



DISEGNO DI LEGGE

d’iniziativa dei senatori MANCONI e CORSINI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 15 MARZO 2013

Norme in materia di relazione di cura, consenso, urgenza medica, rifiuto e interruzione di cure, dichiarazioni anticipate

ONOREVOLI SENATORI. – Il presente disegno di legge e i principi che lo ispirano sono l'esito della riflessione del gruppo di lavoro «Undirittogentile» promosso nella primavera 2012 dal professor Paolo Zatti. La discussione, alla quale hanno preso parte giuristi, bioeticisti, medici e professionisti sanitari, ha portato alla definizione di alcune linee-guida e di un articolato. Di tutto ciò si trova documentazione nel *blog* <http://undirittogentile.wordpress.com>.

L'esperienza di decenni dimostra che la questione del consenso nella relazione di cura avvizzisce e si deforma se è trattata come una questione autosufficiente legata al solo modello dell'atto giuridico e dei suoi requisiti. Questa ottica chiusa genera l'innesto nel rapporto terapeutico di un corpo sostanzialmente estraneo, contro cui spesso si sviluppano reazioni difensive a catena.

Trattare il consenso in modo adeguato e degno significa anzitutto incastonarlo con chiarezza in una struttura di diritti e doveri molteplici e reciproci, diretti a promuovere e garantire una relazione buona ed efficace tra medico e paziente; in questa struttura i principi essenziali sono la persona del malato in tutte le sue espressioni e prerogative – dai fondamenti ultimi dell'*habeas corpus* e della dignità, ai diritti fondamentali di integrità, identità morale, personalità, autodeterminazione – e la persona del medico nel suo ruolo professionale con i caratteri di responsabilità, competenza, integrità professionale.

Ma questo primo e fondamentale passo non si compie efficacemente senza altri, che lo conducano al di là della enunciazione.

Non esiste questione giuridica che possa essere risolta efficacemente senza tenere

conto delle verità del rapporto, sul piano psicologico, culturale, tecnico, organizzativo, che vanno tenute in considerazione e indirizzate.

Per usare una espressione di G. Bateson, occorre creare le condizioni perché la relazione di cura divenga capace di apprendimento riguardo ai valori che si affermano nelle norme. E per far questo occorre uscire dall'astrazione che si limita alla applicazione al rapporto di cura di categorie costruite sul modello del contratto.

Una delle condizioni perché questo apprendimento possa innestarsi è garantire al medico una giusta certezza su quanto gli si chiede, su quanto può e quanto deve fare soprattutto nelle situazioni critiche. Giusta certezza non significa esonerare il medico dal problema della valutazione e della responsabilità, ma significa metterlo al riparo dalla incertezza delle conseguenze del suo decidere. Occorre quindi disciplinare senza ombre, anche per quanto attiene a riflessi penali, la questione dell'urgenza e in modo specifico il problema della interruzione delle cure.

Sia la questione del consenso, sia quelle del rischio e della responsabilità medica, vanno trattate nel tessuto organizzativo in cui si svolge la relazione di cura, attribuendo loro la stessa rilevanza che si attribuisce al problema terapeutico e assistenziale in senso tecnico. La consensualità non è un attributo accessorio, ma una modalità del curare che va perseguita quanto gli obiettivi benefici della terapia. Occorre qui uno sforzo di ideazione e di definizione di modelli applicativi che la presente proposta può solo additare.

Il criterio di larghezza e di inclusione seguito riguardo al consenso va ripreso riguardo alle direttive anticipate. Anche qui, non si producono risultati utili - anzi si deforma e si avvelena la questione - se si isola il «formato» del «testamento» biologico dalle molteplici situazioni e modalità in cui può emergere, manifestarsi, chiedere attenzione e riconoscimento una decisione di fine vita. Il ruolo del diritto non è negare la realtà e i bisogni di cui abbiamo quotidiana e dolorosa esperienza, o costringerli nella cruna di un ago, ma disciplinarli trovando le categorie e le forme che sono capaci di garanzia rispetto alla varia e reale esperienza e verso tutti i valori in campo.

