



**UNIVERSITÀ DI PARMA**

# LA NUOVA LEGGE SUL CONSENSO INFORMATO: COSA CAMBIA

*Prof. ssa Rossana Cecchi  
Dipartimento di Medicina e Chirurgia –  
Istituto di Medicina Legale  
Università di Parma*

**LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219**  
**Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento**

**Art. 1 Consenso informato**

**Comma 1.** La presente legge, nel rispetto dei principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e degli articoli 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona e stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge

## **Costituzione**

**Art. 2: garantisce i diritti inviolabili**

**Art. 13: la libertà personale è inviolabile**

**Art. 32: Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge**

## **Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea**

**Art. 1: La dignità umana è inviolabile**

**Art. 2: Ogni persona ha diritto alla vita**

**Art. 3: Ogni persona ha diritto all'integrità fisica e psichica**

# **Convenzione sui Diritti Umani e la Biomedicina**

*Consiglio d'Europa, Oviedo 4 aprile 1997*

**Art. 5:** Nessun intervento in campo sanitario può essere effettuato se non dopo che la persona a cui esso è diretto vi abbia dato un consenso libero ed informato...

## **Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea**

*Costituzione per l'Europa – 2004*

**Titolo 1:** il consenso libero e informato della persona interessata, **secondo le modalità definite dalla legge** deve essere rispettato

# **Convenzione sui Diritti Umani e la Biomedicina**

*Consiglio d'Europa, Oviedo 4 aprile 1997*

**Art. 9:** A riguardo dell'intervento medico concernente un paziente che al momento dell'intervento non è in grado di esprimere il proprio volere, **devono essere presi in considerazione i desideri da lui precedentemente espressi.**

# **LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219**

## **Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento**

### **Art. 1 Consenso informato**

**Comma 2.** E' promossa e valorizzata la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico che si basa sul consenso informato nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico. Contribuiscono alla relazione di cura, in base alle rispettive competenze, gli esercenti una professione sanitaria che compongono l'equipe sanitaria. In tale relazione sono coinvolti, se il paziente lo desidera, anche i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di fiducia del paziente medesimo.

**Viene promossa:  
EQUIPE MEDICO – PROFESSIONISTI SANITARI – PAZIENTE  
– (TERZA PARTE)**

- **Consenso informato: base della relazione di cura e di fiducia**
- **Consenso: luogo di incontro dell'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico, le competenze degli esercenti una professione sanitaria e, se il paziente lo desidera, una terza parte**

# EQUIPE MEDICO – PROFESSIONISTI SANITARI – PAZIENTE – (TERZA PARTE)

Autonomia decisionale del paziente: si va verso un consenso responsabilizzato

Competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico: basi su cui si fonda l'esercizio professionale del medico (Art. Codice Deontologico (CD) 2014)

Competenze assistenziali degli esercenti una professione sanitaria: responsabilità professionale professionisti sanitari

Se il paziente lo desidera, una terza parte: l'informazione a terzi è ammessa solo con il consenso esplicitamente espresso dal paziente, fatto salvo quanto previsto all'art. 9 allorché sia in grave pericolo la salute o la vita di altri (art. 31 CD 1998)



# **LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219**

## **Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento**

### **Art. 1 Consenso informato**

**Comma 3.** 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.

## **PRESUPPOSTO DEL CONTENUTO DEL CONSENSO: INFORMAZIONE**

circa la 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 (art. 33 CD 2014 - nonché sul comportamento che il paziente dovrà osservare nel processo di cura)

**FORMA DELL'INFORMAZIONE:** in modo completo, aggiornato e comprensibile al paziente (art. 33 CD 2014 - Il medico adegua la comunicazione alla capacità di comprensione della persona assistita o del suo rappresentante legale, corrispondendo a ogni richiesta di chiarimento , tenendo conto della sensibilità e reattività emotiva dei medesimi, in particolare in caso di prognosi gravi o infauste, senza escludere elementi di speranza)

**LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219**  
**Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento**

