza consolidata attribuisce la **responsabilità colposa risarcitoria** (per violazione di obbligazioni da «**contratto**» o da «**contatto**»), oltre che a carico dei singoli operatori (per **malpractice**) , anche nei confronti diretti delle strutture sanitarie (per «**malasanità**»): v., sul punto, Sent. Cass. Pen. n. 50975 dell'8.11.2017.
- Pertanto, al fine di consolidare le singole competenze e le connesse responsabilità, «la formazione **iniziale e continua** dei medici e degli altri esercenti le **professioni sanitarie** comprende la formazione in materia di **relazione** e di **comunicazione** con il paziente, di **terapia del dolore** e di **cure palliative**».

## **13. Cure palliative**

- L'art. 2 della legge detta disposizioni in materia di **terapia del dolore**, di divieto di **ostinazione irragionevole** nelle cure e di rispetto assoluto della **dignità** (del paziente) **nella fase finale della vita**.
- Per realizzare le suddette nobili finalità, il medico, «avvalendosi di mezzi appropriati allo stato del paziente, deve **adoperarsi per alleviarne le sofferenze**, anche in caso di **rifiuto** o di **revoca** del consenso al trattamento sanitario indicato dal medico».
- Considerato che nella **medicina palliativa** si intrecciano *amore e tecnologia*, ad es. con l'uso di analgesici, è prescritto che sia «sempre garantita un'appropriata **terapia del dolore**, con il coinvolgimento del medico di medicina generale e l'erogazione delle **cure palliative** (dal latino *pallium*, mantello, velo, curare in apparenza per coprire provvisoriamente il male) di cui alla **legge 15 marzo 2010, n. 38**».

## **14. Divieto di accanimento terapeutico**

- In base all'art. 2, co. 2 della legge «nei casi di paziente con **prognosi infausta** a breve termine o di **imminenza di morte**, il medico **deve astenersi** da ogni **ostinazione irragionevole** nella somministrazione delle cure e dal ricorso a **trattamenti inutili o sproporzionati**».
- Pertanto, il medico deve evitare qualsiasi tipo di «**accanimento terapeutico**» volto al solo scopo di prolungare inutilmente e *artificialmente* la **vita** (non più *dignitosa*) del paziente che si trova nelle condizioni sopra indicate.
- Tuttavia, «in presenza di **sofferenze refrattarie** ai trattamenti sanitari, il medico può ricorrere alla **sedazione palliativa profonda continua** in associazione con la **terapia del dolore**, con il consenso del paziente».
- La **sedazione** palliativa profonda continua (da non confondere con il «**suicidio assistito**») o il **rifiuto** della stessa «sono motivati e sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico».



## 15. Minori e incapaci

- Ai sensi dell'art. 3 della legge «il **consenso informato** al trattamento sanitario del minore è **espresso o rifiutato** dagli esercenti la **responsabilità genitoriale** o dal **tutore** tenendo conto della volontà della persona minore, in relazione alla sua età e al suo grado di maturità, e avendo come scopo la tutela della salute **psicofisica** e della vita del minore nel pieno rispetto della sua **dignità**».
- Per la persona **interdetta** il consenso è espresso o rifiutato dal **tutore**, mentre per la persona **inabilitata** il consenso è espresso dalla medesima persona. Inoltre, nel caso in cui sia stato nominato un **amministratore di sostegno**, il consenso informato è espresso o rifiutato anche da quest'ultimo.
- Se i suddetti rappresentanti legali **rifiutino** le cure proposte e «il medico ritenga invece che queste siano **appropriate e necessarie**, la decisione è rimessa al **giudice tutelare** su ricorso del rappresentante legale [...] o del medico o del rappresentante legale della **struttura sanitaria**».

