

# NUOVA ENCICLOPEDIA DI BIOETICA E SESSUOLOGIA

## DIRITTI DEI MALATI

Cosimo Loré

### **Diritti della persona, diritti della personalità, *privacy*.**

Una preliminare e primaria questione si pone a livello definitorio posto che sia in dottrina che in giurisprudenza necessita una appropriata distinzione delle tre nozioni rappresentate nel titolo del presente paragrafo, troppe volte impropriamente richiamate da giuristi, giudici e – ahimè – legislatori, indotti in errore dalle subentranti normative in materia, in particolare, di tutela dei diritti alla cosiddetta *privacy*, alla riservatezza, ad essere lasciati soli, alla intimità della vita privata!

*“Si tratta in altre parole di una materia ‘calda’, sia dal punto di vista del discorso dogmatico, sia da quello dell’opinione pubblica generale (basti pensare ai timori liberticidi evocati dai mass media all’indomani dell’approvazione della legge italiana sul trattamento dei dati personali)... Una sommaria ricognizione di alcuni lavori dedicati ai diritti della personalità porterebbe a ritenere che di tale categoria facciano parte, variamente in rapporto tra loro: il diritto alla vita e all’integrità fisica, le problematiche giuridiche attinenti a suicidio, eutanasia, aborto, sterilizzazione e fecondazione assistita, il diritto alla salute, la tutela dell’ambiente, la tutela del consumatore, dell’utente di servizi radiotelevisivi e degli infermi di mente, il diritto morale di autore, il diritto al nome, allo pseudonimo, all’immagine, alla reputazione, all’identità personale, all’identità sessuale, alla riservatezza, il diritto all’oblio, il diritto allo sfruttamento economico della propria notorietà, nonché i più svariati diritti di libertà (diritto alla libertà personale, sessuale, religiosa, alla libera manifestazione del pensiero, alla libertà di esplicazione di attività nel campo economico e privato, alla costituzione e alla partecipazione alle formazioni sociali)...”* osserva il giurista Pino d’intesa con altri autorevoli autori (Friedman, Dogliotti, Rescigno, Perlingieri, Bessone, Ferrando, Tamburrino, Alpa, Ansaldo, Giacobbe, Giuffrida, Gazzoni)...

All’ambito dei “diritti della personalità” sono ascrivibili i diritti correlati alla conoscibilità e identificabilità della persona nelle relazioni sociali, “diritti della persona” sono quelli inerenti la tutela giuridica della integrità psicofisica come specificazione civilistica del diritto alla salute (ex art. 32 Cost.) e la legge 675 del 1996 sulla “*privacy*” ha inteso richiamare il diritto della persona a controllare e anche inibire la raccolta e l’uso che terzi possono fare dei c. d. “dati sensibili”...

In tal senso deve essere interpretata la normativa italiana disciplinante la redazione, consultazione, destinazione, conservazione della documentazione sanitaria principalmente rappresentata dalla “cartella clinica”, unico atto fedefacente l’attività sanitaria fino a prova di falso, per cui si rimanda alla “Guida della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri” (Fineschi, Loré): tale documento costituisce atto pubblico di fede privilegiata nonchè diario della malattia e di ogni fatto clinico rilevante, la cui annotazione deve avvenire in maniera sincrona rispetto agli eventi attestati uscendo nello stesso momento dalla disponibilità del redattore e acquistando carattere di definitività, per cui ogni aggiunta, modifica, alterazione, cancellazione integra la fattispecie penalmente rilevante della falsità in atto pubblico. ...altrimenti vana e vacua risulta la cartella così compilata per non rispondere dei propri comportamenti; è notorio che solo il 15% degli interventi medici è basato su valide evidenze scientifiche (Smith).

Diritto della persona la primaria tutela del diritto all’integrità psico-fisica (salute umana).

## **Diritti dei malati e pratica medica!**

La professione medica esiste per legge (e per logica!) perché sia garantito il Diritto alla Salute sancito dalla Costituzione all'art. 32 (*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti...*) attraverso l'azione corale organizzata di personale appropriatamente formato per soddisfare la essenziale duplice esigenza di “*to cure*” (curare bene) e “*to care*” (prendersi cura) e di documentare accuratamente (con scrittura ben decifrabile e firme riconoscibili) in maniera sincrona ogni atto compiuto (certificato, referto, relazione specialistica, cartella clinica, scheda di dimissione)!