Le modalità riconosciute di espressione delle dichiarazioni anticipate vanno definite valorizzando e precisando quello che le condotte reali, talvolta anche per antica tradizione propongono. Non si può pensare che una lettera autografa di richieste per la propria ultima malattia, tenuta nel cassetto insieme al testamento olografo, sia per il diritto uno straccio senza significato; o che non abbia riconoscimento una dichiarazione verbale con cui la persona sofferente indica al medico un fiduciario al quale affida il problema delle informazioni e delle decisioni. Compito del giurista e del legislatore verso queste modalità di condotta è pesare il problema della loro efficacia e risolverlo positivamente, non muovere dalle ipotesi remote di abuso per negare esigenze fondamentali di immediatezza, accessibilità, informalità della decisione e chiarezza della manifestazione di volontà della persona.

Come sanno i giuristi, guai a fare del fantasma dell'abuso il legislatore; soprattutto in materia di diritti fondamentali.

Il modello «volontà» non esaurisce e non deve esaurire il problema del rispetto della persona nelle decisioni e nei trattamenti di fine vita. La persona che non ha manifestato esplicite volontà non per questo diventa un oggetto di decisioni libere da ogni vincolo verso la soggettività del malato. Questa sog-

gettività, riconoscibile nelle manifestate convinzioni, preferenze, inclinazioni, credenze, deve trovare nelle categorie giuridiche e nelle norme modalità adeguate di protezione, e vincolare - attraverso i necessari passaggi di interpretazione e ricostruzione - le decisioni relative a quella persona.

Il disegno di legge che si propone si articola in sei capi relativi al diritto sul proprio corpo e al diritto alla salute, alla relazione di cura, al consenso al trattamento sanitario, al rifiuto di cure, all'urgenza medica e alla programmazione condivisa di cure e alle disposizioni anticipate di trattamento.

Il progetto intende valorizzare e tradurre in norme alcune linee già emerse nelle giurisprudenza e nei codici deontologici, integrandole con soluzioni suggerite da giuristi, medici, bioeticisti.

Meritano di essere sottolineati alcuni aspetti delle soluzioni normative proposte, a partire da quelle relative all'articolo 1 del disegno di legge, in materia di intangibilità del corpo umano. Nella sua qualificazione come «diritto fondamentale di ogni essere umano» si è ritenuto necessario rendere esplicito quanto si ricava dal principio di *habeas corpus* e dalla tutela costituzionale della persona negli aspetti dell'intimità, dell'autodeterminazione e della salute. Lo sfondo è il diritto all'integrità fisica della persona quale configurato nella Carta dei diritti dell'Unione europea e ripreso nel successivo articolo 3 del presente disegno di legge. In questo quadro, il riferimento nel comma 2 del medesimo articolo alle «condotte» lecite o illecite inerenti la sfera corporea umana è volutamente ampio al fine di ricomprendervi, appunto, «qualsiasi condotta», senza limitazioni all'orizzonte terapeutico o più ampiamente sanitario.

L'articolo 2, che configura il «diritto alla salute» e il conseguente diritto alle prestazioni sanitarie adeguate e alla collaborazione dei professionisti sanitari, esplicita quanto implicito nella nozione di salute secondo la definizione dell'Organizzazione mondiale

della sanità e le stesse indicazioni costituzionali. Detta configurazione della nozione di salute si riflette, quindi, nei successivi articoli 3 e 4, comma 2.

Sempre con riguardo all'articolo 3, merita di essere sottolineata la scelta contenuta nel comma 3 di prevedere un principio di adattamento delle strutture sanitarie alla consensualità delle decisioni terapeutiche che dovrà concretizzarsi in norme specifiche e conseguenti misure di *governance*.

