

Locarno

16, 17 e 18 settembre

**AL
ASS**



**El derecho a saber:
consentimiento
informado en la
experiencia italiana**

Monica De Angelis

Índice



1

Consentimiento informado y adecuación de la atención

2

El consentimiento informado: notas histórico-ético-jurídicas

3

Características del consentimiento informado

4

El marco regulatorio italiano

Consentimiento informado y adecuación de la atención



¿Por qué el consentimiento informado es clave para la adecuación de la atención?

La atención adecuada requiere una contribución conjunta y compartida. Para ello, es necesario involucrar a todos los sujetos que tienen un rol en la dimensión del cuidado: institucional, personal, médico, familiar, etc.

¿Qué se entiende por consentimiento informado?
¿Cuáles son las reglas y efectos legales que le conciernen?

Adecuación de la atención desde la perspectiva del paciente

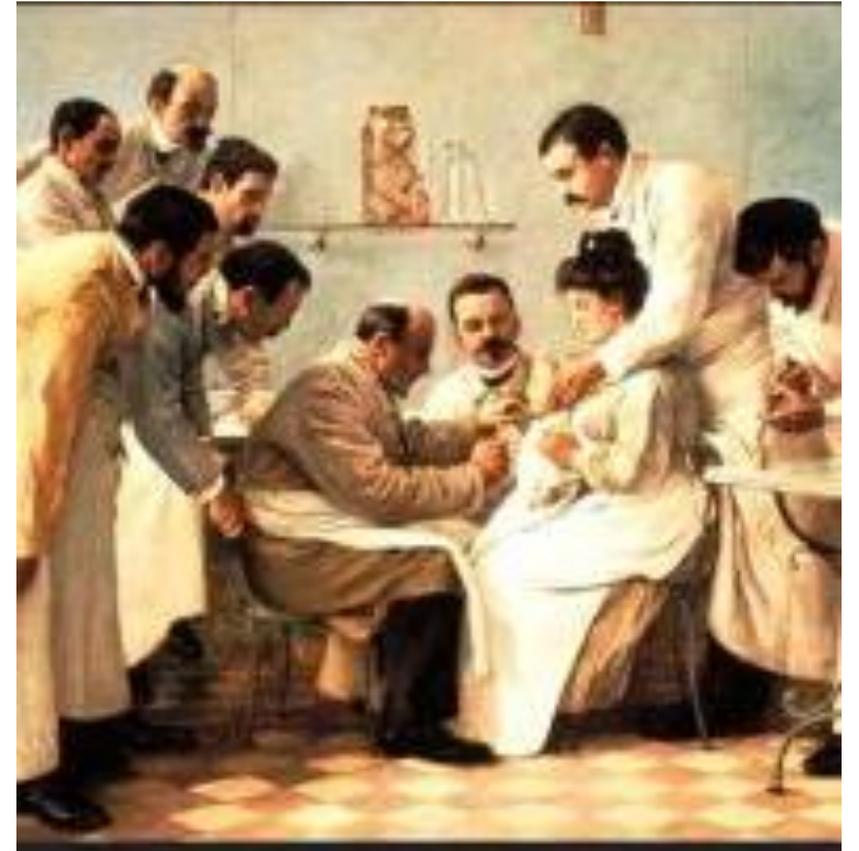
- La contribución de voz múltiple: el paciente como actor protagonista
- La definición de adecuación y el consentimiento informado
 - La definición de Rand Corporation (años 50): un tratamiento es adecuado si el beneficio esperado (por ejemplo, aumento de la esperanza de vida, alivio del dolor, reducción de la ansiedad) supera las posibles consecuencias negativas (mortalidad, ansiedad, dolor, pérdida de tiempo de trabajo) con un margen lo suficientemente amplio como para considerar que merece la pena.
 - La definición Rand se acepta en parte en el ámbito europeo a principios del año 2000, pero de una manera que tiene en cuenta la plena participación del paciente en las decisiones que se tomen. Esto debe hacerse después de que los **profesionales de la salud** hayan informado adecuadamente sobre las ventajas y desventajas en ambos casos de aceptación o rechazo de la intervención sanitaria.

De ahí la importancia que el consentimiento informado tiene para la definición de la idoneidad de los cuidados

Una definición general de consentimiento informado

- *“un procedimiento autónomo en el que el paciente autoriza al médico a iniciar / no iniciar un programa diagnóstico-terapéutico”*
- Esta definición es el resultado de cambios históricos que se refieren principalmente a la relación entre el médico y el paciente, y los derechos y obligaciones que surgen en esta relación.

