



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI BARI
ALDO MORO



DIPARTIMENTO JONICO IN SISTEMI
GIURIDICI ED ECONOMICI DEL MEDITERRANEO
SOCIETÀ, AMBIENTE, CULTURE
IONIAN DEPARTMENT OF LAW, ECONOMICS
AND ENVIRONMENT

ANNO V ANNALI 2017 DEL DIPARTIMENTO JONICO

ESTRATTO

GIUSEPPE LOSAPPIO

In dat fit interpretatio? La cruna dell'ago
della nuova legge sulle disposizioni anticipate
di trattamento



DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

Bruno Notarnicola

DIRETTORE DEGLI ANNALI

Nicola Triggiani

COMITATO DIRETTIVO

Nicola Triggiani, Paolo Pardolesi, Giuseppe Tassielli, Danila Certosino, Laura Costantino,
Nicola Fortunato, Patrizia Montefusco, Angelica Riccardi, Maurizio Sozio

COMITATO SCIENTIFICO

Maria Teresa Paola Caputi Jambrenghi, Domenico Garofalo, Francesco Mastroberti,
Bruno Notarnicola, Riccardo Pagano, Nicola Triggiani, Antonio Felice Uricchio,
Massimo Bilancia, Annamaria Bonomo, Daniela Caterino, Gabriele Dell'Atti, Michele Indellicato,
Ivan Ingravallo, Antonio Leandro, Giuseppe Losappio, Pamela Martino,
Francesco Moliterni, Maria Concetta Nanna, Fabrizio Panza, Paolo Pardolesi,
Giovanna Reali, Paolo Stefani, Laura Tafaro, Giuseppe Tassielli, Umberto Violante

RESPONSABILE DI REDAZIONE

Patrizia Montefusco

Contatti:

Prof. Nicola Triggiani
Dipartimento Jonico in Sistemi Giuridici ed Economici del Mediterraneo: società, ambiente, culture
Via Duomo, 259 - 74123 Taranto, Italy
E-mail: annali.dipartimentojonico@uniba.it
Telefono: + 39 099 372382
Fax: + 39 099 7340595
<http://edizionidjsge.uniba.it/>

VITA ACCADEMICA

Giuseppe Losappio

IN DAT FIT INTERPRETATIO?
LA CRUNA DELL'AGO DELLA NUOVA LEGGE
SULLE DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO

1. Il 14 dicembre 2017, il Senato (180 voti favorevoli, 71 contrari e 6 astenuti), dopo un iter parlamentare lungo e articolato, ha definitivamente approvato il disegno di legge sul “*consenso informato*” e le “*disposizioni anticipate di trattamento*” (DAT). Il testo si compone di 8 articoli che, per un verso, declinano la “materia” costituzionale sui rapporti tra vita, libertà, salute e cure, (soprattutto) riconoscendo (o riformulando) diritti/doveri del paziente e del medico, per l'altro, regolano aspetti specifici di questo rapporto (§§ 2-5).

2. La nuova legge riconosce:

- il principio che la relazione tra paziente – medico, i cui elementi costitutivi sono la finalità di cura e la fiducia, si basa sul consenso informato, crocevia dell'autonomia decisionale del paziente e della competenza, dell'autonomia e delle responsabilità professionali del medico (sia che agisca da solo che in equipe).

- il diritto (nel limite dei casi espressamente previsti di “presidi” terapeutici/diagnostici obbligatori) alla piena/integrale e permanente libertà del trattamento sanitario, che non può essere iniziato e *nemmeno proseguito* senza il consenso libero e informato del paziente (art. 1, comma 1);

- il diritto di non soffrire o di soffrire il meno possibile e il diritto alla terapia del dolore ed ai trattamenti palliativi;

- il diritto di ogni uomo di esprimere 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, ivi comprese la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale (che ai fini della stessa legge sono considerate appunto cure/trattamenti sanitari).

3. La legge riconosce nel principio del consenso informato un cardine “assiologico” (non pare una qualificazione enfatica) della relazione di cura con il

medico. In ogni caso, è comune a diversi commentatori la considerazione relativa alla centralità che la legge conferisce al consenso informato, «estesa sino alla libertà del paziente di lasciarsi morire attuata attraverso il consapevole rifiuto di farsi curare», anche se – ha precisato taluno – non si tratterebbe affatto dell’affermazione di «un inesistente *diritto di morire*, quanto la formalizzazione di un diritto di rifiutare *tutte* le cure (anche vitali)»¹.