## 16. Disposizioni anticipate di trattamento (DAT)

- Le disposizioni più innovative della legge sono contenute nell'**art. 4**, che attribuisce a «Ogni **persona maggiorenne e capace** di intendere e di volere, **in previsione** di un'eventuale futura **incapacità** di **autodeterminarsi** e dopo avere acquisito **adeguate informazioni mediche** sulle conseguenze delle sue scelte, ha la **facoltà** di esprimere – attraverso le **DAT** – le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il **consenso** o il **rifiuto** rispetto ad accertamenti **diagnostici** o **scelte terapeutiche** e a singoli trattamenti sanitari».
- Nelle **DAT** l'interessato indica «una persona di sua fiducia (**fiduciario**), che ne faccia le veci e lo **rappresenti** nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie». «Il fiduciario deve essere persona **maggiorenne** e **capace** di intendere e di volere»; egli deve accettare la nomina (**revocabile**, pur senza motivazione) **sottoscrivendo le DAT**. L'accettazione è possibile anche con atto successivo, e altrettanto dicasi per la **rinuncia** alla nomina, da comunicare al *disponente*.
- Se le **DAT** non contengono l'indicazione del fiduciario o quando questi venga a mancare, le **DAT** restano comunque **efficaci**; ma in caso di necessità «**il giudice tutelare**» provvede alla nomina di un *amministratore di sostegno*.

## 17. Obbligo di rispetto delle DAT

- Come si è già rilevato in merito all'obbligo generale del medico di rispettare il **rifiuto** o la **rinuncia** del paziente alle cure (v. punto **8**), in base all'art. 4, co. 5 della legge «*il medico è tenuto (anche) al rispetto delle DAT*».
- Tuttavia queste ultime disposizioni «*possono essere disattese, in tutto o in parte, dal medico stesso, in accordo con il fiduciario, qualora esse appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente ovvero sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita*».
- La legge prescrive al riguardo che «*nel caso di conflitto tra il fiduciario e il medico*», la decisione è rimessa al **giudice tutelare**.

## 18. Redazione e annotazione delle DAT

- Il citato *art. 4* prescrive minuziosamente le *formalità* delle **DAT** che «devono essere **redatte per atto pubblico** (essendo **validi** anche i documenti simili **in precedenza** depositati in comune o presso un notaio) o per **scrittura privata autenticata**, ovvero per **scrittura privata consegnata personalmente dal disponente presso l'ufficio dello stato civile del Comune di residenza del disponente medesimo**».
- Nel caso in cui le **Regioni** adottino e regolamentino modalità **telematiche** di gestione dei dati del singolo iscritto al Servizio sanitario nazionale, l'ufficio dello stato civile competente «**provvede all'annotazione** (delle **DAT**) **in apposito registro, ove istituito, oppure presso le strutture sanitarie**».
- Le **DAT** inoltre possono essere espresse, rinnovate, modificate e revocate in ogni momento anche «**attraverso videoregistrazione** o **dispositivi che consentano alla persona con disabilità di comunicare**».
- Le **DAT** sono peraltro «**esenti dall'obbligo di registrazione, dall'imposta di bollo e da qualsiasi altro tributo, imposta, diritto e tassa**».

## **19. Contenuto delle DAT**

- Attraverso le **DAT** il dichiarante indica con chiarezza se, in caso di eventuale sopravvenuta **incapacità** di intendere e di volere permanente e di malattia allo **stato terminale** e/o di malattia che costringa a trattamenti permanenti con **macchine** e/o **sistemi artificiali** che impediscano una possibile *vita di relazione*, **intende** o **non intende** essere sottoposto a determinati trattamenti.
- Tali indicazioni riguardano in particolare anche gli **interventi** «di **sostegno vitale**» quali l'**alimentazione**, l'**idratazione** e la **ventilazione artificiale**.
- Le **DAT** dovrebbero anche esprimere la volontà del dichiarante in merito alle **terapie** finalizzate ad **alleviare** le sue sofferenze.
- Infine, il dichiarante («*testatore*») può esprimere anche la propria volontà in caso di morte, ad es. sui funerali, sull'**assistenza religiosa** o sulla eventuale **donazione di organi**.