**Art. 1 Consenso informato**

**Comma 3.** Può rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni ovvero indicare i familiari o una persona di sua fiducia incaricati di riceverle e di esprimere il consenso in sua vece se il paziente lo vuole. Il rifiuto o la rinuncia alle informazioni e l'eventuale indicazione di un incaricato sono registrati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico

**DIRITTO A NON ESSERE INFORMATO:** a delega a terzi (art. 33 CD 2014)

# **LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219**

## **Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento**

### **Art. 1 Consenso informato**

**4. Il consenso informato, acquisito nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente, è documentato in forma scritta o attraverso videoregistrazioni o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare. Il consenso informato, in qualunque forma espresso, è inserito nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.**

**FORMA DEL DIRITTO AL CONSENSO: più consona al paziente e registrato in cartella quale documentazione della «terapia della comunicazione» - CARTELLA DEL CONSENSO COME DIALOGO GUIDATO**

# Riabilitazione ortopedica

Cognome.....Nome.....

Luogo di nascita.....Data.....

Indirizzo.....Prov.....CAP.....

Codice fiscale.....Tel.....

Medico di base Dott.....Ortopedico Dott.....

Fisiatra Dott.....Altri specialisti.....

Data prescrizione.....Data presa in carico.....

Data sospensione trattamento.....Data fine trattamento.....

**Diagnosi medica**.....

Anamnesi remota e recente di interesse riabilitativo.....

Esami strumentali in visione: RX  RMN  TAC  EMG

Referti medici specialistici.....

Situazione familiare.....

Situazione abitativa.....

Professione.....

Hobbies o attività extralavorative.....

## VALUTAZIONE DELLA PERSONA

Passaggi posturali:

❖ Da supino a seduto.....

❖ Da seduto a stazione eretta.....

❖ Deambulazione.....

❖ Salita/discesa scale.....

Bilancio articolare e muscolare.....

**Progetto riabilitativo**.....

**Obiettivi**.....

**Programma riabilitativo**.....



## Descrizione dell'intervento riabilitativo

**L'intervento riabilitativo ortopedico** consiste in una serie di sedute di kinesiterapia attiva e/o passiva, esecuzione di tecniche di massoterapia e all'applicazione di terapie fisiche. La kinesiterapia attiva si attua attraverso una serie di movimenti specifici con l'intento di:

- Ricondizionare la muscolatura di uno o più distretti articolari
- Recuperare la coordinazione motoria di uno o più distretti articolari
- Mantenere o aumentare l'articolari  di uno o pi  distretti articolari
- Migliorare il controllo articolare durante i movimenti

**La kinesiterapia passiva** (o mobilizzazioni) si attua attraverso una serie di movimenti specifici passivi all'interno o alla fine dell'escursione articolare con l'intento di:

- Recuperare o mantenere l'articolari  di uno o pi  distretti articolari
- Facilitare l'esecuzione di movimenti
- Aumentare l'arco privo di dolore di uno o pi  distretti articolari

**La massoterapia** (o massaggio) consiste in manipolazioni dei tessuti molli (muscoli) secondo varie tecniche, ad azione locale o riflessa.

**La terapia fisica** si attua tramite l'applicazione di apparecchiature che erogano correnti (tens, ionoforesi, diadinamica, elettrostimolazioni) , calore esogeno (infrarossi), azione meccanica (ultrasuoni), calore endogeno (tecar, ipertermia), luce (laser), ecc...

## Rischi generici del trattamento riabilitativo

La kinesiterapia passiva o attiva e la terapia fisica possono determinare in alcuni casi e/o pazienti una riacutizzazione della sintomatologia dolorosa nelle ore successive al trattamento.

### Possibili complicanze specifiche

- Lussazione protesi
- Instabilità articolare
- Limitazione articolare (aderenze post-chirurgiche)
- Contratture muscolari
- Dolore
- Tumefazione
- Modificazioni dell'andatura
- Instabilità posturale
- Ustioni (elettrostimolazioni, ionoforesi, tecar, ipertermia, ecc...)