Relación de atención

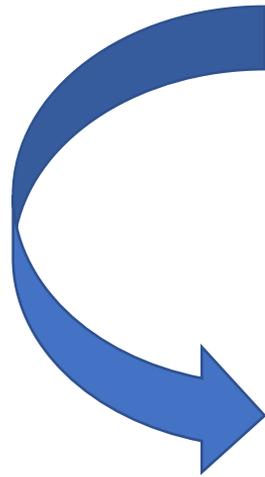


Las claves del consentimiento informado

Información correcta y adecuada



Adquisición de consentimiento



Legalidad del acto sanitario



El consentimiento «consciente, capaz, informado»

- El consentimiento al acto médico debe darse en base a los objetivos y a los valores de la persona y que, en el **caso de personas capaces**, no puede haber una alternativa a la autodeterminación. En caso de conflicto, la autonomía debe prevalecer sobre los posibles beneficios de la intervención médica, dejando al paciente la autoridad final en la decisión.
- En caso de incapacidad legal, el consentimiento informado debe obtenerse de un **representante legal** conforme con la legislación nacional. Cuando una **incapacidad física o mental** hace imposible la obtención del consentimiento informado, o cuando el sujeto es un menor, el permiso dado por un tutor legal sustituye al del sujeto según la ley. Si un menor está efectivamente en condiciones de dar su consentimiento, éste debe obtenerse junto con el consentimiento del **representante legal del menor**". Estas exigencias enumeradas en la Declaración de Helsinki, el primer código médico sobre el consentimiento informado para la investigación médica, han sido en gran parte adoptadas e incorporadas a las normas nacionales.

En las raíces del consentimiento informado

- La relación entre médico y paciente con respecto a la transmisión de información **a lo largo de los siglos** no ha seguido siempre el mismo modelo.
- La doctrina actual del consentimiento informado constituye el fruto de una lenta y constante evolución en el ámbito de la relación entre personal sanitario y paciente (en la práctica clínica y en la investigación médica) y encuentra sus raíces en la tradición iluminista. **Su primera manifestación** reside en las tesis de Thomas Percival, que defendió el derecho del paciente a la información, aunque este derecho chocara con «el engaño caritativo *para la salvaguardia de la salud del enfermo*».



explicación y búsqueda de consentimiento
siempre han sido parte de la práctica médica

modelo paternalista: la principal obligación del médico era pensar en el bienestar del paciente

modelo de autonomía: el respeto de las decisiones libres, voluntarias y de 'autoadministración' del paciente, con papel autónomo

Modelo
paternalista



Modelo de
autonomía

- El objetivo de la solicitud del consentimiento informado es promover la autonomía/libertad de elección del individuo en el ámbito de las decisiones médicas

Todo poder o deber del médico se legitima exclusivamente en función de la **libre manifestación de voluntad por parte** del paciente

El concepto moderno

- **La locución «consentimiento informado»** se introdujo por primera vez en 1957, pero las reflexiones que llevaron a la elaboración moderna del concepto no se iniciaron antes de 1972. Sin embargo, los **momentos cruciales** que dieron **lugar** a la nueva concepción fueron la entrada en la escena de la **investigación científica a gran escala** y el proceso de Nuremberg.
- ➔ **Adhesión consciente del** paciente a las decisiones sobre el tratamiento **a seguir a través** de una información exhaustiva acerca su estado de salud y, sobre todo, acerca las consecuencias y los riesgos asociados a la misma.

El consentimiento informado no puede limitarse a la entrega de estériles y numerosas hojas, llenas de porcentajes, ricas de estadísticas y de opciones técnicas, así como de riesgos y peligros que dejan al paciente preocupado, confuso e indeciso

Conciliar el paternalismo del médico y la autonomía del paciente

- El procedimiento de consentimiento informado no debe ser considerado como **la aplicación rígida de un formulario de consentimiento válido y completo legalmente**, sino como la **capacidad de comprender y analizar lo que quiere el paciente**. En efecto, si se considera un procedimiento de intercambio de decisiones entre médico y paciente, la autonomía del paciente y la preocupación del médico por el bienestar del paciente pueden finalmente reconciliarse.