3.a. A valle, la legge riconosce al paziente il diritto incondizionato ad una informazione integrale e fruibile, nel quale si possono cogliere quattro profili:

- il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute mediante un’informazione completa, aggiornata e comprensibile circa diagnosi, prognosi, benefici e rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari che il medico intende attuare;

- il diritto di conoscere le alternative terapeutiche e le conseguenze dell’eventuale rifiuto o della rinuncia del trattamento sanitario e dell’accertamento diagnostico;

- il diritto di non conoscere e quindi di rifiutare, in tutto o in parte, le informazioni;

- il diritto di indicare familiari o persona di fiducia incaricati di ricevere le informazioni e di esprimere il consenso in luogo del paziente stesso;

3. b. La legge regola la forma (3.b.1.), i limiti di validità del consenso (3.b.2), forme e contenuti nel caso di particolari patologie (3.b.3.).

3.b.1. La legge stabilisce che il consenso informato dev’essere acquisito nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni e alle disabilità del paziente². In ogni caso, il consenso è documentato in forma scritta o attraverso videoregistrazioni e, comunque acquisito, è inserito nella cartella clinica e nel

¹ Cupelli, 2017, p. 127.

² La legge regola le modalità di espressione o rifiuto del consenso per i soggetti minori e incapaci con l’obiettivo di realizzare il massimo coinvolgimento possibile dei diretti interessati, di tutelarne la salute psicofisica, la vita e la dignità. Il consenso viene prestato o rifiutato dagli esercenti la potestà genitoriale o dal tutore, per quanto riguarda i minori; dal tutore, nel caso di soggetto interdetto (che viene tuttavia consultato, ove possibile) e, nelle ipotesi di inabilitazione, dallo stesso inabilitato. Nel caso sia stato nominato un amministratore di sostegno, la cui nomina preveda l’assistenza necessaria ovvero la rappresentanza esclusiva in ambito sanitario, il consenso sarà espresso o rifiutato anche dall’amministratore o solo da questi, tenendo conto della volontà del beneficiario, in relazione al suo grado di capacità di intendere e di volere.

fascicolo sanitario-elettronico (dove presente). La legge precisa che il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura.

3.b.2 Nelle forme appena indicate, il paziente ha diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento. Il diritto sussiste anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento.

3.b.3. Nel caso di patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta, il paziente (e, con il suo consenso, i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di sua fiducia) sono adeguatamente informati sul possibile decorso, sulle realistiche prospettive in termini di qualità della vita, sulle possibilità cliniche di intervenire e sulle cure palliative.

4. La nuova legge sancisce che il medico deve adoperarsi per alleviare le sofferenze del paziente, anche nel caso in cui rifiuti le cure o decida di non proseguirle. È sempre garantita un'appropriata terapia del dolore e l'erogazione delle cure palliative (l. 38/2010). Nei casi di prognosi infausta a breve termine o di imminenza della morte, il medico deve astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati. In presenza di sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari, il medico può ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore.

5. Nel caso di patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta, medico e paziente possono realizzare una pianificazione delle cure condivisa cui il medico e l'équipe 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. La pianificazione delle cure può essere aggiornata al progressivo evolversi della malattia, su richiesta del paziente o su suggerimento del medico.

6. Il fulcro della nuova legge sono le “disposizioni anticipate di trattamento”. Le DAT, riservate ad ogni persona maggiorenne, capace di intendere e di volere e adeguatamente informata, consistono in una manifestazione di volontà in ordine ai trattamenti sanitari, al consenso e al rifiuto di accertamenti diagnostici, scelte terapeutiche e singoli trattamenti sanitari per il caso di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi. Con le DAT viene indicato un “fiduciario” che farà le veci del dichiarante rappresentandolo nelle relazioni con il medico e con le strutture

sanitarie³. Il medico è tenuto al rispetto delle DAT, che possono essere disattese, in tutto o in parte, in accordo con il fiduciario, solo in quattro casi:

- qualora appaiano palesemente incongrue;
- qualora non corrispondano alla condizione clinica attuale del paziente;
- qualora sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione in grado di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita.