### Rischio del mancato trattamento

Il mancato trattamento può determinare un peggioramento della sintomatologia o della funzionalità e/o l'instaurarsi di patologie croniche.

### Altre informazioni su richiesta del paziente

.....  
.....

Io sottoscritto.....dichiaro di essere stato informato, anche in base a quanto da me riferito in anamnesi, e di aver compreso termini, modalità, lo scopo e la natura dell'intervento di riabilitazione indicato nella scheda. Dichiaro di avere la consapevolezza dei rischi e delle complicanze che potrebbero derivare o essere connesse al trattamento. Sono inoltre consapevole che senza la mia collaborazione e disponibilità nel seguire alcune regole comportamentali ed esercizi indicati dal fisioterapista, la terapia non può ritenersi stabile a lungo termine. Rilascio il pieno consenso all'intervento ed alle terapie che mi sono state illustrate, sottoponendomi al trattamento riabilitativo per il periodo di tempo necessario.

Data.....

Firma del paziente.....

Firma del fisioterapista.....

# Riabilitazione neurologica

Cognome.....Nome.....  
Luogo di nascita.....Data.....  
Indirizzo.....Prov.....CAP.....  
Codice fiscale.....Tel.....  
Medico di base Dott.....Neurologo Dott.....  
Fisiatra Dott.....Altri specialisti.....  
Data prescrizione.....Data presa in carico.....  
Data sospensione trattamento.....Data fine trattamento.....

## Anamnesi remota e recente di interesse riabilitativo.....

## Diagnosi medica.....

Esami strumentali in visione: RX      RMN      TAC      EMG  
Referti medici specialistici.........................  
Situazione familiare.....  
Situazione abitativa.....  
Professione.....  
Hobbies o attività extralavorative.....

## VALUTAZIONE DELLA PERSONA

Coordinazione.....  
Equilibrio.....  
Orientamento spaziale.....  
Orientamento temporale.....  
Sensibilità.....  
Collaborazione.....  
Passaggi posturali:  
❖ Da supino a seduto.....  
❖ Da seduto a stazione eretta.....  
❖ Deambulazione.....  
❖ Salita/discesa scale.....



## Progetto riabilitativo.....

Obiettivi.....

## Programma riabilitativo.....



## Descrizione dell'intervento

L'**intervento riabilitativo** neurologico consiste in una serie di sedute di kinesiterapia attiva e/o passiva e all'applicazione di terapie fisiche. La kinesiterapia attiva e/o passiva (serie di mobilizzazioni specifiche) si attuano attraverso una serie di movimenti con l'intento di:

- Controllare la spasticità
- Recuperare la coordinazione motoria di uno o più distretti articolari
- Mantenere o recuperare l'equilibrio
- Migliorare il controllo del corpo durante i movimenti
- Migliorare l'attenzione e la partecipazione
- Ridurre il dolore

La **terapia fisica** si attua tramite l'applicazione di apparecchiature che erogano correnti (tens, ionoforesi, diadinamica, elettrostimolazioni) , calore esogeno (infrarossi), azione meccanica (ultrasuoni), calore endogeno (tecar, ipertermia), luce (laser), ecc...

## Rischi generici del trattamento riabilitativo

La kinesiterapia passiva o attiva e la terapia fisica possono determinare in alcuni casi e/o pazienti una riacutizzazione della sintomatologia dolorosa nelle ore successive al trattamento.

## Possibili complicanze specifiche

- Aumento/riduzione del tono muscolare
- Limitazioni articolari
- Contratture muscolari
- Dolore
- Zoppia
- Modificazioni posturali

## Rischio del mancato trattamento

Il mancato trattamento può determinare un peggioramento della sintomatologia o della funzionalità lesa e/o l'instaurarsi di patologie croniche.