I successivi capi III, IV e V disciplinano il consenso al trattamento sanitario, il rifiuto di cure, e l'urgenza medica. Il VI e ultimo capo è dedicato alla programmazione condivisa di cure e alle disposizioni anticipate, articolato in quattro distinte sezioni (programmazione condivisa di cure, disposizioni anticipate di trattamento, loro efficacia, forma ed eventuali modalità di revoca). La linea seguita per proporre una disciplina del consenso è quella che guarda alla consensualità come ad un aspetto sostanziale della stessa relazione di cura, che va disciplinato in modo da valorizzare il processo reale di formazione del consenso nelle diverse condizioni, facendo spazio ove possibile alla pianificazione concordata e adeguando le norme e gli strumenti formali alle capacità concrete di autodeterminazione del paziente anche nella minore età e nelle situazioni di diminuita lucidità. La disciplina espressa del rifiuto di cure e quella relativa alle situazioni d'urgenza hanno l'obiettivo di mantenere il valore primario del rispetto della persona del paziente anche di fronte alle decisioni più pressanti e gravi, e di offrire ai medici una giusta certezza riguardo alla liceità delle scelte di intervento, di astensione, di interruzione delle cure.

Quanto alle dichiarazioni anticipate di trattamento, secondo le previsioni normative proposte esse sono concepite come strumenti diretti non solo a dettare specifiche disposizioni per situazioni e terapie individuate, ma anche a offrire ai medici una sorta di «dichiarazione di identità» della persona inte-

ressata, o a manifestare preferenze e desideri, che pure meritano rispetto. Particolarmente rilevante la clausola di cui all'articolo 19, comma 2, che ha lo scopo di tutelare il principio di dignità del morire in modo pieno, quindi anche come limite alle stesse disposizioni anticipate. Essa va letta in connessione agli articoli 1, 2, 3, comma 2, e alla piena garanzia del diritto al rifiuto di cure e trattamenti garantito dagli articoli 11, 18 e 19.

Riguardo all'efficacia delle disposizioni anticipate, all'articolo 21, comma 1, a proposito delle responsabilità del professionista sanitario e di chi comunque assista il malato, si evita di usare la parola «vincolato» perché è fonte di malintesi, in quanto fa pensare a un obbligo di stretta e rigida esecuzione di «precetti» altrettanto precisi. Il medico ha sempre un obbligo di pieno rispetto, non di passiva esecuzione della volontà del paziente, salvi i casi di esplicito e puntuale rifiuto di una cura espresso dal paziente consapevole. Nel caso delle direttive anticipate, il rispetto passa necessariamente attraverso la loro attenta interpretazione, orientata a individuare fedelmente la volontà del disponente, alla loro concretizzazione in rapporto alla situazione che si è di fatto creata, fino alla loro applicazione; di qui il ruolo di garante attribuito al fiduciario. «Vincolo» è termine adeguato se lo si intende come una parentesi algebrica di quanto appena esposto.

Viceversa, al comma 3 dello stesso articolo 21, si è evitata l'espressione «tener conto di» perché in questo caso sarebbe stato, in modo opposto, equivoca quanto quella di «vincolo», lasciando pensare che non attenui la discrezionalità del medico, ma solo gli chiedi di non ignorare certi elementi. La coppia di locuzioni «tenere in considerazione», «come fondamento della decisione», richiede al medico di inserire un *input* fondamentale nel processo di individuazione delle scelte terapeutiche: di ra-

gionare cioè secondo l'indirizzo richiesto dal paziente.

Infine, si segnala la scelta compiuta con l'articolo 23. Esso obbedisce all'idea che la forma delle disposizioni anticipate debba essere tale da garantire la ponderazione e la provenienza, ma anche da essere facilmente accessibile, non dissuasiva, agile per

la revisione; che debbano esistere modalità idonee anche per situazioni di avanzata malattia e di difficoltà motorie ed espressive. Si compensa questa varietà con un programma di informazione dei cittadini e di messa a servizio di strutture sanitarie e uffici pubblici per la raccolta e la conservazione delle disposizioni anticipate.

DISEGNO DI LEGGE

CAPO I

DIRITTO SUL PROPRIO CORPO E DIRITTO ALLA SALUTE

Art. 1.