Punto de equilibrio

En la c.d. "Alianza Terapéutica", el consentimiento informado constituye el punto de equilibrio

El apoyo de la jurisprudencia para identificar estos fundamentos



- El derecho al ejercicio de la profesión sanitaria confiere al médico la facultad de cuidar, pero para adherirse a los principios del ordenamiento es necesario el consentimiento de la persona que debe someterse al tratamiento sanitario. Las únicas excepciones se refieren a los casos de pacientes con **enfermedad mental**, las situaciones **de emergencia** en urgencias y los casos en que el paciente es menor de edad. La información necesaria para el consentimiento «sólo puede provenir del sanitario que debe ejercer su actividad profesional» (Cass. Sent. n. 7027 del 2001). Además, la responsabilidad y los deberes del médico no se refieren sólo a la actividad propia y del eventual equipo que le responda, sino que se extienden al estado de eficacia y al nivel de dotaciones de la estructura sanitaria en la que presta su actividad, y se traducen en un deber adicional de información del paciente (Cass., sez. III, 16 de mayo de 2000, no 6318).
- El hecho de no solicitar el consentimiento constituye una fuente autónoma de responsabilidad para el médico, incluso cuando la intervención tiene éxito. De hecho, el paciente siempre puede objetar que no ha sido puesto en condiciones de tomar sus propias decisiones, por lo que «El médico responde de los daños causados por la violación, por negligencia, del deber de informar al paciente sobre los posibles resultados de la intervención quirúrgica, a la que está obligado en todo caso» (Cass., sez. III, sentencia no 6464 de 8 de julio de 1994). Para que pueda desempeñar plenamente su función, el documento en cuestión debe presentarse bajo un doble aspecto: como una declaración de la información (incluso verbal) recibida y como consentimiento a la específica prestación sanitaria prevista.

Aspectos éticos y jurídicos del consentimiento informado

- Los aspectos éticos y jurídicos del consentimiento informado, que históricamente se han desarrollado en estrecha interacción, deben separarse tanto en el plano conceptual como en la práctica médica.
- **El perfil «jurídico»:** el consentimiento informado se basa en la adhesión a normas que definen la forma de obtener el consentimiento antes de emprender cualquier tratamiento o investigación.
- **El perfil «ético»:** el consentimiento informado debe concebirse como autorización/consentimiento del paciente a que se realice una intervención médica sobre él. La finalidad del consentimiento informado, entendido desde el punto de vista ético, debe ser permitir a los pacientes o a los sujetos de investigación *decidir por sí mismos sobre la* autorización o la denegación de intervenciones médicas o de investigación.



El primero no debería prevalecer sobre el segundo



El punto crucial: la autonomía del paciente

- El consentimiento informado se basa en el concepto de '**autonomía del paciente**', un concepto ambiguo y matizado.
- Más que sobre la autonomía de la persona, la atención debe centrarse más bien en la **autonomía de las acciones específicas de consentimiento o de rechazo. En efecto, incluso la que se define como una persona no autónoma, por ejemplo un niño, puede tomar decisiones autónomas en determinadas circunstancias, del mismo modo que una persona autónoma puede no estar en condiciones de hacerlo porque, por ejemplo, tergiversa el sentido de información importante.**
- Una acción puede definirse como autónoma si el sujeto **actúa intencionadamente, si comprende lo que hace, si no está controlado por la influencia de los demás.**
- Al postular la existencia de diferentes grados de autonomía, se resuelve también el problema de la plena comprensión de los procedimientos clínicos por parte del paciente. Esta **comprensión total**, que resultaría **de una decisión totalmente autónoma**, es un ideal demasiado **elevado. Lo que requiere un consentimiento informado no es más que un grado suficiente de autonomía**, un consentimiento esencialmente autónomo. Naturalmente, es difícil definir un consentimiento esencialmente autónomo, pero sólo así se puede aplicar el concepto de autonomía a la realidad clínica.