### Valutazione della persona

Fumatore SI  NO

Svolge regolare attività fisica SI  NO

Esposizione lavorativa a fumi tossici o polveri SI  NO

Familiarità per asma SI  NO

Facile affaticabilità SI  NO

### Descrizione dell'intervento

L'intervento riabilitativo respiratorio consiste in una serie di sedute di ginnastica respiratoria, di kinesiterapia attiva e/o passiva e di posture drenanti. La ginnastica respiratoria si attua attraverso una serie di movimenti specifici degli arti superiori e del tronco con l'intento di:

- Correggere le alterazioni della meccanica respiratoria
- Ottenere un maggior controllo della propria respirazione
- Avere fiducia nelle proprie capacità di controllo delle crisi respiratorie
- Rilassarsi

La kinesiterapia attiva/passiva e le posture drenanti si attuano attraverso movimenti specifici con l'intento di:

- Ricondizionare la muscolatura di uno o più distretti articolari
- Esercizi di mobilizzazione diaframmatica
- Esercizi di mobilizzazione costale
- Migliorare il controllo di atteggiamenti meccanici funzionalmente scorretti
- Tosse assistita o guidata
- Manovre vibro-percussorie
- Drenaggio posturale per allontanare le secrezioni

### Possibili complicanze specifiche

- Reflusso di materiale gastrico
- Ridotta tolleranza allo sforzo
- Limitazioni articolari (aderenze post-chirurgiche)
- Contratture muscolari
- Dolore
- Tumefazioni
- Modificazioni dell'andatura
- Instabilità posturali

### Rischio del mancato trattamento

La riabilitazione respiratoria migliora la capacità di esercizio, riduce la dispnea, migliora la qualità della vita, riduce la durata delle ospedalizzazioni per patologie respiratorie. Il mancato trattamento può determinare un peggioramento della sintomatologia o della funzionalità lesa e/o l'instaurarsi di patologie croniche.



### Valutazione della persona

Fumatore SI  NO

Svolge regolare attività fisica SI  NO

Colesterolo elevato SI  NO

Familiarità per asma SI  NO

Facile affaticabilità SI  NO

Obesità SI  NO



### Descrizione dell'intervento

L'intervento riabilitativo cardiologico consiste in una serie di sedute di kinesiterapia attiva e/o passiva e di attività fisica. La kinesiterapia attiva e passiva si attuano attraverso una serie di movimenti specifici con lo scopo di :

- Migliorare la ventilazione polmonare
- Ridurre le stasi venose
- Ricondizionare la muscolatura di uno o più distretti articolari
- Recuperare la coordinazione motoria
- Capacità di adattamento cardiocircolatorio ai cambi posturali

Per attività fisica si intende l'esercizio muscolare mediante cyclette, cicloergometro tapis roulant ed esercizi all'aria aperta

### Possibili complicanze specifiche

- Affanno
- Contratture muscolari
- Dolore
- Tumefazione
- Modificazioni dell'andatura

### •Rischio del mancato trattamento

Il mancato trattamento può determinare un peggioramento della sintomatologia con riduzione della ventilazione polmonare, stasi venosa e ipototrofia muscolare.

## **LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219**

### **Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento**

#### **Art. 1 Consenso informato**

**Comma 5.** Ogni persona capace di agire ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte, con le stesse forme di cui al comma 4, qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso. Ha, inoltre, il diritto di revocare in qualsiasi momento, con le stesse forme di cui al comma 4, il consenso prestato, anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento.

#### **CONSENSO E DISSENSO INFORMATO: art. 35 CD 2014:**

Il medico acquisisce, in forma scritta e sottoscritta o con altre modalità di pari efficacia documentale, il consenso o il dissenso del paziente, nei casi previsti dall'ordinamento e dal Codice e in quelli prevedibilmente gravati a elevato rischio di mortalità o da esiti che incidano in modo rilevante sull'integrità psico-fisica.

## **LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219**

### **Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento**

#### **Art. 1 Consenso informato**

**Comma 5.** Ai fini della presente legge, sono considerati trattamenti sanitari la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale, in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici.