1. L'intangibilità del corpo è diritto fondamentale di ogni essere umano.

2. Qualsiasi condotta che implichi intromissione nella sfera corporea altrui è lecita solo se consentita dall'interessato o da chi può decidere per lui, salvo i casi previsti dalla legge.

Art. 2.

1. Ciascuno ha diritto a perseguire la propria salute quale benessere fisico, psichico e relazionale, secondo la propria personale esperienza e concezione di vita, e a ricevere a tal fine le prestazioni sanitarie adeguate e la piena collaborazione dei professionisti sanitari.

CAPO II

RELAZIONE DI CURA

Art. 3.

1. La relazione di cura è diretta esclusivamente al bene del paziente, che si individua attraverso la collaborazione con il professionista sanitario secondo le rispettive compe-

tenze, e la cui ultima determinazione è prerogativa del paziente.

2. La relazione di cura è retta dai principi di rispetto della dignità, dell'integrità fisica e psichica, dell'identità e dell'autodeterminazione del paziente e si svolge attraverso la consensualità delle decisioni nel rispetto dell'integrità dei professionisti sanitari, secondo quanto previsto dai capi III e IV.

3. Ogni struttura sanitaria, secondo le proprie finalità e modalità organizzative, deve provvedere a stabilire al suo interno le condizioni per una piena e corretta attuazione dei principi di cui al comma 2, assicurando la preparazione specifica del personale, le competenze professionali necessarie e le condizioni di tempo e di luogo opportune.

CAPO III

CONSENSO AL TRATTAMENTO SANITARIO

Art. 4.

1. Il consenso al trattamento sanitario della persona è condizione essenziale per la scelta, l'avvio e la prosecuzione della cura.

2. La struttura sanitaria e i professionisti sanitari devono promuovere e assecondare il processo di formazione del consenso di cui al comma 1, secondo modi e tempi proporzionati alla importanza delle decisioni. Essi sono tenuti ad offrire al paziente, in modo adeguato alla sua età, maturità, cultura, condizioni di salute, le informazioni utili a partecipare consapevolmente alle scelte diagnostiche e terapeutiche, valorizzando in ogni fase la competenza del paziente medesimo circa la determinazione del proprio bene in conformità alle proprie convinzioni, esperienze e preferenze.

3. La persona ha in ogni caso e circostanza diritto al rispetto dei propri bisogni,

preferenze, aspirazioni, convinzioni e di quanto ne caratterizza ed esprime l'identità personale.

Art. 5.

1. Il processo di informazione e di acquisizione del consenso al trattamento sanitario è riportato nella cartella clinica dal professionista sanitario responsabile.

2. Le manifestazioni di consenso al trattamento sanitario del paziente, documentate per iscritto, integrano, ma non sostituiscono il processo di formazione del consenso medesimo.

3. La formazione e la manifestazione del consenso al trattamento sanitario possono essere documentate anche con altri mezzi proposti o accettati dal paziente e idonei a dare adeguata certezza delle scelte compiute, quali verbali di incontri o registrazioni audio e video.

Art. 6.

1. La persona può indicare al professionista sanitario responsabile, o nominare nelle forme previste dall'articolo 23, un fiduciario che la affianchi o la sostituisca nella acquisizione delle informazioni e nella manifestazione del proprio consenso al trattamento sanitario o del rifiuto o della rinuncia alle cure, anche nel caso in cui essa non fosse più in grado, nel corso del trattamento sanitario, di porsi consapevolmente in relazione con i professionisti sanitari.

2. Ai fini di cui al comma 1 del presente articolo si applica quanto previsto dall'articolo 17, commi 2 e 3.

Art. 7.

1. La persona minore, legalmente incapace, o non pienamente in grado di autode-

terminarsi ha diritto alla valorizzazione delle proprie capacità di comprensione e di decisione e all'esercizio dell'autodeterminazione per quanto ne sia concretamente in grado.

2. Il soggetto di cui al comma 1 partecipa alle scelte relative alla propria salute, ai sensi della presente legge, ricevendo informazioni adeguate alla propria capacità di comprensione ed esprimendo il proprio consenso alle cure o il rifiuto di esse.