Come chiunque può notare la cosiddetta documentazione sanitaria consiste troppe volte in una pila di carte scritte con calligrafie ai limiti della intelligibilità se non presenti in forma di poco decifrabili annotazioni o addirittura rappresentate da meri scarabocchi: nulla che sia anche vagamente riconoscibile come corretta compilazione del fondamentale atto rubricabile come “cartella clinica” né come appropriata esecuzione dell'altro essenziale atto della “visita medica” costituita da accurata raccolta anamnestica e attento esame obiettivo (Fineschi, Swartz, Loré).

Protagoniste indiscusse la superficialità e la fretteolosità. Legge e logica affidano e impongono ai professionisti sanitari due compiti: bene operare con sincero resoconto del proprio operato in una cartella clinica informatizzata, integrata, intelligibile innanzitutto al paziente, a partire dalla anamnesi e dall'esame obiettivo per un motivato ragionamento clinico premessa indispensabile ed obbligata di ogni successivo atto a cominciare dalle richieste ed esecuzioni di esami radiologici ex decreto legge 187 del 26 maggio 2000: art. 14. *Apparato sanzionatorio. La violazione degli obblighi di cui all'art. 3, in tema di giustificazione, ed all'art. 4, in tema di ottimizzazione, è punita con l'arresto fino a 3 mesi.* Per spiegare valga questo schematico quadro delle varie fasi, decisive e diverse per responsabilità di chi opera e di chi organizza, di chi agisce e di chi amministra...

- |          |   |
|----------|---|
|          | <b>1. ESECUZIONE DI ANAMNESI ED ESAME OBIETTIVO</b> |
| <b>A</b> | <b>2. ARCHIVIAZIONE DEI DATI ACQUISITI</b>          |
|          | <b>3. INFORMAZIONE AL PAZIENTE</b>                  |
|          | <b>INFORMATIZZATA</b>                               |
| <b>B</b> | <b>CARTELLA CLINICA INTEGRATA</b>                   |
|          | <b>INTELLIGIBILE</b>                                |
|          | <b>1. CONSENSO DAL PAZIENTE</b>                     |
| <b>C</b> | <b>2. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI</b>                  |
|          | <b>3. TRATTAMENTI MEDICI E CHIRURGICI</b>           |

Senza la diligente esecuzione della fase A1 non si versa in ambito definibile come sanitario perché solo una corretta visita medica consente sensate redazioni documentali, motivati accertamenti strumentali, valide informazioni cliniche. Si assiste a una mutazione in senso maligno della attività sanitaria ospedaliera posto che la pila dei fogli di carta nulla vale né significa in carenza di **Semeiotica Medica e Chirurgica** operante all'inizio d'ogni ricovero e poi ogni giorno di degenza! Siamo di fronte ad una fattispecie ben diversa dalle ipotesi di abusivo esercizio della professione sanitaria, di assenteismo e truffa sanitaria, di reati aggravati dalla funzione sanitaria e pure della comune cosiddetta *medical malpractice*. Sempre finora la stragrande maggioranza dei casi oggetto di contenzioso giudiziario riguardavano valutazioni sull'agire medico, più o meno difficoltoso, la colpa, grave o lieve, lo sbaglio e l'errore, la scusabilità o meno, il nesso ed il danno... Si trattava comunque di atti medici riferiti alla fase C3 e in misura minore C2 con una crescente “reattività” della cittadinanza e della magistratura alle fasi nello schema indicate con C1 e A3 del cosiddetto *informed consent*, di marca anglosassone. Si assiste al fenomeno di drammatica evidenza della “scomparsa” della visita medica, composta di anamnesi ed esame obiettivo...

