



## DOTTRINA E METODOLOGIA

### MA QUANTO È DEBOLE IL CONSENSO INFORMATO! L'ULTIMA GIURISPRUDENZA SUL RIFIUTO DELL'EMOTRASFUSIONE. APOLOGIA DI UN PRINCIPIO INUTILE (E QUALCHE TENTATIVO ESEGETICO)

THE INFORMED CONSENT IS SO WEAK! LATEST JUDGMENTS ABOUT THE REFUSAL OF BLOOD TRANSFUSION. APOLOGIA OF A USELESS PRINCIPLE (AND SOME EXEGETICAL EFFORTS)

Simona Cacace \*

#### RIASSUNTO

*Il presente contributo prende spunto dalle decisioni di due tribunali di merito in materia di rifiuto opposto dal paziente testimone di Geova all'emotrasfusione salva-vita. In particolare, vengono criticamente indagati i percorsi argomentativi di cui la giurisprudenza si avvale al fine di affermare, in linea generale, l'inviolabilità del dissenso, al contempo legittimando, però, nella fattispecie concreta, l'intervento del medico ed escludendo, di conseguenza, qualsivoglia tutela risarcitoria. A questo punto, il principio stesso del consenso informato rischia di rivelarsi in tutta la sua inutilità: per converso, la strada da imboccare è quella dell'estrema responsabilizzazione di questi pazienti « speciali » (special needs), degni destinatari di un'informazione, se possibile, addirittura « rinforzata » – così come potenziata da un movente circostanziato appare, del resto, la loro volizione.*

#### ABSTRACT

*This essay arises from two cases of refusal of life-saving blood transfusion by Jehovah's witnesses patients. More in detail, the arguments used by tribunals are critically examined: they generally declare the inviolability of dissent, but at the same time they legitimize the intervention of the physician and exclude, consequently, any compensatory damages. At this point, the principle of informed consent risks to prove its uselessness: it is necessary for these special patients (special needs) to be strongly made*

\* Professore aggregato di Biodiritto e Ricamatore di Diritto privato comparato presso il Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università degli Studi di Brescia, via San Faustino, 41 - 25122 Brescia. E-mail: [simona.cacace@unibs.it](mailto:simona.cacace@unibs.it).

*responsible using a « reinforced » information – just like their will appears enhanced by a circumstantial motive.*

**Parole chiave:** consenso informato, Testimone di Geova, rifiuto dell'emotrasfusione, responsabilità sanitaria, autodeterminazione individuale, risarcimento del danno.

*Keywords:* informed consent, Jehovah's Witness, refusal of blood transfusion, medical liability, self-determination, damages.

#### SOMMARIO:

1. Tutte le debolezze del consenso informato. L'imprevisto e l'imponderabile; 2. Il rifiuto o la pretesa di un determinato trattamento sanitario. Dei diritti e dei doveri del medico; 3. La necessità di salvare la vita e il danno della vita salvata.

### 1. Tutte le debolezze del consenso informato. L'imprevisto e l'imponderabile.

Il consenso informato è principio « fortemente affermato, ma debolmente tutelato », scriveva il Consiglio di Stato <sup>1)</sup> ormai un paio d'anni orsono. Il tempo passa e questa notazione, anziché trovare smentita, acquista vigore, delineando una contraddizione valoriale – prima ancora che giuridica – la quale costringe sulla carta medico e paziente ad un gioco delle parti privo, alla fine, di costruito alcuno. Sulla carta, *ad litteram*: la proliferazione della modulistica è lo strumento *multitasking* per dispensare tutte le informazioni, per certificare l'adesione dell'ammalato o testimoniare il dissenso, nonché per corazzare il professionista in vista di un'eventuale – e non così peregrina – disfida in

1) Cons. Stato, 2 settembre 2014, n. 04460, in *Nuova giur. civ. comm.*, 2015, II, p. 20, con commento di P. ZATTI, *Consistenza e fragilità dello « ius quo utimur » in materia di relazione di cura*; *ivi*, p. 13, con nota di E. PALERMO FABRIS, *Risvolti penalistici di una sentenza coraggiosa: il Consiglio di Stato si pronuncia sul caso Englaro*; *ivi*, p. 9, con commento di R. FERRARA, *Il caso Englaro innanzi al Consiglio di Stato*, e *ivi*, p. 3, con nota di P. BENCIOLINI, « *Obiezione di coscienza?* ». V. anche M. AMITRANO ZINGALE, *L'obiezione di coscienza nell'esercizio della funzione pubblica sanitaria*, in *Giur. cost.*, 2015, p. 1099. Quanto al caso di Eluana Englaro, v. soprattutto Cass., sez. I civ., 16 ottobre 2007, n. 21748, in *(ex pluribus) Riv. dir. civ.*, 2008, p. 363, con commento di E. PALMERINI, *Cura degli incapaci e tutela dell'identità nelle decisioni mediche*; in *Resp. civ. prev.*, 2008, p. 330, con nota di E. CECCARELLI, D.M. PULITANO, *Il lino di Lachesis e i diritti inviolabili della persona*; in *Nuova giur. civ. comm.*, 2008, I, p. 100, con commento di A. VENCIARUTTI, *Stati vegetativi permanenti: scelte di cure e incapacità*; in *Dir. fam. pers.*, 2008, p. 107, con commento di F. GAZZONI, *Sancho Panza in Cassazione (come si riscrive la norma dell'eutanasia, in spregio al principio di divisione dei poteri)*; in *Fam. pers. succ.*, 2008, p. 520, con nota di M. GORGONI, *La rilevanza giuridica della volontà sulla fine della vita non formalizzata nel testamento biologico*, e in *Foro it.*, 2008, I, c. 125, con nota di D. MALTESE, *Convincimenti già manifestati in passato dall'incapace in stato vegetativo irreversibile e poteri degli organi preposti alla sua assistenza*, e *ivi*, I, c. 2610, con commento di S. CACACE, *Sul diritto all'interruzione del trattamento sanitario « life-sustaining »*.

tribunale (è la medicina difensiva, si sa). L'impressione, del resto, è che il mondo sanitario viva la celebrazione dell'autodeterminazione individuale come una « moda buonista », un *politically correct trend* dal quale, volente o nolente, non ci si possa più discostare, ma che si debba comunque subire cercando di ricavarne il minor disagio possibile. Così, laddove il modulo potrebbe davvero cambiare il corso degli eventi terapeutici, perché, ad esempio, il paziente rifiuta un trattamento che il medico ritiene, secondo le *leges artis*, quantomeno opportuno, ecco che gli *escamotages* per ignorare la certificata volontà divengono innumerevoli: lo stato di necessità, la mancanza di attualità, l'informazione incompleta per il sopraggiungere di circostanze non previste o la mancanza di una consapevolezza piena rispetto alla gravità del rischio – per citarne alcuni. In altri termini, il rispetto dell'autodeterminazione individuale viene tollerato quando il risultato sia, ad ogni modo, più o meno conforme a quanto il medico avrebbe comunque deciso di fare: la forza della retorica sull'importanza del poter decidere quanto alla propria pelle si spegne in un soffio, invece, quando si trovi a contrastare, dall'altra parte, la tradizionale e sempre proclamata vocazione a curare e a salvare dei professionisti della sanità.