A prescindere dall'opinione del fiduciario, il medico non ha l'obbligo (anzi, sembra configurarsi un dovere di rifiuto) di dare corso alle disposizioni del paziente concernenti trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali.

La legge, inoltre, regola il caso che medico e fiduciario non concordino sul da farsi. La decisione è rimessa al giudice tutelare su ricorso del rappresentante legale, della persona interessata (e degli altri soggetti di cui all'art. 406 c.c.), del medico o del rappresentante legale della struttura sanitaria⁴.

Sono due le regole che "chiudono" la disciplina delle DAT:

- l'obbligo del medico di «rispettare la volontà espressa dal paziente» di rifiutare o rinunciare al trattamento sanitario salvo che le disposizioni del paziente riguardino trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali (es. protocolli – si pensi ai casi Stamina o Di Bella, privi di accreditamento scientifico). Il medico che (entro questi limiti) esegue (o non esegue) le DAT è «esente da responsabilità civile o penale».

³ Il fiduciario deve essere una persona maggiorenne e capace di intendere e di volere. L'accettazione della nomina da parte del fiduciario avviene attraverso la sottoscrizione delle DAT o con atto successivo, che è allegato alle DAT. Al fiduciario è rilasciata una copia delle DAT. Il fiduciario può rinunciare alla nomina con atto scritto, che è comunicato al disponente. L'incarico del fiduciario può essere revocato dal disponente in qualsiasi momento, con le stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione. Nel caso in cui le DAT non contengano l'indicazione del fiduciario o questi vi abbia rinunciato o sia deceduto o sia divenuto incapace, le DAT mantengono efficacia in merito alle volontà del disponente. In caso di necessità, il giudice tutelare provvede alla nomina di un amministratore di sostegno, ai sensi del capo I del titolo XII del libro I del codice civile.

⁴ Le DAT devono essere redatte per atto pubblico o per scrittura privata autenticata ovvero per scrittura privata consegnata personalmente dal disponente presso l'ufficio dello stato civile del comune di residenza del medesimo dichiarante. In questo caso, l'ufficio provvede all'annotazione in apposito registro. La consegna può essere effettuata anche presso le strutture sanitarie delle regioni che adottano modalità telematiche di gestione della cartella clinica o del fascicolo sanitario elettronico o altre modalità informatiche di gestione dei dati del singolo iscritto al Servizio sanitario nazionale. Nel caso in cui le condizioni fisiche del paziente non lo consentano, le DAT possono essere espresse attraverso videoregistrazione o, comunque, dispositivi che permettano alla persona con disabilità di comunicare. Con le medesime forme le DAT sono rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento. Nei casi in cui ragioni di emergenza e urgenza impedissero di procedere alla revoca delle DAT con le forme previste dai periodi precedenti, queste possono essere revocate con dichiarazione verbale raccolta o videoregistrata da un medico, con l'assistenza di due testimoni. Le DAT sono esenti dall'obbligo di registrazione, dall'imposta di bollo e da qualsiasi altro tributo, imposta, diritto e tassa. L'art. 6 sancisce che la legge (in part. l'art. 4) si applica anche ai documenti contenenti la volontà del malato circa i trattamenti sanitari già depositati presso il comune di residenza o davanti a un notaio prima della sua entrata in vigore.

- L'obbligo di «ogni struttura sanitaria pubblica o privata» di garantire «con proprie modalità organizzative la piena e corretta attuazione dei principi» della legge. Dev'essere altresì assicurata «l'informazione necessaria ai pazienti e l'adeguata formazione del personale».