Dalla prefazione del memorabile **MANUALE DI MEDICINA INTERNA – CLINICA MEDICA** di **Angelo Caniggia** edito da Minerva Medica a Torino nel 1989. *“Ho scelto così anche per questo volume la semplicità e la aderenza alla pratica: la semplicità di esposizione è stata massima nelle parti fisiopatologiche introduttive alle singole malattie; la aderenza alla pratica è stata possibile grazie alla raccolta di materiale documentario considerevole (sotto certi profili quest’opera può essere considerata un testo-atlante), e in particolare grazie alle cartelle cliniche degli oltre seicento casi selezionati in questi ultimi tredici anni per le lezioni di Clinica medica: ogni volta presentavo un ammalato nuovo con l’obiettivo di offrire agli studenti non solo una realtà clinica ma anche un modello di ragionamento che partiva dai rilievi anamnestico-fisici, utilizzava il minor numero possibile di mezzi strumentali e di laboratorio e procedeva infine all’impiego di indagini sofisticate solo quando necessarie. Molti di questi casi sono riportati in questo volume e anche molte delle loro varianti diagnostiche, quelle varianti che creano ogni giorno difficili problemi al medico pratico. Ecco perché al titolo Manuale di Medicina Interna è stato sotteso il provocatorio sottotitolo di Clinica Medica: è ovvio che un trattato di Clinica medica non può essere scritto, esso richiederebbe infatti la raccolta di un numero infinito di casi; ma in questo manuale il tentativo di proporre una serie di esempi al di fuori dei canoni ordinari della Patologia è stato fatto, e non solo a scopo documentario ma anche e soprattutto come palestra di addestramento alla diagnosi; la pratica insegnerà ai giovani medici quanto sia grande la frequenza delle eccezioni... ogni volta presentavo un ammalato nuovo con l’obiettivo di offrire agli studenti non solo una realtà clinica ma anche un modello di ragionamento che partiva dai rilievi anamnestico-fisici, utilizzava il minor numero possibile di mezzi strumentali e di laboratorio e procedeva infine all’impiego di indagini sofisticate solo quando necessarie...”* (Caniggia).

Alla luce della più elementare logica umana, avanti che clinica, fondata sulla unicità di ciascun paziente aspirante ad atti di *prevenzione, cura, riabilitazione*, è d’uopo non dimenticare mai due requisiti essenziali della persona umana: l’*unicum* che si presenta alla osservazione in sanità per le caratteristiche somatiche, psichiche, genetiche ed anche delle patologie sofferte ed il *continuum* che costituisce l’unità e la unitarietà del paziente che solo per motivi di schematica utilità e umana inanità vien distinto in mente e corpo, genotipo e fenotipo, organo e cellula, macro e micro, sano e malato... Siffatte separatezze solo semantiche rischiano di fuorviare dalla realtà di una esigenza concettuale duplice in sanità:

1. la coscienza da parte degli operatori della esistenza della eccezione come regola quando si incontra il paziente;
2. la consapevolezza della finalità delle attività che han da esser accuratamente ed oculatamente analitiche per garantire la più rapida e appropriata sintesi diagnostica e terapeutica.

Quindi una duplice obbligata attività in sanità:

1. bene operare;
2. sincro documentare nella cartella clinica integrata ed informatizzata e intelligibile innanzitutto al paziente!

E qui sorge il vero problema che a ben guardare è il *cor* della questione sanità: agli operatori non è richiesto né preteso di garantire risultati, guarigioni miracolose, improbabili reviviscenze, ma di far del proprio meglio – ognuno a seconda delle doti personali e dotazioni disponibili – documentando scrupolosamente i dati che la ricerca sul singolo caso clinico consente di raccogliere, possibilmente con strumenti atti alla archiviazione ed affidabili per il miglior accreditamento.

Nobili materie come la Semeiotica Medica e Chirurgica e grandi Maestri come Barni, Caniggia, Frezzotti riuscivano ad impartire l’insegnamento sull’inizio imprescindibile di ogni *contatto* (e *contratto*) fra cittadino e struttura sanitaria costituito da accurata e documentata raccolta di dati da perseguire mediante adeguate tecniche di comunicazione verbale e accertamento clinico, senza le quali ogni sintomo riferito all’*anamnesi personale* e ogni segno rilevato all’*esame obiettivo* non serviranno a formare il mosaico da cui deve originare il *ragionamento clinico* preliminare condizione di ogni *ipotesi diagnostica* del medico ed *informata consapevolezza* del malato...

## Medico-paziente: quale rapporto?

Da Ippocrate in poi si dice che il medico dev'esser riservato, rispettoso della dignità e della libertà del paziente ed alleviare il dolore e ricercare la guarigione o almeno la sopravvivenza; nessuno segnala e adeguatamente pondera il fatto che il malato non ha obblighi, non ha da esser riservato e discreto nè è tenuto alla reciprocità nella informazione: quanto al consenso vi è da notare che recenti storie di cure miracolose hanno fortemente messo in discussione perfino la libertà dei medici di prescrivere, di decidere e di dissentire dalle richieste e dalle pretese dei "pazienti".