Sulla scorta di queste considerazioni, il Testimone di Geova che rifiuta l'emotrasfusione diviene il terribile banco di prova per l'(in)utilità del consenso informato: si tratta, in particolare, di pazienti il cui diniego è motivato da un grado di consapevolezza superiore alla « media », è maturato negli anni, è espresso sia oralmente sia per iscritto (all'interno di documenti redatti *ad hoc*) ed è così legato, infine, alle scelte religiose ed esistenziali del singolo da indurre a preferire la morte, anziché la sua violazione <sup>2)</sup>. Fa qui i suoi peggiori danni il « sentimentalismo » del medico italiano che informa sì, ma non troppo, che comunque rassicura riguardo al felice esito dell'intervento da eseguire, che omette l'indicazione delle percentuali di realizzazione dei rischi e che sempre rifugge dal porre l'ammalato dinanzi ad alternative *tranchantes*. D'altro canto, se il trattamento del Testimone di Geova è vissuto, dal mondo sanitario, quale un vero grattacapo, questo non si risolve certo perseverando nell'infantilizzazione del proprio assistito, tentazione ben nota e alla quale i medici ancora faticano a resistere: al contrario, se esiste una soluzione, è quella dell'estrema responsabilizzazione di questi pazienti « speciali », degni destinatari di un'informazione, se possibile, « rinforzata » – così come potenziata da un movente circostanziato appare, del resto, la loro volizione <sup>3)</sup>.

Offrono il destro per tali valutazioni due recentissime decisioni di merito, entrambe

2) Cfr. M. PETRI, *Preventivo rifiuto all'emotrasfusione e carattere inequivoco della manifestazione*, in *Giur. It.*, 2009, 1661: « una persona che rifiuta il sangue perché ha paura di infettarsi può ben accettarlo in caso di pericolo e danno grave ed irreparabile perché, tra i due possibili rischi, prevale il secondo sul primo, cioè è preferibile rischiare un'infezione piuttosto che la vita. Nel caso del testimone di Geova, la *ratio* del rifiuto è ideologica e si fonda su un rapporto profondo, che prescinde dai benefici fisici che potrebbe assicurare l'emotrasfusione. Il rifiuto assume, così, un valore immateriale e supera l'istintiva concezione biologica della vita ».

3) Sulle motivazioni dottrinali di questo rifiuto, cfr. <https://www.jw.org/it/testimoni-di-geova/domande-frequenti/testimoni-di-geova-perch%C3%A9-no-trasfusioni-di-sangue/>.

lombarda: la prima è del tribunale di Brescia <sup>4)</sup>, ove il rifiuto dell'emotrasfusione, manifestato sia oralmente – e risultante dalla cartella trasfusionale, nonché ribadito persino qualche istante prima dell'ingresso in sala operatoria – sia per il tramite di un documento datato di una decina di mesi, precede, nello specifico, un intervento chirurgico per emoperitoneo massivo da rottura di neoformazione intramesenteriale. Durante l'operazione, però, i medici procedono ugualmente alla trasfusione e il Giudice dà loro ragione: il diniego è stato espresso in un momento in cui la paziente è « abbastanza certa » di non rischiare la vita e quando la trasfusione appare un evento, « con ogni probabilità », non destinato a verificarsi. In particolare, la successiva scoperta, durante l'intervento, non solo di un'emorragia più grave di quella prevista, ma anche di una diffusa neoplasia, ha reso « non più attuale » la volontà della diretta interessata, manifestata in una situazione « completamente diversa » da quella destinata a verificarsi di lì a poco. L'alternativa è secca: sangue o morte; il passo è, quindi, quello che dall'improbabilità va alla certezza: del decesso, appunto, o dell'urgenza di una trasfusione. Il dissenso della paziente viene violato perché non più valido; *melius*, tale dissenso non viene, in realtà, violato, perché quest'ultimo non concerneva le specifiche circostanze successivamente configuratesi.

Ora, il problema principale è quello dell'informazione. Il Giudice, in particolare, scrive che la degente è stata « rassicurata » riguardo all'esito positivo dell'intervento, poiché l'operazione si presentava urgente sì, ma non in pericolo di vita; che l'utilizzo del plasma e l'emorecuperato sono stati prospettati come sufficienti, mentre l'emotrasfusione è stata relegata ad ipotesi « residuale », « possibile », certo, ma non « probabile ». Delle due l'una, però: o la disinformazione è addebitabile alla negligenza del medico, così configurandosi una responsabilità per colpa del professionista che non ha correttamente informato la paziente, altresì impedendo il libero svolgersi della sua autodeterminazione, oppure tale inadempimento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa al sanitario non imputabile: più chiaramente, l'imprevisto peggioramento era altresì imprevedibile <sup>5)</sup> (laddove la prova dell'imprevedibilità, certo, grava sul debitore) e all'ammalata sono state previamente fornite tutte le indicazioni che diligenza imponeva. Questa la prima considerazione, a fronte di una decisione che legittima l'emotrasfusione a causa del difettoso meccanismo in termini di autodeterminazione di cui è stata vittima la paziente: del perché la degente sia stata, appunto, « rassicurata » –

4) Trib. Brescia, II sez. civ., 17 giugno 2016, n. 1886, inedita.