La dicotomía entre profesionalidad del médico
y conocimiento/sensibilidad del paciente

La experiencia estadounidense

- El caso *Slater* (1767): un juez, aunque no reconoció al paciente un verdadero poder de decisión sobre el acto médico, afirmó que éste debía ser informado sobre el tratamiento para poder afrontar mejor la operación
- El caso *Carpenter* (1871): por primera vez se observa una estrecha relación de interdependencia entre el consenso y la información. El médico había incumplido su deber de diligencia y prudencia, no sólo al no informar explícitamente al paciente de los efectos secundarios del tratamiento y de las medidas que deben adoptarse para favorecer la curación, pero sin informarle sobre las posibles complicaciones
- El caso *Mohr* (1905): *"el primer y más noble derecho de todo ciudadano libre, fundamento de todos los demás, es el derecho sobre la propia persona (the right to himself), universalmente reconocido; este derecho prohíbe estrictamente al médico y al cirujano, aunque sea experto o de clara reputación, violar a su arbitrio la integridad física de su paciente con una operación más amplia y/o diferente (respecto a la permitida), interviniendo bajo anestesia sin su consentimiento."*
- El caso *Schloendorff* (1914): *"Todo ser humano adulto y capaz tiene el derecho de determinar lo que debe hacerse con su cuerpo; un cirujano que realiza una operación sin el consentimiento del paciente comete una violencia personal, por la que responderá de los daños"*
- El caso *Salgo* (1957): *"El médico tiene el deber de comunicar cualquier hecho que sea necesario para formar la base de un consentimiento inteligente (intelligent consent) del paciente al tratamiento propuesto"*

Tradición jurisprudencial

La experiencia europea

- ❑ **Código de Núremberg** - 1949
- ❑ **La Declaración de Helsinki** 1964 (*el primer código médico sobre el consentimiento informado para la investigación médica*)
- ❑ **Guía europea de ética médica** - Normas de deontología médica (1982)
- ❑ **Convenio de Oviedo** sobre derechos humanos y biomedicina (1997)
- ❑ **Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea** (2000): Art. 3 "Toda persona tiene derecho a su integridad física y psíquica. En el ámbito de la medicina y de la biología deberán respetarse en particular: a) el consentimiento libre e informado de la persona interesada, según las modalidades definidas por la ley; b) la prohibición de las prácticas eugenésicas, en particular las que tienen por objeto la selección de las personas; c) la prohibición de que el cuerpo humano o partes del mismo en cuanto tales se conviertan en objeto de lucro; d) la prohibición de la clonación reproductiva de seres humanos".
- ❑ **Tribunal Europeo de Derechos Humanos**, 15.1.2013, Csoma v. Rumania: los Estados contratantes están obligados a adoptar las medidas reglamentarias necesarias para garantizar que los médicos, evaluar las consecuencias previsibles de un procedimiento de salud, informen plenamente a los pacientes para que puedan dar su consentimiento informado. En particular, como consecuencia de esta consideración, el Tribunal de Justicia dedujo que, cuando un riesgo previsible de esta naturaleza se materializa sin que el paciente haya sido debidamente informado por médicos, el Estado contratante puede ser considerado directamente responsable, de conformidad con el artículo 8 CEDH, por falta de información.

Italia: legislación sectorial

- •Legge n. 458/1967 "Trapianti del rene tra persone viventi"
- •Legge n. 180/1978 "Accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori"
- •Legge n. 833/1978 "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale"
- •Legge n. 135/1990 "Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'Aids"
- •Legge n. 107/1990 "Disciplina per la attività trasfusionali relative al sangue umano ed ai suoi componenti e per la produzione di plasmaderivati"
- •DM del 27 aprile 1992 "Disposizioni sulle documentazioni tecniche da presentare a corredo delle domande di autorizzazione all'immissione in commercio di specialità medicinali per uso umano, anche in attuazione della direttiva n. 91/507/CEE"
- •D.L. n. 23/1998 "Disposizioni urgenti in materia di sperimentazioni cliniche in campo oncologico e altre misure in materia sanitaria"
- •Legge n. 91/1999 "Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e tessuti"
- •D.Lgs. 211/2003 "Attuazione della direttiva 2001/20/CE relativa all'applicazione della buona pratica clinica nell'esecuzione delle sperimentazioni cliniche di medicinali per uso clinico"
- •Legge n. 40/2004 "Norme in materia di procreazione medicalmente assistita"
- •Legge n. 219/2005 "Nuova disciplina dell'attività trasfusionale e della produzione nazionale degli emoderivati"

Hasta 2017 sin intervención legislativa de alcance general

Ley sobre el consentimiento informado y DAT

- **Legge 22 dicembre 2017, n. 219:** "Norme in materia di **consenso informato** e di disposizioni **anticipate di trattamento**".
- **Finalidad.** Art. 1 "protege el derecho a la vida, a la salud, a la dignidad y a la autodeterminación de la persona y establece que ningún tratamiento sanitario podrá iniciarse o proseguirse sin el consentimiento libre e informado de la persona afectada, excepto en los casos expresamente previstos por la ley", en el respeto de los principios de la Constitución (art. 2, 13 y 32) y de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea.
- [...] Toda persona tiene derecho "a conocer su estado de salud y a ser informada **de forma completa**, actualizada y comprensible **sobre el diagnóstico, el pronóstico, los beneficios y los riesgos de los** tratamientos sanitarios indicados, así como en relación con las posibles alternativas y las consecuencias de la denegación del tratamiento sanitario y de la evaluación diagnóstica o la renuncia al mismo".