Il paziente però in qualunque momento, sull'onda emotiva di qualsiasi suggestione o suggerimento, può decidere di interrompere il rapporto di fiducia rivoltandosi contro il professionista nel nome di motivazioni la cui fondatezza sarà chiarita dopo querele, "giornalate" e interminabili processi penali e civili che esiteranno in ogni caso in un grave nocumento per il medico, indipendentemente dalla conclusione formale del procedimento. E l'iniziativa giudiziaria potrà partire anche a paziente defunto per una "idea" di un parente, la cui volontà, irrilevante giuridicamente finchè il malato vive, è legittimata fino all'arbitrio non appena questi esali l'ultimo respiro. Pure il migliore medico è affidato alla clemenza dei pazienti prima che delle Corti...

Nella realtà il medico, specialista o non, si può imbattere in una umanità rappresentata dalle più diverse (e difficilmente riconoscibili nel breve spazio degli accertamenti anamnestico-clinici) personalità, la cui variabilità è legata a molteplici fattori (età, sesso, intelligenza, carattere, scolarità, cultura, capacità di comunicare, esistenza di disturbi psichici, stati di decadimento cognitivo, effetto di sostanze psicotrope). Si può quindi affermare che il medico ha in genere davanti una persona che desidera di sfogarsi e raccontarsi seguendo percorsi non utili o fuorvianti rispetto agli obiettivi della diagnosi e della cura ma conformi alla propria sfera emozionale, talvolta orientata al silenzio o al mendacio proprio su fatti e particolari essenziali per la definizione clinica, non interessata ad una razionale anamnesi nè bramosa di dati scientifici e probabilistici nè di assunzioni di responsabilità di fronte ad eventi quali il dolore, la malattia, il rischio, l'invalidità, la morte, una persona che vuole solo essere tranquillizzata e se possibile illusa e che affida decisioni e responsabilità a medici o parenti, ma che poi sarà pronta a rinnegare e a diffamare o anche a querelare e a denunciare!

Una persona non molto dissimile da quella che ogni giorno si può incontrare sul palcoscenico della vita e che lo stato o la presunzione di malattia non fa certo improvvisamente cambiare ma solo peggiorare esaltandone gli atavici difetti e le ancestrali paure. Tale realtà non potrà essere cambiata da nessun modulo di *informed consent* o questionario di *customer satisfaction* se non si comprenderà con chi si ha a che fare. Il medico più che informare e informarsi dovrà intuire!

Se il medico non documenta le subentranti fasi della informazione, del consenso, della anamnesi, della visita, degli esami strumentali, del decorso clinico, dei controlli specialistici, delle decisioni del paziente (rifiuto di interventi necessari, non osservanza della terapia, richiesta di alternative alle emotrasfusioni, dimissioni volontarie) rischia incriminazioni e condanne posto che solo ciò che risulta dagli atti (certificato, cartella, relazione, referto) fa fede: "carta canta" ! Per essere più chiari al paziente basta la parola, al medico necessita ma può non bastare una supplementare (e complementare) attività di accurata compilazione della documentazione.

La complessità della scienza medica moderna, il degrado crescente dei rapporti umani, l'*animus pugnandi* del paziente e la sua pretesa di risultati, la barriera cartacea che incombe sul medico, la comunicazione tra medico e paziente ridotta a rituale inutile, la svalutazione dell'anamnesi ed il fastidio della visita, l'affermarsi di una pseudocultura sanitaria fondata su errate ed equivocate convinzioni, parenti presenti alla visita e da far partecipare alle decisioni, malato che è visto e che si vede come un assemblaggio di parti separate ed autonome, medico sentito come tecnico addetto solo alla riparazione di pezzi distinti e obbligato sempre più al risultato, atteggiamento e orientamento giurisprudenziale sempre più compiacente, isolamento e accerchiamento del medico provvisto di mezzi inadeguati alla propria professionale tutela.