5) Quanto all'imprevedibilità del peggioramento, cfr. Cass., sez. III civ., 23 febbraio 2007, n. 4211, in *Dir. giur.*, 2008, p. 131, con commento di S. CARRO, *Brevi note sull'efficacia del dissenso al trattamento medico-chirurgico tra il diritto di morire e il dovere di curare. Il consenso presumibile e la scriminante dello stato di necessità*; in *Studium iuris*, 2008, p. 89, con nota di A. SCALERA, *Rifiuto di trasfusione salvavita*; in *Danno resp.*, 2008, p. 30, con commento di G. GUERRA, *Il dissenso alla trasfusione di sangue per motivi religiosi*; in *Resp. civ. prev.*, 2007, p. 1885, con nota di G. FACCI, *Le trasfusioni dei Testimoni di Geova arrivano in Cassazione (ma la S.C. non decide)*; in questa *Rivista*, 2009, p. 71, con commento di B. MAGLIONI - M. DEL SANTE, *Trasfusioni di sangue e Testimoni di Geova: il ruolo del medico tra rispetto della volontà del paziente e stato di necessità*, e in *Foro it.*, 2007, I, c. 1711, con annotazioni di G. CASABURI, *In tema di dissenso ad una emotrasfusione. Sia qui altresì consentito rinviare a S. CACACE, Il rifiuto del trattamento sanitario, a scanso d'ogni equivoco*, in questa *Rivista*, 2014, p. 547.

e se davvero andasse così confortata. Altro è ragionare sulle percentuali; l'informazione presupponeva una ridotta *probabilità* di pericolo di vita e di conseguente, necessaria trasfusione: la domanda è se la volizione così formatasi sia meritevole di rispetto, valida e vincolante – in sala operatoria <sup>6)</sup>. Per contro, una presunta, contrapposta categoria della *possibilità* pare priva di senso e logico e giuridico e medico-scientifico, nell'ambito dell'illustrazione dei rischi insiti in un intervento chirurgico, i quali, semplicemente, potranno presentare percentuali di realizzazione più o meno basse. Ebbene, dubbio appare il motivo per il quale il Testimone di Geova non sia posto, prima, nelle condizioni di decidere sul da farsi nell'eventualità in cui si concretizzi, poi, il rischio di morire – pericolo comunque inizialmente già esistente, seppur limitato. In altri termini, parrebbe che, dinanzi a pazienti *super motivati*, la categoria dell'imprevedibilità sia da ridimensionare; che l'informazione non possa essere *timorosa*, riluttante alla formulazione di domande « chiuse », soltanto preoccupata di ricevere un diniego perentorio quanto alla trasfusione o riguardo alla stessa realizzazione dell'operazione che di sangue altrui potrebbe necessitare <sup>7)</sup>. Chiosa, del resto, il Giudice bresciano: « non è vero che si renderebbe impossibile rifiutare di essere trasfusi ogniquale volta durante un intervento chirurgico la situazione si prospetti più grave del previsto. Non ogni differenza di gravità è rilevante, ma solo quelle che introducono elementi di rischio del tutto nuovi e non valutati dal paziente »; laddove, poi, sia possibile posticipare l'intervento, quest'ultimo sarà sospeso e rinviato, al fine di meglio indagare la volontà dell'ammalato. Ora, ammesso e non concesso che la diretta interessata non si sia rappresentata l'ipotesi del pericolo di

6) Riguardo ad una manifestazione di dissenso « espressa, inequivoca, attuale, informata », cfr. Cass., sez. III civ., 15 settembre 2008, n. 23676, in *Corr. giur.*, 2008, p. 1671, con commento di F. FORTE, *Il dissenso preventivo alle trasfusioni e l'autodeterminazione del paziente nel trattamento sanitario: ancora la Cassazione precede il legislatore nel riconoscimento di atti che possono incidere sulla vita*; in *Giur.it.*, 2009, p. 1126, con nota di G. PELLEGRINO, *Il rifiuto delle trasfusioni da parte dei testimoni di Geova; tra diritto costituzionale all'autodeterminazione in materia sanitaria e attualità del dissenso*, p. 1400, con nota di P. VALORE, *Il dissenso al trattamento terapeutico*, e p. 1661, con nota di M. PETRI, *Preventivo rifiuto*, cit.; in *Studium iuris*, 2009, p. 450, con commento di A. SCALERA, *Rifiuto di trasfusione salvavita*; in *Dir. fam. pers.*, 2009, p. 58, con commento di R. MASONI, *I testimoni di Geova tra legittimità, merito ed amministrazione di sostegno*; in *Resp. civ. prev.*, 2009, p. 585 e p. 2112, con note rispettivamente di G. COCCO, *Un punto sul diritto di libertà di rifiutare terapie mediche anche salva vita (con qualche considerazione penalistica)*, e di G.E. POLIZZI, *“È vietato mangiare sangue”: il divieto geovista alle emotrasfusioni nei recenti orientamenti giurisprudenziali e dottrinali*; in questa *Rivista*, 2009, p. 210, con commento di M. BARNI, *Sul rifiuto del sangue, un compromesso onorevole*, e p. 213, con commento di A.L. SANTUNIONE - E. SILINGARDI, *Il rifiuto anticipato dei trattamenti trasfusionali: la Cassazione civile ancora in bilico tra un passato che non passa ed un futuro ipotetico*; in *Nuova giur. civ. comm.*, 2009, I, p. 175, con nota di G. CRICENTI, *Il cosiddetto dissenso informato*; in *Resp. civ. prev.*, 2009, p. 126, con nota di M. GORGONI, *Libertà di coscienza v. salute; personalismo individualista v. paternalismo sanitario*, e in *Foro it.*, 2009, I, c. 36, con commento di G. CASABURI, *Autodeterminazione del paziente, terapie e trattamenti sanitari “salvavita”*.