Disciplina orgánica del consentimiento informado y planificación anticipada del cuidado en salud

- **Principios contenidos** en la Constitución, en la Carta de Derechos de la UE, en las Declaraciones y Convenios Internacionales, en la ley del Servicio Nacional de Salud de 1978
- **Los fundamentos:**
 - una idea moderna de salud y una idea de atención adecuada, ligada al criterio de proporción tal como se entiende hoy en medicina, que incluye dos perspectivas de evaluación: la de adecuación científica y la de conmensurabilidad al individuo en función de sus características;
 - la consensualidad como rasgo esencial de la relación de atención y el respeto a la identidad;
 - el derecho a rechazar el tratamiento incluso si ya ha comenzado; el deber del médico de respetarlo incluso a través de la interrupción;
 - el deber del cuidador de considerar y respetar las declaraciones u otras manifestaciones expresadas previamente en condición de capacidad;
 - un criterio para potenciar las posibilidades de autodeterminación de menores, ancianos y personas frágiles;
 - un papel reconocido para los miembros de la familia para complementar o reemplazar el consentimiento del paciente
 - el equilibrio, en situaciones de urgencia, entre el estado de necesidad que permite intervenir sin el consentimiento previo de la persona (incapaz de interactuar) y la recuperación del consentimiento y el respeto a la identidad del paciente donde y lo antes posible

Formas de consentimiento

- Se trata, en efecto, de un verdadero **documento con valor jurídico**, cuyo objetivo es proteger tanto al profesional sanitario como al paciente de errores o incomprensiones. El enfermo debe poder decidir si quiere ser tratado por una enfermedad: tiene el derecho/deber de conocer toda la información disponible sobre su salud, pidiendo al médico lo que no está claro, y de elegir, por lo tanto de manera informada, si debe someterse a un tratamiento determinado.
- Hay dos formas de consentimiento informado, verbal y escrito. El consentimiento deberá constar por escrito cuando el examen clínico o el tratamiento médico puedan tener consecuencias graves para la salud y la seguridad de la persona. Si se deniega el consentimiento, el médico está obligado a no realizar o interrumpir el examen clínico o la terapia en cuestión. La ley requiere el consentimiento por escrito cuando se dona o se recibe sangre, en los casos en que se toma un medicamento que aún es experimental, en la investigación de la infección por el HIV. En otros casos, especialmente cuando se consolida la relación de confianza entre el médico y el paciente, el consentimiento solo puede ser verbal pero debe ser expresado directamente al médico.