3. La volontà del soggetto di cui al comma 1 espressa ha piena rilevanza in quanto la consapevolezza e la capacità di determinarsi della persona siano adeguate alla importanza delle decisioni; essa va comunque tenuta in considerazione ai fini delle scelte terapeutiche secondo quanto previsto all'articolo 4, comma 3.

Art. 8.

1. Nel caso di persona minore i genitori esercenti la potestà o, in loro assenza, l'adulto altrimenti responsabile per il minore, partecipano alle decisioni a garanzia del migliore interesse del minore, integrandone o sostituendone la volontà in rapporto al grado di maturità del minore stesso, secondo quanto disposto dall'articolo 7.

Art. 9.

1. Nel caso di persona adulta non pienamente in grado di autodeterminarsi, il tutore o l'amministratore di sostegno, in quanto ne abbia titolo in base al provvedimento di nomina, o il fiduciario ove designato, partecipano alle decisioni a tutela del rappresentato o amministrato integrando o sostituendo la volontà in rapporto al suo grado di capacità, secondo quanto disposto dall'articolo 7.

2. Ove la persona che non è in grado di autodeterminarsi non sia legalmente rappresentata o sostenuta e non abbia indicato un fiduciario, il professionista sanitario respon-

sabile è tenuto a consultare i familiari o le persone che hanno relazioni affettive rilevanti con la stessa, in funzione di garanti e testimoni delle volontà manifestate, delle preferenze, delle convinzioni, della concezione di vita del paziente e di tutto ciò che ne caratterizza l'identità.

3. Ove non sussistano le condizioni di cui al comma 2 del presente articolo, si applica l'articolo 406, terzo comma, del codice civile.

4. Nel caso di programmazione anticipata di cure o in presenza di disposizioni anticipate del paziente si applica il capo VI.

Art. 10.

1. Quando dalle scelte terapeutiche possa derivare un serio pregiudizio per il minore o per la persona non pienamente in grado di autodeterminarsi, e vi sia disaccordo tra i soggetti che partecipano alla decisione medica, si applica la procedura prevista all'articolo 17, comma 3.

CAPO IV

RIFIUTO DI CURE

Art. 11.

1. È diritto fondamentale del paziente, in grado di autodeterminarsi in relazione alle circostanze, rifiutare qualsiasi trattamento proposto, revocare in qualsiasi momento il consenso prestato al trattamento sanitario, rifiutare singoli atti attuativi del programma di cure, pretendere l'interruzione delle cure anche se necessarie alla sopravvivenza.

2. Il paziente che rifiuta le cure deve essere adeguatamente reso consapevole delle conseguenze delle proprie decisioni nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 2.

3. Il rifiuto di cure non incide sul diritto del paziente ad essere assistito e altrimenti curato e non giustifica alcuna forma di abbandono terapeutico.

4. Il medico che, in ossequio al diritto di cui al comma 1, dopo aver ricercato il consenso del paziente all'avvio o alla prosecuzione di cure appropriate, esegue l'espressa volontà del paziente, cosciente e competente, di rifiutarle o interromperle, non è punibile in quanto la sua condotta non costituisce reato ai sensi dell'articolo 51 del codice penale. Egli non è altrimenti soggetto a responsabilità o a sanzioni.

Art. 12.

1. Il medico che in base alle proprie convinzioni ritenga di non poter dare esecuzione ad una richiesta di interruzione di cure, esprime al paziente o a chi lo rappresenta ed al responsabile del servizio sanitario la sua motivata decisione di sottrarsi a quanto richiesto e si attiene a quanto disposto dall'articolo 11, comma 3, fino a che non sia assicurata la sua sostituzione.

2. Il paziente ha in ogni caso il diritto di ottenere l'attuazione della propria richiesta e di ricevere l'assistenza che si renda necessaria. Le strutture sanitarie sono a tal fine tenute a predisporre una adeguata procedura.

Art. 13.