7) L. EUSEBI, *Biodiritto in dialogo, recensione del volume “Principi di biodiritto penale” di Stefano Canestrari (Il Mulino, 2015)*, in questa *Rivista*, 2016, p. 882: « Peraltro non trascurando, onde evitare qualsiasi approccio ideologico che offuschi la particolare drammaticità umana del caso, i due aspetti che lo rendono diverso da ogni altro rifiuto di terapie salvavita: il fatto che, mentre in questi ultimi il malato vuole che la patologia sia ormai lasciata evolvere fino al suo *exitus*, nell'ipotesi in esame il malato non vuole questo (non vuole morire), ma ritiene di non poter accettare uno specifico atto terapeutico; e altresì il fatto – la sua espressione, forse, non è *politically correct*, senza che esso, però, sia meno vero – per cui la stragrande maggioranza della popolazione (credenti e non credenti) resta persuasa che quella persona rischia di morire non tanto per un ideale morale o religioso, ma per un equivoco nell'approccio al dato religioso ».

vita, questa era un'eventualità che le andava senz'altro delineata, nell'ambito di un'operazione urgente e comunque complessa, volta a fronteggiare una « grave malattia in atto » (la quale prevedeva anche il pericolo di vita, così come da classificazione A.S.A. previamente compiuta dall'anestesista e altresì sottoscritta dalla paziente <sup>8)</sup>), senza che possa rilevare, invece, se il rifiuto abbia vagliato un evento ad altissima o bassissima probabilità di realizzazione. Certo, siffatta volizione non potrebbe mai risolversi in una croce su un modulo, bensì dovrebbe trovare certificazione nel corso di un dialogo *onesto* con il personale sanitario incaricato: nel caso di specie, la trasparenza della comunicazione è quantomeno messa in discussione dall'indicazione, all'interno della cartella clinica e di seguito all'attestazione del rifiuto all'emotrasfusione, che, al verificarsi di un imminente pericolo di vita, i medici avrebbero senz'altro proceduto con le necessarie trasfusioni di sangue. Come a dire: documento il rifiuto e contemporaneamente mi preparo alla sua immediata, seppur solo eventuale, violazione, con l'alibi dell'imprevisto ed imprevedibile peggioramento, dalla paziente non considerato – ma dai medici sì, verrebbe da aggiungere, tanto da essere stato messo nero su bianco.

## 2. Il rifiuto o la pretesa di un determinato trattamento sanitario. Dei diritti e dei doveri del medico.

La seconda decisione è, invece, milanese <sup>9)</sup>: la paziente, Testimone di Geova ed incinta, programma con il suo ginecologo un cesareo, al fine di partorire in sicurezza e senza ricorrere a terapie emotrasfusionali; al momento del ricovero, ribadisce verbalmente il proprio rifiuto e consegna altresì una dichiarazione di volontà scritta, firmata anche da due testimoni e inserita in cartella clinica. Nata la figlia, dopo qualche ora la puerpera comincia a lamentare dolori addominali di tipo compressivo; il giorno successivo, a seguito di un sopraggiunto, severo stato di anemizzazione, i medici ritengono necessario un intervento chirurgico di laparotomia esplorativa, per sospetto emoperitoneo, previo trattamento emotrasfusionale al fine di ristabilire i valori ematici della paziente. Quest'ultima, però, continua a ribadire il proprio diniego, « implorando » il personale sanitario di rispettare la sua volontà; si mostra comunque collaborativa nei confronti di medici ed infermieri e, dinanzi alla scelta, prospettata dall'anestesista, fra trasfusione e morte, lasciando vedovo il marito e orfana la figlia, si limita « ad allargare le braccia ». Alla fine, l'emotrasfusione – indispensabile per la sopravvivenza stessa della donna, nonché necessaria per l'effettuazione dell'intervento – viene eseguita e l'operazione realizzata con successo: anche questa volta, in conclusione, il Giudice avalla la decisione dei sanitari, poiché, qualora l'ammalata avesse « davvero inteso rifiutare di

8) Nello specifico, l'intervento era stato classificato con rischio 3-4, laddove 3 corrisponde a « grave malattia in atto, senza pericolo di vita » e 4 a « grave malattia in atto, con pericolo di vita ».

9) Trib. Milano, 13 maggio 2015, n. 6052, inedita. Il giudizio d'appello è attualmente in corso.

sottrarsi al rischio di morte che i medici le avevano prospettato, avrebbe allora assai semplicemente potuto impedire tale trasfusione così profondamente avversata, chiedendo di essere dimessa immediatamente dall'ospedale o, almeno, rifiutando (anche) l'intervento ».

La prima questione è in tema di capacità. La signora è debole sì, ma comunque *compos sui*. Da mesi programma un parto che le consenta di non violare i propri precetti religiosi; il suo rifiuto del sangue viene, comunque, altresì reiterato nell'immediatezza dell'intervento chirurgico: certo, probabilmente non si oppone fisicamente o ad alta voce all'emotrasfusione coatta (non sarebbe neppure in grado di farlo, in realtà, considerate le sue condizioni di salute), ma che l'affermazione dell'autodeterminazione individuale debba di necessità passare da una reazione « violenta » di chi ne invoca il rispetto e l'autenticità è istanza quantomeno discutibile <sup>10</sup>. Sul medico grava l'onere di provare il corretto adempimento del dovere d'informazione e la conseguente raccolta del consenso dell'ammalato: per contro, se è pacifico che la paziente ha accettato, anche per iscritto, la laparotomia, lo stesso non può sostenersi quanto alla trasfusione di sangue. Tutt'altro: se i sanitari si risolvono, infine, a chiedere l'autorizzazione del magistrato di turno, non senza prima aver contattato il ministro del culto dei Testimoni di Geova di riferimento (al fine di riuscire eventualmente a convincere la puerpera ad accantonare la propria posizione dissenziente), la consapevolezza di procedere nonostante il diniego è cristallina. Uno dei medici coinvolti, infine, arriva ad esclamare « che se la vedrà lui con il Dio » dell'assistita; ancora una volta, è chiaro che nulla ha funzionato, nel dialogo con il paziente del caso concreto: la pretesa irrazionalità delle di lui decisioni ha indotto a non ascoltare o chiedere di più, a non documentare, soprattutto, il dissenso – avendo deciso che, ad ogni modo, lo si sarebbe violato.

Certo, la donna non voleva morire: è naturale che volesse essere operata. Non *doveva* rifiutare anche l'intervento. Né i medici *dovevano* eseguire la laparotomia senza sangue, se ciò significava procedere contrariamente a diligenza, con l'esito pressoché scontato di cagionare il decesso della donna. Semplicemente, in assenza di adeguato consenso ad un atto sanitario necessariamente prodromico all'operazione principale, quest'ultima non *doveva* essere effettuata <sup>11</sup>. Più chiaramente, se il medico non può obbligare l'ammalato

10) Cfr., per un caso di Testimone di Geova fisicamente costretto all'emotrasfusione e perciò contenuto, proprio al fine di superarne l'opposizione, Trib. Milano, sez. V civ., 16 dicembre 2008, n. 14883, in *Corr. mer.*, 2009, p. 493, con commento di V. BUSI, "Sangue o no sangue?", questo è il problema... dei medici, e in *Nuova giur. civ. comm.*, 2009, I, p. 639, con commento di G. CRICENTI, *Il rifiuto delle trasfusioni e l'autonomia del paziente*, nonché App. Milano, sez. I civ., 19 agosto 2011, n. 2359, in *Resp. civ. prev.*, 2012, p. 1046, con commento di S. FUCCI, *Urgenza terapeutica, libertà del paziente di rifiutare anche un trattamento proposto come salvavita e responsabilità professionale*, e in *Fam. pers. succ.*, 2012, p. 185, con nota di L. GHIDONI, *Il trattamento sanitario tra protezione della personalità e imposizione di valori etici*. Al riguardo, sia qui consentito rinviare a S. CACACE, *Il medico e la contenzione: aspetti risarcitori e problemi d'autodeterminazione*, in questa *Rivista*, 2013, p. 209.