7. In un ampio e articolato commento pubblicato sulla rivista *on line Penale contemporaneo*⁵ è stata apprezzata la buona qualità sul piano lessicale della legge, grazie sia all'adozione di un linguaggio comprensibile a medici e pazienti sia all'appropriatezza di alcune opzioni terminologiche, come quella, per esempio, di utilizzare l'espressione 'disposizioni' e già 'dichiarazioni' anticipate di trattamento. Si sottolineerebbe in questo modo che «le DAT non hanno un carattere meramente orientativo ma devono essere pienamente rispettate»⁶. Dallo stesso autore, sempre in chiave positiva è stato evidenziato che la legge non si limita a disegnare una disciplina sul testamento biologico, delineando piuttosto un «quadro coerente di tutta la relazione di cura, tendenzialmente conforme al diritto dei principi»⁷.

8. Forse è ancora prematura una valutazione riguardo alla conformazione delle circostanze nelle quali il medico, in accordo con il fiduciario, può disattendere, in tutto o in parte, le DAT: palese incongruità, non corrispondenza alla condizione clinica attuale del paziente ovvero sopravvenienza di terapie non prevedibili al momento in cui la DAT fu sottoscritta in grado di assicurare concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita. Senza dubbio si tratta di parametri piuttosto elastici – il primo, soprattutto – che acquisiscono il peso della responsabilità che, comunque, può gravare sul medico e sul fiduciario anche a prescindere da queste situazioni più controverse. Come dire: in *DAT fit interpretatio*. È appena il caso di osservare che medico e fiduciario – quasi fossero esecutori testamentari – dovrebbero orientarsi cercando di ricostruire con la massima fedeltà e precisione la volontà “vera” del “disponente”, ma è tutta da elaborare la questione sul significato giuridico di decisioni in cui l'interpretazione è stata orientata (anche se non deformata) da pre-comprensioni *pro-vita* o *pro-choice*.

A quest'ultima considerazione si collega il tema che ha tenuto banco nella discussione pubblica nei giorni immediatamente successivi all'approvazione della legge: per un verso, la mancanza di una previsione di “un” diritto (di obiezione di coscienza) del medico di rifiutare di dare corso ad una DAT che contrasti con le credenze etiche, morali o religiose cui aderisce, per l'altro, le previsioni, cui si è già fatto cenno, sui limiti di vincolatività delle DAT («trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali») che «ogni struttura sanitaria pubblica o privata garantisce con proprie

⁵ Cupelli, 2017, p. 123.

⁶ Canestrari, 2017 (cit. da Cupelli, 2017, p. 127).

⁷ Zatti, 2017, p. 3 (cit. da Cupelli, 2017, p. 127).

modalità organizzative la piena e corretta attuazione dei principi» della legge. L'*Avvenire*, in particolare, il quotidiano della Conferenza episcopale italiana si duole (pacatamente) del fatto che «il medico non potrà più invocare nessuna delle esenzioni previste dal testo di legge, e sarà chiamato ad eseguire» la volontà di sospensione delle cure «nonostante le sue convinzioni contrarie. Sarà pur vero – conclude il c.d. quotidiano dei Vescovi – «che nella pratica concreta casi simili saranno “risolti” con l’affidamento del paziente a un altro sanitario (anche della stessa struttura sanitaria) disposto ad agire conformemente alle richieste, ma è evidente che la mancanza di un’opzione di coscienza “vera”, cioè fondata su un diritto soggettivo del medico, è un punto dolente»⁸. Più acuta la reazione di Padre Virginio Beber, presidente dell’Associazione religiosa degli istituti socio-sanitari, che ha garantito «l’impegno di applicare rigorosamente la legge ... sulla DAT, salvo la facoltà» di non assumere «la responsabilità di assistere pazienti la cui dichiarazione anticipata di trattamento faccia presumere un conflitto difficilmente sanabile con il nostro fermo orientamento etico». Le maggiori resistenze riguardano la classificazione della idratazione e nutrizione quali cure e «non semplici elementi basilari di sostegno vitale». «Un dissenso – prosegue la nota di padre Beber – che non possiamo e non vogliamo sottacere» e che rappresenta per «un’opzione morale ovvia ed irrinunciabile», posto che la sospensione non giustificata di questi trattamenti «continuerà ad essere considerata ... un atto di eutanasia»⁹. Che corrisponda o meno al pensiero della Chiesa¹⁰, posta in questi termini, la questione non può essere risolta rilevando che non presenterebbe profili di peculiarità rispetto agli altri aspetti del consenso alle cure, perché è proprio questa classificazione della idratazione e nutrizione ad essere ritenuta controversa. Piuttosto, per evitare di cadere nelle consuete trappole del discorso pubblico di un paese massivamente secolarizzato ma ancora troppo poco laico, giova ragionare sui confini del problema: se le criticità davvero riguardano solo la sospensione della idratazione e della nutrizione, la non urgenza di questi interventi consente di ricalibrare il bilanciamento dei valori delineato dalla legge riconoscendo al medico di non eseguire atti che sono radicalmente in contrasto con le proprie credenze, senza alcun pregiudizio, se non transitorio, per il paziente, cui verrebbe imposto un “sacrificio” dei suoi diritti tollerabile (sempre che, nello specifico di ciascuna situazione, sia in effetti tale la misura del pregiudizio). Quello costituzionale è un «diritto mite»¹¹. Come insegna la Corte Costituzionale (proprio con riferimento all’art. 32) «tutti i diritti fondamentali tutelati dalla Costituzione si trovano in rapporto di integrazione reciproca e non è possibile pertanto individuare uno di essi che abbia la prevalenza assoluta sugli altri. La tutela deve essere sempre sistemica e non frazionata in una serie di norme non