Non siamo i soli a pensarla così: "...il malato non vuole veramente sapere ma ubbidire. L'autorità del medico è un gradito punto fermo che lo dispensa dalle riflessioni e dalle responsabilità proprie. Quando le cose si fanno serie, quando la vita appare minacciata o, sulla base di quanto è umanamente prevedibile, già pregiudicata, il malato non vuole affatto sapere. Se dice il contrario è perché desidera essere tranquillizzato e non la verità. Poiché spesso l'uomo, da malato, non è razionale ma irrazionale ed antirazionale, la relazione medica deve necessariamente trasformarsi. Questa elementare considerazione, nota in realtà a tutti i medici che svolgono pratica clinica, è un dato di fatto incontestabile, che non può essere accantonato sbrigativamente, come sta avvenendo a seguito delle posizioni sempre più radicali assunte dalla dottrina giuridica e dalla giurisprudenza, ma anche da parte della dottrina medico-legale. Non è dunque ammissibile continuare in questo clima di ipocrisia, ingiusto ed altamente dannoso per tutti..." (Jaspers).

Anche altri: "...molti pazienti non sono capaci o non vogliono verbalizzare le loro principali preoccupazioni direttamente al medico. I loro problemi possono essere imbarazzanti, dolorosi, frustranti o minacciosi o addirittura essere ancora relegati nel subconscio. All'inizio il paziente può descrivere solamente i sintomi minori per mettere alla prova il medico; le principali preoccupazioni possono non venire espresse fino a quando non si è stabilito un buon rapporto. Per cominciare ad instaurare questo rapporto è importante usare dapprima domande che non presuppongano una risposta sì/no e mostrare di immedesimarsi nei sentimenti del paziente" (Albert e Jakobiec).

In questo contesto il consenso del paziente, per quanto lo si evochi con elegante esterofilia *informed consent*, finisce in realtà con lo scandire l'inizio ufficiale di vari tipi di rischio per il medico autorizzato ad agire con la "spada di Damocle" appesa al filo di una fiducia troncabile in qualsiasi momento e senza alcun preavviso da un "avente diritto" divenuto accusatore animato apparentemente da voglia di "giustizia" ma spesso affetto da "sindrome da appetizione".

*Sui generis* risulta il rapporto tra parti che impone ad una il rispetto di regole numerose e complesse, la cultura scientifica e la capacità tecnica, l'obbligazione di mezzi ed anche di risultati, la possibilità di intervenire solo a domanda e all'altra lascia ogni facoltà compresa quella di trasformare il consenso in denuncia, la fiducia in accusa, l'incontro in conflitto dalle allarmanti (sempre e solo per il medico) prospettive per i rischi di danni ad immagine e portafoglio.

Se si riflette sul profilo reale (e legale) del cittadino, soggetto di molti diritti ma di nessun dovere, non si può non riconsiderare il ruolo del medico nell'attuale società per passare da una medicina difensiva ad una più efficace tutela della professione innanzitutto attraverso il riequilibrio del rapporto tra parti che devono cominciare a conoscersi per potersi rispettare prendendo coscienza del significato e dei limiti di un incontro tra persone altrimenti condannate alla supplenza di magistrati e assicuratori o destinate alla fredda mediazione telematica e tecnologica. Altrimenti che senso ha parlare di *alleanza terapeutica*? Gli stereotipi errati della professione medica, la semplicistica conoscenza del corpo umano, la difettosa capacità di comunicare di professionisti e cittadini, la inesistente educazione sanitaria della popolazione sono tra le cause di così macroscopiche incomprensioni e disfunzioni e della conseguente litigiosità e soprattutto della tutela assai parziale dei beni fondamentali della vita e della salute: bene recitava il disatteso articolo della legge 833 del 1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale là dove premetteva che il conseguimento degli obiettivi di una efficace politica sanitaria sarebbe stato possibile solo nel perseguimento della piena coscienza e della effettiva cooperazione di tutti i cittadini italiani.

Vi è da riflettere su quanti e quali possono essere i pazienti di un medico di medicina generale come di uno specialista in discipline che investono più frequentemente e specificamente la sfera della vita personale, psicologica, sentimentale, sessuale, come il ginecologo o l'endocrinologo, lo psichiatra e quante maggiori probabilità abbiano costoro di essere accusati da psicopatici pericolosi, da donne disturbate, da minori mitomani. In effetti, il *rapporto* intercorrente tra medico e paziente risulta solo apparentemente paritario, dato che solo il primo è tenuto al rispetto, al segreto e alla informazione, mentre al secondo sono consentite indiscrezioni, mistificazioni e diffamazioni ed anche, senza alcun preavviso, le vie legali. Con la morte del paziente persiste il rischio di azione giudiziaria per il medico in balia delle rivalse di vedove affrante, parenti vari, solerti avvocati.