## 20. Pianificazione condivisa delle cure

- A prescindere dalle **DAT**, l'art. 5 della legge prevede la possibilità di realizzare «una **pianificazione delle cure condivisa** tra il paziente e il medico, alla quale il medico e l'equipe sanitaria sono **tenuti ad attenersi** qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di **incapacità**».
- Tale pianificazione risulta medicina **eticamente** necessaria «in presenza delle conseguenze di una **patologia cronica e invalidante** o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con **prognosi infausta**».
- In ogni caso **familiari** e **parenti** sono adeguatamente **informati** «in particolare sul possibile evolversi della patologia in atto, su quanto il paziente può realisticamente attendersi in termini di **qualità della vita**, sulle possibilità cliniche di intervenire e sulle **cure palliative**».
- Peraltro «la **pianificazione delle cure** può essere **aggiornata** con riguardo al progressivo **evolversi** della malattia, su richiesta del paziente o su suggerimento del medico».

## 21. Né eutanasia né suicidio assistito

- La legge attribuisce principalmente al **medico** – d'intesa con la volontà del paziente o del fiduciario – l'onere di stabilire se sussistono le condizioni concrete della **permanenza di vita** e se sono o non sono ravvisabili aspettative di **miglioramento** dello stato di malattia.
- Come già si è rilevato, dato che la **medicina tecnologica** amplifica le potenzialità e gli *scenari di cura*, la **bioetica** richiede a sua volta soluzioni «**umane**» nuove per nuovi *dilemmi*. Essa perciò promuove l'etica del «**limite**» e la «*buona medicina*», senza **derive eutanasiche** per anticipare la morte e senza **ostinazione terapeutica** per accanirsi inutilmente contro la morte.
- Di conseguenza, neppure attraverso il biotestamento può essere legittimata l'**eutanasia** (morte dolce), pur nei limiti dell'**eutanasia passiva** o nella forma di **suicidio assistito**. Nei casi limite servirà piuttosto una maggiore *sollecitudine* degli operatori verso le terapie del dolore e delle cure, per «*accompagnare*», con la dovuta «**pietas**», i pazienti più bisognosi e vulnerabili.

## 22. Obiezione di coscienza

- Mentre la **legge n. 194/1978** (art. 9) sull'interruzione volontaria della gravidanza consente al personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie di sollevare **obiezione di coscienza** nei confronti dell'**aborto**, la legge sul biotestamento non prevede espressamente la stessa «**facoltà**».
- Comunque, la legge 219, oltre ad escludere ogni *responsabilità* del medico quando egli rispetta l'espresso *rifiuto* delle cure, esonera il medico stesso da **obbligazioni professionali** anche nei casi in cui il paziente richieda le già indicate prestazioni **non esigibili**.
- Sta di fatto però che alcuni medici cattolici annunciano «**obiezione**»; in previsione dunque dell'insorgere di **conflitti e di contrasti** interpretativi circa *l'appropriatezza e la congruità* delle cure, la legge affida la decisione «**supplente**» al giudice tutelare. Ma, date le note lungaggini dei tribunali, chi mai potrà garantire la tempestività della giustizia nei casi **emergenziali** e urgenti indicati *nell'art. 1, co. 7* della legge?



## 23. Responsabilità degli operatori sanitari

- La legge 219 è frutto di un equilibrato *compromesso* tra il diritto a **rifiutare** le cure e il divieto dell'**abbandono** sanitario dei malati terminali (sui quali forse non conviene spendere ?). I punti critici potrebbero avere comunque valida soluzione attraverso il recupero di una piena «**relazione di cura**», idonea tra l'altro a sconfiggere la piaga della «**medicina difensiva**».
- Resta in ogni caso ferma la **responsabilità** (civile, penale e disciplinare) degli operatori sanitari. Ciò anche a seguito della legge *Gelli Bianco* **8.03.2017, n.24**, che ha rivisto la legge *Balduzzi* n. 189/2012 e ha introdotto l'**esimente** connessa all'osservanza delle **linee guida** applicate nel corso del trattamento della specifica patologia considerata.
- Si segnala tuttavia al riguardo la *Sentenza del 22 febbraio 2018, n. 8770*, con la quale le **Sezioni unite della Cassazione** hanno definito il perimetro della nuova disciplina relativa alla responsabilità sanitaria, stabilendo tra l'altro che anche «*l'osservanza delle linee guida non esclude la colpa da **imperizia**, qualora abbia causato l'evento avverso*».