11) In merito alla posizione di garanzia del medico a fronte del diniego del proprio paziente, cfr. A. GARGANI, "Jus imperfectum"? L'esercizio del diritto di rifiutare le cure tra esigenze di garanzia e prospettive di riforma, in questa *Rivista*, 2014, p. 505.

ad un trattamento ed è tenuto a rispettarne l'accertata volontà negativa, omettendo (o cessando) d'intervenire <sup>12)</sup>, è altrettanto vero, viceversa, che il medesimo ammalato non può obbligare il terapeuta ad agire contrariamente alle proprie *leges artis* (la « scienza » e la « coscienza »: una laparotomia senza previa emotrasfusione, per l'appunto). D'altro canto, laddove il rispetto della volontà negativa richieda, in capo al personale sanitario, non una semplice omissione, bensì una condotta *positiva*, ai fini della cessazione del trattamento in atto (lo spegnimento del macchinario o la rimozione di un sondino, per esempio), allora il paziente avrà il diritto di veder assecondata tale sua risoluzione e, a fronte dell'obiezione di coscienza (tale facoltà ammessa e non concessa) eventualmente eccepita dal terapeuta, la struttura ospedaliera dovrà comunque attivarsi in tal senso, individuando un professionista in grado di ottemperare alle sue richieste <sup>13)</sup>.

Certo che il medico non può tramutarsi in « mero registratore ed esecutore di volontà » <sup>14)</sup>: ciò equivarrebbe a legittimare persino il metodo Stamina, la cura Di Bella, la « nuova medicina germanica » di Hamer e tutte le altre terapie « alternative » o presunte « naturali » che da sempre alimentano le speranze e le illusioni di tanti pazienti. Non si può o deve fare, quindi, tutto ciò che l'ammalato richiede: il *discrimen*, appunto, è garantito dal sapere professionale e dalle leggi dell'arte, che non possono essere deformate da una determinata volontà *positiva* del diretto interessato – seppur compiutamente edotto quanto alle caratteristiche del trattamento che egli pretende, nonché riguardo alla sua infondatezza scientifica o, addirittura, circa la sua stessa pericolosità o dannosità. La volontà del paziente non può continuare ad essere considerata un elemento di disturbo per il medico che « fa il suo mestiere », laddove, nella migliore delle ipotesi, l'ammalato è considerato strutturalmente incapace anche solo d'incamerare e gestire la quantità di informazioni che gli vengono di necessità somministrate, nell'impossibilità di colmare in maniera per lo meno soddisfacente l'asimmetria fra curante e curato. Per converso, le decisioni e le indicazioni del paziente delineano, in sede penale, civile e disciplinare, i confini e i contenuti della posizione di garanzia rivestita dal professionista, che non può comunque mai, in un delirio d'onnipotenza, né « vedersela col dio » del diretto interessato né sostituirsi, letteralmente, a Dio

12) Non potendosi configurare un diritto, in capo al medico, di obiezione di coscienza *positiva*: cfr. F. MASTROMARTINO, *Contro l'obiezione di coscienza positiva*, in *Ragion pratica*, 2015, p. 629, e P. CHIASSONI, *Obiezione di coscienza: negativa e positiva*, in P. BORSELLINO - L. FORNI - S. SALARDI (a cura di), *Obiezione di coscienza. Prospettive a confronto*, in *Notizie di Politeia*, 2011, XXVII, 101, pp. 36-54.

13) Sia qui consentito rinviare a S. CACACE, *A proposito di scienza e diritto: il « caso Stamina » (ma non solo). Libera scelta della cura e tutela della salute: là dove il dovere del medico s'arresta*, in questa *Rivista*, 2016, p. 109. Cfr. altresì A. VALLINI, *Il diritto di rifiutare le cure e i suoi risvolti: spunti per una discussione multidisciplinare*, in questa *Rivista*, 2014, p. 495; P. CHIASSONI, *Libertà e obiezione di coscienza nello stato costituzionale*, in *D&Q*, 2009, 9, p. 65; D. PARIS, *L'obiezione di coscienza. Studio sull'ammissibilità di un'eccezione dal servizio militare alla bioetica*, Passigli, Firenze, 2011; L. EUSEBI, *Obiezione di coscienza del professionista sanitario*, in L. LENTI - E. PALERMO FABRIS - P. ZATTI (a cura di), *I diritti in medicina*, in S. RODOTÀ - P. ZATTI (diretto da), *Trattato di Biodiritto*, Giuffrè, Milano, 2011, p. 173; V. ABU AWWAD, *L'obiezione di coscienza nell'attività sanitaria*, in questa *Rivista*, 2012, p. 403, e M. SAPORITI, *La coscienza disubbidiente: ragioni, tutele e limiti dell'obiezione di coscienza*, Giuffrè, Milano, 2014. Cfr. altresì il parere del Comitato Nazionale per la Bioetica *Obiezione di coscienza e bioetica*, 30 luglio 2012, in [www.governo.it/bioetica/pareri.html](http://www.governo.it/bioetica/pareri.html).

14) Trib. Milano, sez. V civ., 16 dicembre 2008, n. 14883, cit.