**SINPE – Società Italiana di Nutrizione Artificiale e Metabolismo: Linee Guida: Aspetti bioetici della nutrizione artificiale (2002):**

I nutrienti sono somministrati con tecniche endoscopiche, con l'applicazione di sondini per via nasogastrica o per via stomica (gastrostomia, digiunostomia) nel caso della Nutrizione Enterale (NE) o, per la Nutrizione Parenterale (NP), inserendo cateteri, anche totalmente impiantabili, in vene periferiche, ma soprattutto centrali. Per queste caratteristiche la NA è terapia medica, non semplice assistenza.

# **LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219**

## **Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento**

### **Art. 1 Consenso informato**

**Comma 5.** 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. Ferma restando 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.

**DOVERI DEL MEDICO NEL DISSENSO INFORMATO:** informazione sulle conseguenze e garanzia di un sostegno psicologico

## Corte di Assise di Firenze (n. 13, 18 ottobre 1990)

“... nel diritto di ciascuno di disporre, lui e lui solo, della propria salute ed integrità personale, pur nei limiti previsti dall’ordinamento, non può che essere ricompreso il diritto di rifiutare le cure mediche, lasciando che la malattia segua il suo corso anche fino alle estreme conseguenze: il che, a ragione, non può essere considerato il riconoscimento di un diritto positivo al suicidio, ma è invece la riaffermazione che la salute non è un bene che possa essere imposto coattivamente al soggetto interessato dal volere o, peggio, dall’arbitrio altrui, ma deve fondarsi esclusivamente sulla volontà dell’avente diritto, trattandosi di una scelta che...riguarda la qualità della vita e che pertanto lui e lui solo può legittimamente fare”.

**“La norma risponde ai principi costituzionali e riflette la seguente assunzione teorico-pratica: non è il paziente che deve giustificare le sue libere scelte sulle cure (e di riflesso anche sulla sua salute e sulla sua vita), ma è l’opera del medico che deve avere adeguata giustificazione giuridica, nel rispetto dei diritti del paziente alla libertà personale (art. 13 Cost.) e alla salute (art. 32 Cost.), giacché la finalità terapeutica o di cura non è, in sé, una giustificazione sufficiente” (Santosuosso, 2018)**



- **Caso Forzatti** ( presunto omicidio del consenziente). Il marito ha staccato il respiratore che teneva in vita la moglie

**I grado:** parziale infermità di mente al soggetto

**Appello (20.6.2000):** dubbia la prova che la moglie fosse ancora in vita

Difficoltà dei giudici a fronte di comportamenti *illegittimi* imposti dalla sofferenza della vittima

- **Caso Welby** (Sent. I Sez. Civ. Roma, **16/12/2006**) – richiesta di distacco del respiratore:

**PM:** ammette il ricorso sotto il profilo dell'esistenza del diritto ad ottemperare il trattamento terapeutico non voluto, con le modalità richieste; rigetta il ricorso per ciò che riguarda la possibilità di ordinare ai medici di non ripristinare la terapia perché trattasi di scelta discrezionale del medico

**Giudice:** il ricorso in assenza della previsione normativa degli elementi concreti, di natura fattuale e scientifica, di una delimitazione giuridica di ciò che va considerato “accanimento terapeutico”

- **Caso di Torino:** una donna nomina il marito come Amministratore di sostegno

# **LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219**

## **Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento**

### **Art. 1 Consenso informato**

**Comma 6.** 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. 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.

