

Forum

La legge n. 219 del 2017, Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento

Introduzione: la legge 219 fra conferme e novità

Carlo Casonato

Professore ordinario di diritto costituzionale comparato, Università degli Studi di Trento. Mail: carlo.casonato@unitn.it

Da alcuni anni, questa *Rivista* cerca di seguire i principali avvenimenti italiani, stranieri e internazionali in tema di biodiritto. La inaspettata approvazione della legge n. 219 del 2017 in materia di consenso e disposizioni anticipate di trattamento non poteva quindi essere trascurata. Se è vero che tale disciplina non introduce formalmente (in riferimento al *law in the books*) contenuti rivoluzionari all'interno dell'ordinamento italiano, essa presenta comunque una serie di profili che paiono destinati a incidere profondamente nella sostanza (nel *law in action*) della relazione di cura.

I principi in tale materia erano fino a ieri rintracciabili, in Italia, solo nella giurisprudenza e nei codici deontologici di alcune professioni sanitarie, medica e infermieristica in particolare. È di oltre dieci anni fa, in materia di consenso, ad esempio, la sentenza della Corte di Cassazione che ha disposto come «la salute dell'individuo non possa essere oggetto di imposizione autoritativo-coattiva. Di fronte al rifiuto della cura da parte del diretto interessato, c'è spazio [...] per una strategia della persuasione, perché il compito dell'ordinamento è anche quello di offrire il supporto della massima solidarietà concreta

nelle situazioni di debolezza e di sofferenza [...]. Ma allorché il rifiuto [sia autentico, informato e attuale] non c'è possibilità di disattenderlo in nome di un dovere di curarsi come principio di ordine pubblico» (prima sezione civile, n. 21748 del 16 ottobre 2007). Poco più di un anno dopo, era la stessa Corte costituzionale a confermare che «il consenso informato, inteso quale espressione della consapevole adesione al trattamento sanitario proposto dal medico, si configura quale vero e proprio diritto della persona e trova fondamento nei principi espressi nell'art. 2 della Costituzione, che ne tutela e promuove i diritti fondamentali, e negli artt. 13 e 32 della Costituzione, i quali stabiliscono, rispettivamente, che «la libertà personale è inviolabile», e che «nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge»» (sentenza n. 438 del 23 dicembre 2008).

Il codice di deontologia medica, a partire dal testo del 1998, richiama la stessa logica fino alla versione odierna in cui è stabilito che il «medico non intraprende né prosegue in procedure diagnostiche e/o interventi terapeutici senza la preliminare acquisizione del consenso informato o in presenza di dissenso informato» (art. 35). Più attento ai concreti e specifici profili della relazione, il codice dell'infermiere prevede che il professionista «orienta la sua azione al bene dell'assistito di cui attiva le risorse sostenendolo nel raggiungimento della maggiore autonomia possibile» (art. 7). E di più, l'infermiere «ascolta, informa, coinvolge l'assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e facilitarne nell'esprimere le proprie scelte».

Anche in materia di disposizioni anticipate di trattamento, al di là della definizione adottata, le coordinate della disciplina vengono dalla nuova legge confermate e semmai precisate. Se

il principio fondante era già presente nella stessa sentenza della Cassazione citata, anche in questo caso la deontologia fornisce un quadro coerente relativo al fatto che il «medico tiene conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento espresse in forma scritta, sottoscritta e datata da parte di persona capace e successive a un'informazione medica di cui resta traccia documentale» (art. 38 del codice di deontologia medica) e che «l'infermiere, quando l'assistito non è in grado di manifestare la propria volontà, tiene conto di quanto da lui chiaramente espresso in precedenza e documentato» (art. 37 del codice di deontologia dell'infermiere).

In riferimento alla sostanza della relazione di cura, uno dei profili più innovativi della legge 219 è forse quello relativo alla pianificazione condivisa (art. 5). Se anche in Italia, la maggior parte dei decessi non avviene in modo improvviso, ma a seguito dell'aggravarsi di una malattia già diagnosticata, tale procedura permette che molti malati, informati della propria condizione specifica, possano gestire in maniera consapevole le fasi della propria patologia e l'adesione ai trattamenti proposti.

In sintesi, la legge 219 pare complessivamente confermare e precisare a livello legislativo una serie di principi già esistenti in diversi formanti dell'ordinamento, oltre che introdurre alcuni (pochi) di nuovi. Nonostante questo, la normativa è stata oggetto di critiche più o meno decise. Nello spirito della presente *Rivista*, si è quindi deciso di aprire un dibattito quanto più possibile plurale sia sul significato complessivo della legge, sia sulle singole disposizioni; dibattito di cui si riportano nel seguente *Forum* le principali posizioni.