⁸ <https://www.avvenire.it/attualita/pagine/biotestamento-cosa-prevede-la-nuova-legge>

⁹ http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=49933

¹⁰ Legittima i dubbi la lettura del messaggio che Papa Francesco ha indirizzato al meeting regionale europeo della *World medical association* sulle questioni del fine-vita (16 novembre 2017).

¹¹ Scontato il riferimento a Zagrebelsky, 1992.

coordinate ed in potenziale conflitto tra loro. Se così non fosse, si verificherebbe l'illimitata espansione di uno dei diritti, che diverrebbe "tiranno" nei confronti delle altre situazioni giuridiche costituzionalmente riconosciute e protette, che costituiscono, nel loro insieme, espressione della dignità della persona»¹².

Ben diversa è la situazione in cui, l'urgenza dell'intervento non consente rinvii o deleghe, ovvero, se il fuoco della discussione si spostasse dalla nutrizione-idratazione alla intubazione, ventilazione assistita (ecc.). In questo caso, la (pretesa) "obiezione di coscienza" del medico, che riceva o trovi una DAT¹³ precisa e incontrovertibile, rischia di frustrare irrimediabilmente la volontà del paziente e, quindi, non può trovare riconoscimento giuridico-positivo: il consenso fonda le cure; non si cura contro la volontà del paziente. Se il medico o una struttura – del SSN in particolare – non vogliono curare dovrebbero trarne le conseguenze sul piano etico ancora prima che legislativo-regolamentare.

9. Solo la fermezza della convinzione che non è cura l'attività terapeutica o diagnostica che, per qualsiasi ragione, il paziente non accetta, giustifica la preteritorietà dell'affermazione, che, per il resto, non ha certo la pretesa di dissipare la fitta linea d'ombra delle situazioni comprese tra l'urgenza e la non urgenza. Se la legislazione non è giurisdizione¹⁴, perché l'una delinea tipologie di fatti suscettibili di riferirsi ad una molteplicità di casi, mentre i casi della giurisdizione sono tanti quanti i fatti della vita, a maggior ragione la legislazione non è decisione, soprattutto, non è decisione degli *hard cases*, che sono tali proprio perché si collocano dove la "tipicità" sfuma e/o i valori che informano la regola entrano in frizione con altri riferimenti "meta-giuridici" innescando il rischio di applicazioni della legge "ingiuste".

Pensiamo al caso di un rianimatore che, convinto della possibilità di salvare il paziente, in stato di incoscienza, decida comunque di intubarlo, sebbene il fiduciario abbia presentato una D.A.T. nella quale era stata espresso con chiarezza il rifiuto del trattamento. Senza dubbio, nell'ipotesi non del tutto "scolastica" di un processo per lesioni dolose (tracheotomia), l'opzione della condanna sembra quella apparentemente più omogenea al profilo legale della fattispecie, mentre l'assoluzione presupporrebbe una "precomprensione" cui non sarebbe del tutto agevole fornire una "copertura"

¹² C. Cost. 9.4.2013 n. 85.