– decidendo cosa sia, oggettivamente e soggettivamente, il meglio. Andare in sala operatoria con la consapevolezza di non poter trasfondere equivale a non poter utilizzare, fra le dieci tipologie di bisturi disponibili, quella oggetto del rifiuto previamente opposto dall'ammalato; tuttavia, trattasi di volontà che modifica gli strumenti del gioco, non le sue regole: il medico procede all'intervento senza emotrasfusione solo laddove lo ritenga realizzabile secondo diligenza o, comunque, preferibile al non-intervento, però apprestando preventivamente tutte le cautele idonee alla cura di tali, peculiari (*special needs*) pazienti (come « speciale » è un cardiopatico, un diabetico o una persona di cent'anni). Certo, laddove nel corso dell'operazione fosse la negligenza sanitaria a render necessario il sangue altrui, potrebbe persino eccepirsi, ai sensi dell'art. 1227 cod.civ., la natura « colposa » di tale diniego (che priva il creditore di una *chance* di sopravvivenza e/o di guarigione), se non, addirittura, un'interruzione del nesso causale<sup>15</sup>). D'altro canto, vero è che la riduzione del pregiudizio che il medico e il suo assicuratore dovranno liquidare non potrebbe in alcun modo giustificare la compressione di un diritto fondamentale, quale è quello di rifiutare un determinato trattamento: il rischio *aumentato*, derivante dalle particolari convinzioni del danneggiato, grava esclusivamente sul terapeuta. Ciò che conta è che si tratti di volontà proveniente da persona capace d'intendere e di volere, mentre una presunta irrazionalità del diniego non è sindacabile: allo stesso modo, il professionista che sbaglia nel prescrivere le pillole anticoncezionali è responsabile della nascita del figlio non desiderato, benché il bambino avrebbe potuto essere abortito o dato in adozione, così *mitigando il danno* cagionato dalla colpa medica<sup>16</sup>).

La tentazione, allora, potrebbe ben essere non curare i Testimoni di Geova, non accettarne il ricovero ospedaliero, nell'impossibilità di « trattarli » al meglio e al massimo delle conoscenze scientifiche disponibili e nell'incapacità di tollerarne istanze ritenute irrazionali. Problema del tutto simile, invero, a quello del soggetto in stato vegetativo per il quale s'intenda procedere alla rimozione del sondino nasogastrico per l'alimentazione ed idratazione artificiali, sulla base di una ricostruzione della di lui volontà nel senso dell'interruzione di tale trattamento<sup>17</sup>). Al riguardo, infatti, l'accettazione da parte di una

15) G. CATTANEO, *La responsabilità del professionista*, Giuffrè, Milano, 1958, pp. 288-289. Cfr. Trib. Roma, 15 settembre 2010, n. 18332, in *Resp. civ. prev.*, 2011, p. 968, con commento di S. D'ERRICO - E. TURILLAZZI, *Dissenso alla trasfusione di sangue e nesso causale fra omesso intervento e decesso del paziente: il giudizio valutativo evita un'improbabile proposizione statistica*. La dottrina francofona si è ampiamente espressa sul tema: cfr. A. GORNY, *La faute de la victime en droit de la santé: où en est-on en 2008?*, in *Gaz. Pal.*, 2008, 275, p. 5; M.-E. ARBOUR, *L'incidence du refus de traitement sur le droit à l'indemnisation de la victime d'un préjudice corporel: pour une interprétation conforme au respect des libertés de conscience et de religion*, in *Cahiers de Droit*, 2000, p. 627; G. MEMETEAU, *Volonté du malade opposée à l'intérêt du malade. Provocation à une réflexion hérétique*, in *R.D.U.S.*, 1988, 18, p. 265; G. DURRY, *La faute de refuser une transfusion sanguine*, in *RTD civ.*, 1975, p. 712; P.-J. DOLL, *Des conséquences pecuniaires du refus par la victime d'un accident de se soumettre à une opération chirurgicale améliorante après consolidation des blessures*, in *JCP G*, 1970, p. 2351, e J. MALHERBE, *Médecine et Droit moderne*, Parigi, 1968, p. 177.

16) V. G. CALABRESI, *Il dono dello spirito maligno*, Giuffrè, Milano, 1996, p. 8. Cfr. *Troppi v. Scarf* (1971) 31 Mich. App. 240, 187 N.W. 2d 511. In Italia, cfr. Trib. Monza, 19 aprile 2005, in questa *Rivista*, 2007, p. 492.

17) V. TAR Lombardia, sez. III, 26 gennaio 2009, n. 214, in *Guida dir.*, 2009, 7, p. 87, con commento di G. PALLIGIANO, *Pratiche di sostegno vitale della persona equiparate alle pratiche terapeutiche*; in *Gior. dir. amm.*, 2009, p. 267, con nota di A. PIOGGIA, *Consenso informato e rifiuto di cure: dal riconoscimento alla soddisfazione del diritto*; in

struttura sanitaria pubblica « non può essere condizionata alla rinuncia del malato ad esercitare un suo diritto fondamentale »<sup>18)</sup>, quale è il diritto ad interrompere/rifiutare il trattamento cui si è sottoposti. È il Servizio Sanitario Nazionale, il quale né può indebitamente limitare il diritto dei propri assistiti ad autodeterminarsi in ordine alle terapie né può addirittura preselezionare gli ammalati meritevoli d'attenzione, sulla base di caratteristiche fisiche o psichiche, di opzioni religiose, filosofiche o ideologiche. Per questi medesimi motivi, la scelta non è, per il paziente, fra il completo affidamento alle cure che i medici ritengono adeguate, da una parte, e abbandonare l'ospedale, firmando le proprie dimissioni, dall'altra. Erroneamente, invece, il Giudice prospetta quest'alternativa, addirittura inferendo l'incapacità decisionale della puerpera dalla mancata visualizzazione di simile possibilità: per non essere trasfusa, andare via, proprio come se la libertà terapeutica potesse esprimersi solo lontano dai medici e senza il loro diretto coinvolgimento. Da ultimo, se non con le dimissioni, l'emotrasfusione avrebbe potuto essere evitata « rifiutando anche l'intervento »; peccato, però, che la prospettiva sia completamente da capovolgere: per essere sottoposta all'intervento, la signora avrebbe dovuto acconsentire *anche* all'emotrasfusione.

### 3. La necessità di salvare la vita e il danno della vita salvata.

La volontà della paziente – nei termini di un diniego al prezzo stesso della vita – viene considerata non sufficientemente provata, quindi: in questo caso, la dimostrazione dell'inadempimento (mancata acquisizione del necessario consenso, ma anche: violazione del dissenso) e il nesso eziologico (il paziente avrebbe rifiutato l'intervento, laddove adeguatamente informato, ma anche: il paziente aveva effettivamente rifiutato l'intervento, ma non è stato ascoltato) finiscono per coincidere e confondersi. D'altro canto, a fronte della mancata prova – gravante, s'è detto, sul medico – di aver diligentemente informato, non si è ritenuto, però, che l'attrice abbia soddisfatto l'onere di dimostrare d'aver opposto un valido diniego: *ergo*, di dimostrare il rapporto causale fra l'emotrasfusione e il danno derivantene<sup>19)</sup>.