Consentimiento escrito y verbal



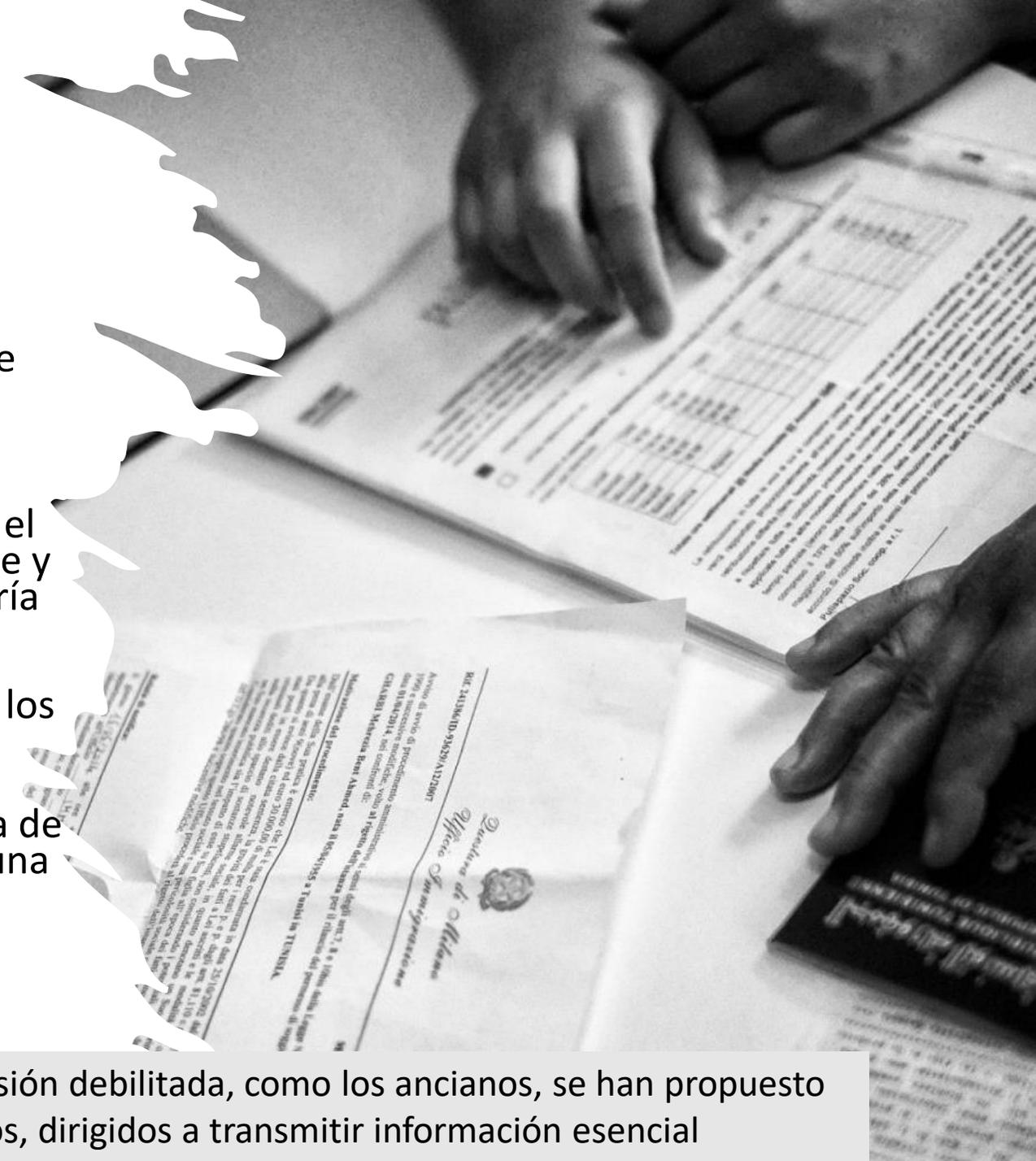
- **En la legislación anterior**, el consentimiento se otorga por escrito en los casos en que el examen clínico o la terapia médica puedan tener graves consecuencias para la salud y seguridad de la persona. Si se rechaza el consentimiento, el profesional de la salud tiene la obligación de no realizar ni detener el examen clínico o la terapia en cuestión.
- **El consentimiento por escrito** es requerido por ley en determinadas situaciones definidas: cuando usted dona o recibe sangre, participa en la experimentación de un fármaco o en la investigación de una infección por HIV, se somete a anestesia, trasplante de riñón entre seres vivos, interrupción voluntaria del embarazo, rectificación respecto a la atribución de sexo y procreación médicamente asistida, ...
- **En otros casos**, especialmente cuando se consolida la relación de confianza entre el médico y el paciente, el consentimiento solo puede ser verbal pero debe ser expresado directamente al profesional sanitario.
- El consentimiento puede **ser revocado** en cualquier momento por el paciente y, por tanto, los profesionales sanitarios deben asegurarse de que permanece presente durante toda la duración del tratamiento: si el tratamiento considerado implica varias fases diferentes y separables, el enfermo debe dar su consentimiento para cada parte del cuidado

Información adecuada

- Sin la información adecuada, cualquier formulario de consentimiento firmado no es legalmente válido.
- Il consenso perché costituisca la veritiera espressione dell'autodeterminazione e della scelta del singolo deve essere:
 - **consciente**, es decir, respaldado por información adecuada y completa;
 - **personal**, es decir, manifestado directamente por el paciente (siempre que sea una persona consciente y capaz; se exceptuará la hipótesis de una enfermería menor o un individuo incapaz de dar su consentimiento consciente: en cuyo caso deberá expresarse la autorización, respectivamente, por los padres que ejercen la patria potestad o por el representante legal)
 - **Explícito y específico**: es decir, referido a cada una de las hipótesis de tratamiento propuestas en cada una de las distintas fases del tratamiento terapéutico.
 - **Actual**: presente en el momento del inicio del tratamiento