¹³ Un altro problema che si è già posto è se il medico ha l'obbligo di ricercare la DAT. Non è possibile una risposta semplice e universale a questo interrogativo. Molto dipende dall'urgenza dell'intervento. Un'affermazione più assertiva, in questa fase, sarebbero avventurose) criterio regolatore potrebbe essere che il medico deve astenersi dal considerare l'esistenza di una DAT se il presidio terapeutico/diagnostico salvavita richiede una rapidità di esecuzione incompatibile con questa indagine, così come del resto, in queste situazioni non è previsto il consenso informato. Il medico procederà con l'attività salvo che comunque venga a conoscenza della DAT e sempre che abbia il tempo per poterla ponderare. Altrimenti, se l'intervento salvavita non è di emergenza sarebbe opportuno che il medico svolga (o promuova), per quanto è possibile, qualche accertamento soprattutto nel caso in cui emergano indizi dell'esistenza di una DAT.

¹⁴ Incampo, 2012, 40.

giuridica. Da un lato la giustizia *praeter* (se non *contra*) *legem*, dall'altro legge senza giustizia.

È un'impasse, bene espressa dalle reazioni alle conclusioni rese dal Procuratore aggiunto di Milano, Tiziana Siciliano nel processo contro Marco Cappato, imputato del delitto ex art. 580 c.p. per avere accompagnato Fabiano Antoniani (*alias* DJ Fabo) presso la clinica svizzera *Dignitas*, dove era stato praticato il c.d. suicidio assistito: «Il compito del PM dovrebbe essere l'avvocato dell'accusa», ha premesso: «Io mi rifiuto. Sono il rappresentante dello Stato, ma lo Stato è anche Cappato. Rappresento lo Stato laddove non è stata applicata la legge, ma qui è diverso». Certo, molto diverso – si potrebbe chiosare – rispetto alla situazione in cui l'arbitraria diffusione in rete di video di contenuto erotico induca la vittima ad un gesto estremo. Non abbastanza diverso, tuttavia, per tranquillizzare chi, non senza qualche accento di esasperazione ha prospettato un'alternativa un po' grottesca: «Della due l'una: o siamo finiti nel paese collodiano di Acchiappacitrulli, dove la giustizia funziona a rovescia, oppure assistiamo all'apoteosi dell'ipocrisia dove un unico fatto storico – l'accompagnamento di Fabiano da parte di Cappato nella struttura svizzera – si trasforma in due fotografie diverse della stessa realtà, con l'intento di non fare scattare l'applicazione di una norma chiarissima, quella sull'aiuto al suicidio, che, come noto, non mira a proteggere l'autodeterminazione dell'aspirante suicida ma proprio ad evitare che atti autolesivi possano trovare il sostegno da parte di altri consociati»¹⁵. *Dura lex sed lex*, che evoca le «squame scintillanti come l'oro» su ciascuna delle quali rilucono valori millenari e la scritta 'tu devi!'¹⁶. Legge senza giustizia, in ogni caso.

Riferimenti bibliografici

Cupelli C. (2017). Libertà di autodeterminazione terapeutica e disposizioni anticipate di trattamento: i risvolti penalistici. Approvato in via definitiva dal Senato il disegno di legge recante “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento” (A.S. 2801), in *Diritto penale contemporaneo*, (12), p. 123.

Canestrari S. (2017). Una buona legge buona, in *Riv. it. med. leg.*, (in cdp)

Incampo A. (2012), *Filosofia del dovere giuridico*, Bari: Cacucci

Nietzsche F. (1885), *Also sprach Zarathustra. Ein Buch für Alle und Keinen*, trad. it. (1985), *Così parlò Zarathustra. Un libro per tutti e per nessuno*, Milano: Rizzoli

Zagrebelsky G. (1992). *Il diritto mite. Legge, diritti, giustizia*, Torino: Einaudi,

Zatti P. (2017). Salute, vita, morte: diritto dei principi o nuova legge?, in *Quotidiano sanità*, 7 marzo, p. 3

¹⁵ Alberto Gambino, presidente dell'associazione di ispirazione cattolica “Scienza & Vita” e prorettore dell'Università Europea di Roma.

¹⁶ Nietzsche, 1885.