1. Le disposizioni di cui al presente capo si applicano anche ai professionisti sanitari che collaborano con il medico.

CAPO V

URGENZA MEDICA

Art. 14.

1. La situazione d'urgenza legittima il professionista sanitario a intervenire per quanto di sua competenza, senza previo consenso del paziente, per adempiere al dovere di prestare le cure necessarie ad esso, purché, per le sue condizioni, non sia possibile gestire adeguatamente informazione e consenso, e comunque nel rispetto del criterio di proporzionalità tra costi e benefici attesi per le condizioni di salute del paziente stesso.

2. Non è comunque consentito intervenire:

a) contro la volontà della persona che consapevole del suo stato rifiuti espressamente una modalità di cura o un qualsiasi trattamento;

b) qualora la contraria volontà risulti, in modo inequivoco e riferibile alla situazione in atto, da disposizioni anticipate del paziente o dalla programmazione anticipata delle cure;

c) quando la somministrazione delle cure contrasti con il dovere previsto all'articolo 21, comma 3.

3. Ove le circostanze d'urgenza lo consentano, il professionista sanitario responsabile è tenuto a osservare quanto previsto dall'articolo 9.

4. Superata la situazione d'urgenza, riprende piena applicazione il principio di consensualità della cura.

CAPO VI

PROGRAMMAZIONE CONDIVISA DI
CURE E DISPOSIZIONI ANTICIPATE

Art. 15.

1. Il consenso o il rifiuto alla terapia possono essere espressi previamente dalla persona sia nell'ambito di una programmazione anticipata e condivisa delle cure, sia attraverso le disposizioni anticipate di trattamento.

SEZIONE I

PROGRAMMAZIONE CONDIVISA
DI CURE

Art. 16.

1. Nel caso di programmazione condivisa delle cure, le decisioni relative all'accettazione o all'esclusione di esse e dei relativi trattamenti sono documentate ai sensi dell'articolo 5.

Art. 17.

1. Nell'ambito della programmazione condivisa di cure la persona può designare un fiduciario a norma dell'articolo 6.

2. Il fiduciario collabora con i professionisti sanitari per l'attuazione del programma accettato dal paziente sostituendo il fiduciante nella determinazione concreta delle indicazioni concordate e nelle decisioni richieste da situazioni non previste.

3. In caso di sopravvenuta incapacità del paziente, ove tra il professionista sanitario responsabile e il fiduciario sorga dissenso circa l'interpretazione e l'attuazione del programma, la questione è sottoposta a consu-

lenti nominati dalla struttura, che prospettano una soluzione; se il dissenso permane si ricorre al giudice tutelare.

SEZIONE II

DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO

Art. 18.

1. Le disposizioni anticipate di trattamento sono dichiarazioni della persona che, prevedendo il caso di propria futura incapacità di autodeterminarsi o di manifestare le proprie volontà, esprime il consenso o il rifiuto a scelte terapeutiche e a trattamenti sanitari, ivi comprese le pratiche di nutrizione e idratazione artificiali, e detta indirizzi o manifesta preferenze circa la cura e l'accudimento che vuole le siano prestati o che intende escludere.

Art. 19.

1. La persona disponente può indicare specifiche situazioni patologiche e trattamenti, esprimendo per ciascuno di essi accettazione o rifiuto. Essa può altresì esprimere la propria volontà di essere trattata secondo più generali criteri con riguardo alla applicazione di modalità di intervento che implicino rischi o condizioni vitali da lei ritenuti non accettabili.

2. La disposizione anticipata di trattamento non può essere diretta al rifiuto di misure di assistenza e accudimento indispensabili alla tutela della dignità della persona.

3. Il disponente può infine esprimere le proprie convinzioni, credenze, inclinazioni circa la relazione con la malattia e la fine della vita, secondo la propria concezione di sé e dell'esistenza, purché ad esse si adeguino il trattamento e l'assistenza.

Art. 20.

1. Le disposizioni anticipate possono contenere l'indicazione di un fiduciario con i compiti di cui all'articolo 6. In mancanza di fiduciario, si provvede alla nomina di un amministratore di sostegno.