*Studium iuris*, 2009, p. 484, con commento di A. SCALERA, *Alimentazione e idratazione artificiale*; in *Foro amm. T.A.R.*, 2009, p. 981, con nota di V. MOLASCHI, *Riflessioni sul caso Englaro. Diritto di rifiutare idratazione ed alimentazione artificiali e doveri dell'Amministrazione sanitaria*; in *Foro it.*, 2009, III, c. 238, con commento di A. PALMIERI, *In tema di sanità pubblica*; in *Arch. giur. "Filippo Serafini"*, 2009, p. 169, con nota di C. SARTEA e F. ANZILOTTI, *Una pronuncia amministrativa ed i suoi limiti. Ancora sul caso "Englaro"*, e in *Foro it.*, 2010, III, c. 100, con nota di D. MALTESE, *Sul caso E.: decreto camerale e ricorso straordinario per Cassazione*; Cons. Stato, 2 settembre 2014, n. 04460, cit., e TAR Lombardia, sez. III, 6 aprile 2016, n. 650, in *www.biodiritto.org*.

18) Cons. Stato, 2 settembre 2014, n. 04460, cit.

19) Cfr. Cass., sez. III civ., 9 febbraio 2010, n. 2847, in *Nuova giur. civ. comm.*, 2010, I, p. 783, con commenti di S. CACACE, *I danni da (mancato) consenso informato*, e di A. SCACCHI, *La responsabilità del medico per omessa informazione nel caso di corretta esecuzione dell'intervento "non autorizzato"*; in *Danno resp.*, 2010, p. 685, con commento di R. SIMONE, *Consenso informato e onere della prova*; in *Resp. civ. prev.*, 2010, p. 1013, con nota di M. GORGONI, *Ancora dubbi sul danno risarcibile a seguito di violazione dell'obbligo di informazione gravante sul sanitario*; in *Giur.it.*, 2011, p. 816, con commento di G. CHIARINI, *Il medico (ir)responsabile e il paziente (dis)informato. Note in tema di danno*

Orbene, la prima notazione riguarda la discutibilità di uno dei postulati dal Giudice espressi: quand'anche il dissenso fosse stato accertato, la condotta del personale sanitario sarebbe stata scriminabile grazie alla verifica di uno stato di necessità. Ecco, basti qui considerare che si tratta sì di un problema di gerarchia delle fonti (l'applicazione di un articolo del codice deve conformarsi al dettato costituzionale, di cui all'art. 32), ma anche di rischiare di vanificare il senso stesso dell'autodeterminazione individuale in ambito terapeutico: come già si chiosava dappprincipio, se il medico può fare ciò che vuole quando il paziente è in pericolo di vita, e proprio quando si tratta, quindi, delle decisioni « estreme », delle scelte più drammatiche e « ad alto tasso esistenziale » (la morte o la gamba amputata; la morte o la violazione di precetti religiosi; la morte o una vita ritenuta non degna, perché afflitta da sofferenze considerate inaccettabili), allora quella del consenso informato è una beffa, una farsa. La scienza e coscienza di colui che soccorre non può sostituirsi alla coscienza di colui che tale soccorso non vuole; tantomeno, poi, si può ragionare in termini di « un'indennità, equitativamente liquidata in misura corrispondente a quella che potrebbe essere liquidata a titolo risarcitorio ». Il pregiudizio di cui si discorre concerne esclusivamente, infatti, l'autodeterminazione individuale: di conseguenza, se questa è stata scientemente violata, non esiste stato di necessità che tenga, mentre quest'ultimo è configurabile solo qualora non sia stata manifestata (perché non *manifestabile*) una volontà giuridicamente valida – e non sarà mai possibile, allora, prospettare l'oltraggio di qualcosa che non si è verificato. Inoltre, se, da una parte, i sanitari procedono – può darsi – nella convinzione che il Testimone di Geova non stia esprimendo un diniego *reale*, costoro agiscono pur sempre, dall'altra, senza il lasciapassare del suo consenso, forse addirittura certi che questa determinata tipologia di ammalati « non se la senta », non sia neppure « in grado » di accettare l'emotrasfusione, al contempo, però, aspettando o silentemente chiedendo che sia il giudice o il terapeuta a farlo al posto loro – *costringendoli*, quindi, a rimanere vivi. Peraltro, non v'è consenso presunto o putativo che si possa qui prospettare <sup>20)</sup>: v'erano il tempo e le condizioni perché l'ammalato assentisse – ma ciò non è avvenuto. È un medico che interviene per sollevare l'assistito dalla responsabilità della scelta, laddove l'imperativo, per converso, dovrebbe essere

*risarcibile per intervento terapeutico eseguito in difetto di consenso; in Corr. giur.*, 2010, p. 1201, con nota di A. Di MAJO, *La responsabilità da violazione del consenso informato; in Contr. impr.*, 2010, p. 653, con commento di C. PIRRO, *Sulla mancata acquisizione del consenso informato da parte del medico*, e in *Foro it.*, 2010, I, c. 2113, con note di richiami di R. SIMONE. Al riguardo, sia altresì consentito rinviare a S. CACACE, *Medice, cura te ipsum? Il diritto all'informazione del paziente-medico (e qualche altra questione sul consenso al trattamento)*, in questa *Rivista*, 2013, p. 1505, commento a Cass., sez. III civ., 27 novembre 2012, n. 20984.