Cassazione Sezione Civile 3, sentenza n.20894 del 27 novembre 2012

En el caso de pacientes con capacidad de decisión debilitada, como los ancianos, se han propuesto procedimientos de comunicación más efectivos, dirigidos a transmitir información esencial



Información que necesariamente se debe dar

- Listado (ético-legal, casos de exención de responsabilidad) de los deberes de información del médico hacia el paciente, donde este último debe ser informado al respecto:
 - estado real de salud
 - tipo de cirugía a la que te someterás
 - alcance y extensión de los resultados que se pueden obtener
 - posibilidad y probabilidad de los resultados alcanzables por la intervención
 - los riesgos previsibles, incluidos aquellos con baja probabilidad estadística de verificación, pero excluyendo los anómalos
 - situación concreta de la estructura hospitalaria donde se realiza la intervención "en relación a las instalaciones y equipamientos, y su funcionamiento habitual, de modo que el paciente no solo pueda decidir si se somete o no a la intervención, sino también si realizarla en dicha estructura o pide pasar a otro"
 - riesgos específicos asociados a las posibles alternativas de elección, para que el paciente, con la ayuda técnico-científica del profesional sanitario, pueda determinar una u otra de las posibles elecciones, mediante una valoración consciente de los riesgos relativos y las ventajas correspondientes

Excepciones al consentimiento informado

Hay cuatro excepciones con respecto al consentimiento informado

Se permiten tales excepciones porque no se puede obtener el consentimiento informado o porque existe la necesidad de un equilibrio entre el valor de la autonomía individual y lo que se considera médicamente mejor para el paciente.

- Excepción por emergencia
- Excepción por incapacidad
- Excepción de privilegio de terapia
- Excepción de renuncia



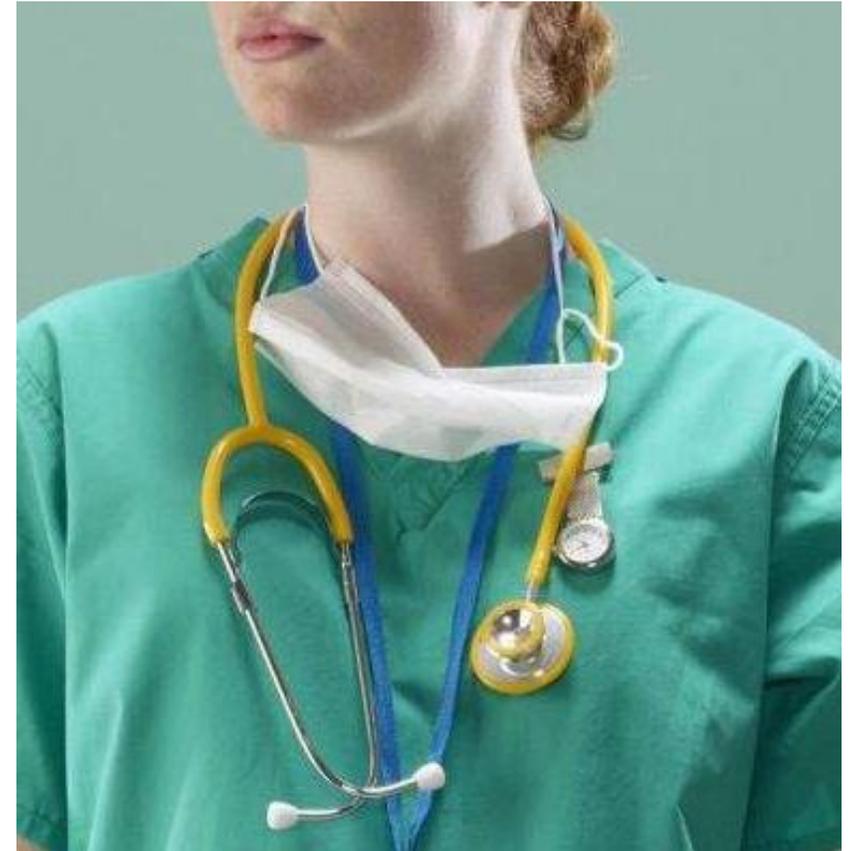
Consentimiento informado y relación de atención en la ley 219/2017