SEZIONE III

EFFICACIA DELLE DISPOSIZIONI
ANTICIPATE

Art. 21.

1. Il professionista sanitario e chiunque assista il malato è tenuto al pieno rispetto delle disposizioni anticipate, riferibili alla situazione in atto, secondo i principi che valgono per le manifestazioni di volontà o di desiderio, o per le convinzioni e le inclinazioni espresse o comunque manifestate in attualità.

2. L'interpretazione e la concretizzazione delle disposizioni è fatta d'intesa tra il fiduciario o l'amministratore di sostegno e il medico responsabile; in caso di dissenso, si ricorre al parere di consulenti nominati dalla struttura, che prospettano una soluzione; se il dissenso permane si ricorre al giudice tutelare.

3. Il medico responsabile e chiunque assista la persona incapace o non in grado di autodeterminarsi devono, anche in assenza di disposizioni anticipate, assicurare alla persona il pieno rispetto di quanto caratterizza la sua identità e a tal fine devono tenere in considerazione, come fondamento delle decisioni terapeutiche, ogni dichiarazione, manifestazione o condotta di cui si abbia certa conoscenza, che indichi in modo inequivoco le convinzioni e preferenze della persona stessa con riguardo al trattamento medico nella fase finale della sua esistenza.

Art. 22.

1. Il medico che agisce in conformità a quanto previsto dal presente capo non è punibile in quanto la sua condotta non costituisce reato ai sensi dell'articolo 51 del codice penale. Egli non è altrimenti soggetto a responsabilità o sanzioni.

2. Le disposizioni precedenti si applicano anche ai professionisti sanitari che collaborano con il medico. Si applica altresì quanto disposto dagli articoli 11 e 12.

SEZIONE IV

FORMA E REVOCA DELLE
DISPOSIZIONI ANTICIPATE

Art. 23.

1. Le disposizioni anticipate di trattamento sono espresse:

a) con atto pubblico o scrittura privata autenticata;

b) con scrittura privata consegnata al medico responsabile della cura dal disponente, dal fiduciario o da chi legalmente rappresenta o sostiene il disponente, o dagli stessi depositata presso le strutture legittimate a riceverla a norma del comma 3;

c) con scrittura olografa;

d) con dichiarazioni orali o manifestazioni di volontà realizzate attraverso altre procedure adeguate ai mezzi espressivi del disponente, purché raccolte dal medico responsabile della cura o documentate attraverso registrazione video da cui risulti la data delle disposizioni.

2. Le disposizioni espresse in forma diversa rispetto a quelle previste dal comma 1 del presente articolo, sono rilevanti ai sensi dell'articolo 21, comma 3.

3. Con decreto del Ministro della salute, da adottare entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono disciplinati:

a) i termini e le modalità con cui le aziende sanitarie locali sono tenute a prospettare agli utenti la possibilità di emettere le proprie disposizioni anticipate di trattamento, attraverso l'azione informativa dei medici di medicina generale e delle strutture sanitarie in occasione di ricoveri, visite o accertamenti, oltre che degli uffici del comune di residenza in occasione di richiesta o rinnovo dei documenti personali di identità;

b) i soggetti abilitati a raccogliere e conservare, a richiesta del disponente, le disposizioni anticipate.

Art. 24.

1. Le eventuali disposizioni contenute nell'atto di designazione dell'amministratore di sostegno di cui all'articolo 408, primo comma, del codice civile, sono da considerarsi disposizioni anticipate di trattamento ai sensi e per gli effetti di cui al presente capo.

Art. 25.

1. Le dichiarazioni anticipate di trattamento sono revocabili in qualsiasi momento. La revoca ha forma libera.

2. Chi raccoglie la manifestazione di revoca ha il dovere di informarne urgentemente il medico responsabile della cura e la struttura medica di base.

3. Nel caso di paziente non pienamente in grado di autodeterminarsi, si applica quanto previsto dalla presente legge.