## Bibliografia.

- ALBERT D. M., JAKOBIEC F. A., *Principi e Pratica di Oftalmologia*, Verduci, Roma 1996, p. 4076;
- ALPA G., ANSALDO A., *Le persone fisiche. Artt. 1-10*, Giuffrè, Milano 1996;
- BAIMA BOLLONE P. L., *Cesare Lombroso ovvero il principio della irresponsabilità*, SEI, Torino 1991;
- BARNI M., *Diritti-doveri. Responsabilità del medico. Dalla bioetica al biodiritto*, Giuffrè, Milano 1999;
- BESSONE M., FERRANDO G., *Persona fisica (diritto privato)*, in *Enciclopedia del diritto*, XXXIII, 1983, pp. 193-223;
- CANIGGIA A., *Manuale di Medicina Interna-Clinica Medica*, Minerva Medica, Torino 1989;
- CONSIGLIO D'EUROPA, *Convenzione per la protezione dei diritti dell'Uomo e della dignità dell'essere umano riguardo all'applicazione della biologia e della medicina*, Oviedo, 4 aprile 1997, ratificato con Decreto legislativo 24 aprile 2001, n. 145;
- Decreto legislativo 24 giugno 2003, n. 211, *Attuazione della direttiva 2001/20/CE relativa alla applicazione della buona pratica clinica nell'esercizio della sperimentazione clinica dei farmaci*, in G. U. 9 agosto 2003;
- Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, *Codice in materia di protezione dei dati personali*, in G. U. 17 marzo 2003, n. 174;
- DOGLIOTTI M., *Le persone fisiche*, in *Trattato di diritto privato* diretto da P. Rescigno, vol. 2, t. I, UTET, Torino 1992;
- FINESCHI V., *Cartella clinica*, Guida della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, CGEMS, Torino 2010;
- FINESCHI V., *Il codice di deontologia medica*, Giuffrè, Milano, 1996;
- FINESCHI V., *Metodologia peritale: la tecnologia dell'umiltà di offrire unicamente evidenze qualitative*, Riv. It. Med. Leg., 4-5, 2010;
- FRIEDMAN L. M., *The Legal System. A Social Science Perspective*, 1975, trad. it. a cura di G. Tarello, in *Il sistema giuridico nella prospettiva delle scienze sociali*, capitoli VIII e IX, il Mulino, Bologna 1978;
- GAZZONI F., *Manuale di diritto privato*, ESI, Napoli 1990;
- GIACOBBE G., GIUFFRIDA A., *Le persone. Diritti della personalità*, vol. III, UTET, Torino 2000;
- GIUSTI G., *Tra biologia e diritto*, in *Trattato di medicina legale e scienze affini*, vol. I, p. 1, CEDAM, Padova 1998;
- JASPERS K., *Il medico nell'età tecnica*, Cortina, Milano 1991;
- LORÉ C., *Libretto sanitario e cartella clinica*, Enciclopedia di Bioetica e Scienza Giuridica, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli 2014;
- LORÉ C., *Medicina Diritto Comunicazione*, Giuffrè, Milano 2005;
- LORÉ C., *Protocolli terapeutici e linee guida*, Enciclopedia di Bioetica e Scienza Giuridica, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli 2016;
- LORÉ C., *Scienze Medico-Legali Sociali e Forensi*, Giuffrè, Milano 2012;
- LORÉ C., *Tra Scienza e Società*, Giuffrè, Milano 2008;
- NORELLI G. A., BUCCELLI C., FINESCHI V., *Medicina Legale e delle Assicurazioni*, Piccin, Padova 2009;
- PERLINGIERI P., *Il diritto alla salute quale diritto della personalità*, in *Rassegna di diritto civile*, 1982, pp. 1035 ss.;
- PINO G., *Teorie e dottrine dei diritti della personalità. Uno studio di meta-giurisprudenza analitica*, in *Materiali per una storia della cultura giuridica*, 2003/1, pp. 237-274;
- RESCIGNO P., *La fine della vita umana*, Rivista di Diritto Civile, I, p. 634, 1982;
- SMITH R., *The ethics ignorance*, J. Med. Ethics:1992, 18, 117-8;
- SWARTZ M. H., *Manuale di diagnosi clinica. Anamnesi ed esame obiettivo*, EdiSES, Napoli 2005;
- TAMBURRINO G., *Le persone fisiche*, Torino, UTET, 1990, pp. 77-278.