**EFFETTI GIURIDICI PER IL MEDICO DI UNA INTERRUZIONE O NON ATTIVAZIONE DI UN TRATTAMENTO:** non si configura un fatto illecito; non si configura una fattispecie incriminatrice penale qualora provi di aver informato il paziente sulle conseguenze annotando il colloquio in cartella

**NON VI SONO DIFFERENZE ETICHE TRA INTERROMPERE E NON INIZIARE**

**LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219**  
**Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento**

**Art. 1 Consenso informato**

**Comma 7.** 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

**Art. 36 CD 2014 (Assistenza di urgenza e di emergenza)**

Il medico assicura l'assistenza indispensabile, in condizioni d'urgenza e di emergenza, nel rispetto delle volontà se espresse o tenendo conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento se manifestate

**Corte di Cassazione n. 21748/2007:**

**“[...] superata l’urgenza dell’intervento derivante dallo stato di necessità, l’istanza personalistica alla base del principio del consenso informato e il principio di parità di trattamento tra gli individui, a prescindere dal loro stato di capacità, impongono di ricreare il dualismo dei soggetti nel processo di elaborazione della decisione medica [...]”**

**DOVERE DEL MEDICO:** appena possibile il consenso va richiesto al paziente

**LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219**  
**Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento**

**Art. 1 Consenso informato**

**Comma 8. Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura**

**Art. 20 CD 2014 (Rapporto di cura): Il medico nella relazione persegue l'alleanza di cura fondata sulla reciproca e sul mutuo rispetto dei valori e dei diritti e su un'informazione comprensibile e completa, considerando il tempo della comunicazione quale tempo di cura**

# **LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219**

## **Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento**

### **Art. 1 Consenso informato**

**Comma 9.** Ogni struttura sanitaria pubblica o privata garantisce con proprie modalità organizzative la piena e corretta attuazione dei principi di cui alla presente legge, assicurando l'informazione necessaria ai pazienti e l'adeguata formazione del personale.

**RESPONSABILITA' STRUTTURA SANITARIA:** assicurare il tempo, l'informazione al paziente attraverso la formazione del personale

# LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219

## Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento

### Art. 1 Consenso informato

**Comma 10.** 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.

**Consiglio d'Europa:** (Protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dei malati incurabili e dei morenti, 1999) *Obbligo di fornire un'informazione adeguata e di garantire l'osservanza delle volontà del malato anche se contrastanti con quelle del medico o della società. Auspica l'introduzione di una formazione culturale e universitaria sul rapporto medico-malato, medico-morte*

**SEMINARI SU RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE IN «SAPIENZA»**

**LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219**  
**Norme in materia di consenso informato e di disposizioni**  
**anticipate di trattamento**

**Art. 1 Consenso informato**

**11. E' fatta salva l'applicazione delle norme speciali che disciplinano l'acquisizione del consenso informato per determinati atti o trattamenti sanitari.**

**TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO**



## LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219

# Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento

### Art. 3 Minori e incapaci

1. Il **minore** deve ricevere informazioni in modo consono alle sue capacità e deve esprimere la propria volontà.
2. Il consenso alle cure del minore viene espresso da chi esercita la responsabilità genitoriale o dal tutore, in relazione all'età e maturità del minore, avendo come scopo la tutela della salute psicofisica del minore
3. Il consenso dell'**interdetto** è espresso dal tutore avendo come scopo la tutela della salute psicofisica dell'interdetto
4. Il consenso per un **inabilitato** viene espresso dallo stesso o dall'amministratore di sostegno con rappresentazione sanitaria
5. In caso di dissidio col medico si addice al giudice tutelare

## INTERDETTO

Il maggiore di età e il minore emancipato, i quali si trovano in condizioni di abituale infermità di mente che li rende **incapaci di provvedere ai propri interessi devono essere interdetti.**

Egli perde la capacità di agire, quindi, non può: compiere atti di natura patrimoniale, sposarsi, disconoscere la paternità, riconoscere il figlio naturale, testare

## INABILITATO

Il maggiore di età, infermo di mente, lo stato del quale non è talmente grave da far luogo all'interdizione, può essere inabilitato. Possono anche essere inabilitati coloro che, per prodigalità o per abuso abituale di bevande alcoliche o di stupefacenti, espongono sé o la loro famiglia a **gravi pregiudizi economici.**

L'interdetto perde parzialmente la capacità di agire, quindi, può: compiere atti di natura patrimoniale di ordinaria amministrazione, sposarsi, disconoscere la paternità, riconoscere il figlio naturale, testare