20) A. FIORI - D. MARCHETTI, *Medicina legale della responsabilità medica*, Giuffrè, Milano, 2016, p. 57 ss.; M. BILANCETTI - F. BILANCETTI, *La responsabilità penale e civile del medico*, Cedam, Padova, 2013, p. 387 ss., F. VIGANO, *sub art. 50*, in E. DOLCINI - G. MARINUCCI (a cura di), *Codice penale commentato*, III ed., IPSOA, Milano, 2011, vol. I, § 106 ss., e U. NANNINI, *Il consenso al trattamento medico*, Giuffrè, Milano, 1989. V. GIP Trib. Torino, 15 gennaio 2013 (ord.), in *Archivio Penale.it*, 2014, p. 23, con commento di J. DE LILLO, *Dissenso informato e trattamento sanitario salvavita terapeutico; in Corr. mer.*, 2013, p. 862, con nota di A. VALSECCHI, *Testimone di Geova sedato con l'inganno ed emotrasfuso contro la sua volontà: quale rilevanza penale?*, e in *Dir. pen. cont.*, 21 maggio 2013, con commento di F. VIGANO, *Emotrasfusione nonostante il dissenso del paziente testimone di Geova: assolti i medici per errore inevitabile sulla legge penale*.

quello di accettarle, queste decisioni, e definitivamente: senza sindacato alcuno e rinunciando ai sistematici tentativi d'indebolirne la forza. Come i primi cristiani preferivano la morte – condannati *ad belvas* – anziché rinnegare la loro fede, così per il Testimone di Geova sono in gioco risurrezione e salvezza eterna: la pervicacia, anche a fronte della certezza dell'*exitus* finale, non può che essere rispettata, benché non condivisa <sup>21)</sup>.

La seconda notazione concerne il pregiudizio liquidabile. Si tratta – è noto – di danno-conseguenza, mai *in re ipsa* <sup>22)</sup>. Ecco, il Giudice osserva: se anche ci fosse stato, sarebbero state due lire, perché la supposta sofferenza psichica della diretta interessata non ha presentato né una durata né esiti ritenuti *importanti*. Del resto, già in altra sede <sup>23)</sup> s'è considerata, da parte di chi scrive, la necessità di valutare seriamente, invece, un simile pregiudizio, laddove il paziente avrebbe persino preferito la morte, pur di non subirlo; che i medici sappiano, quindi, quanto disvalore l'ordinamento riconosce alla loro condotta, benché salvifica (è la deterrenza, nulla di più): altrimenti si accantoni, e una volta per tutte, la quantità di enunciazioni di principio, giurisprudenziali, dottrinali e anche normative, volte a consacrare la superiorità della libertà personale su una nozione oggettiva di salute e sopravvivenza.

Si tratta, in definitiva, d'insegnare al medico, già all'università, a curare secondo la personale dignità del curato, senza la pretesa d'essere investito di una missione superiore ed assoluta, nonché a dire la verità al proprio paziente, per recuperare e ristrutturare il rapporto fiduciario che dovrebbe legarli. Il contraltare del dovere d'informare, peraltro, non è tanto e solo il diritto d'essere informato, quanto, ancora, il dovere di esserlo, al fine di adottare e poi gestire tutte le decisioni terapeutiche senza delegare ad alcuno. A guardare la giurisprudenza, del resto, la percezione è che il medico non venga mai, comunque, *condannato*: né qualora abbia salvato la vita *contra voluntatem aegroti* né quando questi sia stato lasciato morire, rispettandone le istanze. In altri termini: la volontà andrebbe rispettata, ma il sanitario « se la deve sentire ».

È una contraddizione, un equivoco che pervade l'ordinamento anche e soprattutto laddove si tratti di portare ossequio alle individuali determinazioni per il tramite dell'amministrazione di sostegno. Al riguardo, solo qualche notazione, altresì sollecitata dall'ultima casistica oggetto del contributo di Federico Papini, che qui segue: da una parte, infatti, si ritiene che il giudice non possa procedere alla nomina dell'amministratore fino a quando non si sia effettivamente realizzata l'incapacità del beneficiario <sup>24)</sup>; dall'al-

21) Cfr. P. PICCIOLI, *Il prezzo della diversità. Una minoranza a confronto con la storia religiosa in Italia negli scorsi cento anni*, Jovene, Napoli, 2010.

22) Cass., sez. III civ., 9 febbraio 2010, n. 2847, cit.

23) S. CACACE, *Il rifiuto del trattamento sanitario, a scampo d'ogni equivoco*, cit., p. 557.

24) Cfr. App. Genova, sez. III civ., 19 luglio 2016 (decr.), e Trib. Savona, 8 agosto 2015 (decr.): l'orientamento seguito è quello di Cass., sez. III civ., 20 dicembre 2012, n. 23707, in *Riv. tel. giur. ass. it. cost.*, 9 luglio 2013, con commento di B. VIMERCATI, *Dai requisiti di attivazione dell'amministrazione di sostegno alla necessità dell'interposizione del legislatore in materia di decisioni di fine vita*, e in *Nuova giur. civ. comm.*, 2013, I, p. 424, con commento di M. GORGONI, *Amministrazione di sostegno e direttive anticipate di trattamento. V. le considerazioni già svolte in S. CACACE, Il rifiuto del trattamento sanitario, a scampo d'ogni equivoco*, cit., p. 556.

## DOTTRINA E METODOLOGIA

tra, si arriva persino ad investire un rappresentante diverso da quello prescelto dal diretto interessato e con l'incarico, inoltre, di manifestare una volontà esattamente opposta ai *desiderata* dall'ammalato espressi quanto alle emotrasfusioni <sup>25)</sup>. Insomma, l'ordinamento non lascia scampo: nell'ipotesi in cui la decisione sanitaria sul paziente incapace richieda tempi brevissimi, l'amministratore non sarà stato ancora nominato; l'indicazione del rappresentante e il relativo incarico devono persino conformarsi alla « coscienza del Giudice »; neppure, poi, è ben chiaro se le indicazioni del delegato possano vincolare i medici, al ricorrere di uno stato di necessità; i grimaldelli dell'imprevedibilità, dell'attualità e della gravità operano, infine, a maggior ragione, sia laddove si tratti del rispetto di un documento scritto sia qualora si richieda di ascoltare la parola del fiduciario. « Solo chiacchiere e distintivo » <sup>26)</sup>, verrebbe ben da commentare: vero è che un ripensamento valoriale, da parte del mondo dei tribunali e di quello degli ospedali, sarebbe quantomeno agevolato da un intervento normativo coraggiosamente *chiaro* nelle opzioni e nelle indicazioni. Del resto, non v'è motivo di credere che ciò avverrà a breve; lo scollamento fra i principi e la loro applicazione va sanato per altra via, dunque. Se non altro, si cominci a confessarne l'esistenza.

25) Cfr. App. Firenze, 27 marzo 2014 (decr.), e Trib. Siena, 12 febbraio 2014 (decr.).

26) È De Niro-Al Capone a parlare, in una delle scene madri del film *The Untouchables*, 1987, diretto da Brian De Palma.