- Promoción y mejora de la **relación de atención** y confianza entre el paciente y el médico a partir del consentimiento informado.
 - L' art. 1, comma 2°, così dispone: *“Se promueve y valora la relación de atención y confianza entre paciente y médico, a partir del consentimiento informado en el que confluyen la autonomía de decisión del paciente y la competencia, autonomía profesional y responsabilidad del médico”*.
- La ley regula **las formas en que se puede expresar este consentimiento informado**:
 - *“El consentimiento informado, adquirido en las formas y con las herramientas más adecuadas a la condición del paciente, **se documenta** por escrito o mediante grabaciones de video o, para la persona con discapacidad, a través de dispositivos que le permitan comunicar. El consentimiento informado, en cualquier forma expresada, se involucra **en la historia clínica y en la historia clínica electrónica**”*

Importancia de la digitalización

El médico y el consentimiento informado en la ley no. 219/2017

- "El médico está obligado a respetar la voluntad expresada por el paciente de rechazar el tratamiento médico o de renunciar a él y, en consecuencia, está **exento de responsabilidad civil o penal**. El paciente no puede exigir tratamientos médicos contrarios a la ley, a la ética profesional o al buen comportamiento clínico; ante tales solicitudes, el médico no tiene obligaciones profesionales"
- En situaciones de emergencia o urgencia "el médico y los miembros del equipo de salud aseguran la atención necesaria, respetando los deseos del paciente donde sus condiciones y circunstancias clínicas lo permitan"
- La ley enfatiza que "el tiempo de comunicación entre médico y paciente constituye tiempo de tratamiento" (1, párrafo 8)



Tratamiento médico arbitrario

El problema de la implementación de las reglas: algunas notas

- Normas que el Parlamento ha elaborado con dificultad y con intereses políticos más que con atención ciudadana;
- Aunque con defectos, son reglas que reflejan principios importantes, correspondientes a las ideas básicas de la buena medicina
- Hay hospitales y hay médicos que han anticipado con la buena práctica los mejores contenidos de esta ley
- Falta de homogeneidad organizativa entre regiones
- La atención domiciliaria de los discapacitados graves y los ancianos es difícil, está llena de obstáculos, escasos recursos y está afectada por una "cultura" administrativa inadecuada, si no hostil
- La asistencia sanitaria hospitalaria ha consolidado fuertemente, salvo raras excepciones, el consentimiento con los trámites, y dedica tiempos totalmente inadecuados en todas las ocasiones de encuentro directo entre paciente y médico (y todo el personal sanitario).
- La formación de los médicos desconoce, en el curso universitario, el tema de la relación y la comunicación, orientando así a los estudiantes a concebir el tratamiento como una pura actuación técnica sobre el paciente. La ley guarda silencio sobre los aspectos formativos.

Resumiendo...

- El objetivo de la nueva cultura de la salud: participar en las decisiones para personalizar las opciones y hacer que el tratamiento sea apropiado

Consentimiento informado: "mayor participación del paciente en las decisiones que le afectan"

Comitato Nazionale per la bioetica: Informazione e consenso all'atto medico (1992)



Observaciones finales

- La atención adecuada es atención concertada y compartida.
Consentimiento relacional
- El consentimiento tiene que ser el tejido mismo de la relación de atención
- La atención adecuada tiene una dimensión personal / familiar esencial
- La atención adecuada no puede prescindir del consentimiento informado



Bibliografia

- C. Hick, G. Corbellini, Consenso informato, voce in Enciclopedia della Scienza e della Tecnica, 2007
- I. Marino, Consenso informato, voce in Dizionario di Medicina, 2010
- Regione Emilia Romagna, Comunicazione della diagnosi, consenso informato, amministratore di sostegno nelle demenze, 2016 in <https://bur.regione.emilia-romagna.it/bur/area-bollettini/bollettini-in-lavorazione/n-197-del-04-07-2016-parte-seconda.2016-07-01.9588164903/aggiornamento-del-progetto-regionale-demenze-dgr-2581-99-e-recepimento-del-piano-nazionale-demenze/allegato-3>
- P. Zatti, Spunti per una lettura della legge sul consenso informato e DAT, in Rivista della responsabilità medica, n. 1, 2018
- V. Mallardi, Le origini del consenso informato, in Acta Otorhinolarygol ital., 312-327, 2005
- J. Aillon, M. Bessone, C. Bodini (a cura di), Un nuovo mo(n)do per fare salute. Le proposte della Rete Sostenibilità e Salute, Torino, 2019