



**Gaetano Marcaccio**

(dottore di ricerca in Diritto ecclesiastico presso l'Università Roma Tre,  
Dipartimento di Giurisprudenza)

**Trasfusioni di sangue, dissenso e fede.  
Le procedure di autodeterminazione terapeutica come forma di tutela  
della libertà religiosa \***

*Blood transfusions, dissent, faith.  
Therapeutic self-determination procedures as a form of protection  
of religious freedom \**

**ABSTRACT:** Il saggio indaga la rilevanza delle procedure di autodeterminazione terapeutica in ordine alla tutela della libertà religiosa, ove la scelta sanitaria del paziente sia manifestazione della sua identità religiosa. L'analisi muove da una sentenza del 2024 della Corte europea dei diritti dell'uomo, che ha condannato lo Stato spagnolo per non avere rispettato le procedure di autodeterminazione terapeutica stabilite con legge, senza peraltro censurare tutte le condotte che hanno concorso a limitare il diritto alla salute e il diritto alla libertà religiosa. Si tratta di condotte rilevanti ai fini della quantificazione del danno risarcibile, come apprezzabile nel caso in cui il pregiudizio investa anche la dimensione religiosa individuale, oltre all'autodeterminazione terapeutica della persona.

**ABSTRACT:** The essay investigates the relevance of therapeutic self-determination procedures in order to protect religious freedom, where the patient's healthcare choice is a manifestation of his religious identity. The analysis starts from a 2024 ruling by the European Court of Human Rights, which condemned the Spanish State for not having respected the therapeutic self-determination procedures established by law, without however censuring all the conducts that contributed to limiting the right to health and the right to religious freedom. These are conducts that are relevant for the purposes of quantifying the compensable damage, as appreciable in the case in which the prejudice also affects the individual religious dimension, in addition to the therapeutic self-determination of the person.

**SOMMARIO:** 1. Identità religiosa e scelte sanitarie omissive nel diritto europeo e nella legislazione spagnola - 2. Il caso *Pindo Mulla vs. Spagna*: profili fattuali e decisioni giurisdizionali nazionali - 3. Il giudizio di Strasburgo, tra principi generali e violazioni particolari dell'autodeterminazione terapeutica religiosamente motivata - 4. Le lacune della pronuncia europea e i possibili profili evolutivi a tutela della libertà religiosa

**1 - Identità religiosa e scelte sanitarie omissive nel diritto europeo e  
nella legislazione spagnola**



È un dato facilmente riscontrabile nella realtà fenomenica quello secondo cui due persone, poste nella stessa situazione, possono comportarsi in modo diverso e compiere scelte differenti<sup>1</sup>. La predilezione per l'una o l'altra opzione dipende da vari fattori, tra cui l'identità religiosa individuale, intesa come insieme di credenze e convinzioni in materia religiosa, proprie di ogni persona<sup>2</sup>.

L'identità religiosa individuale si riflette sulle scelte che ognuno compie, comprese quelle medico-sanitarie<sup>3</sup>. In questo specifico settore, il condizionamento può avvenire in tre modi: 1) attraverso la sostituzione della medicina ufficiale con la religione, ove questa si proponga come unica cura possibile al malessere del fedele (es. santoni e guaritori); 2) attraverso raccomandazioni religiose volte a far assumere ai fedeli determinati comportamenti attivi in campo sanitario (ad esempio, circoncisione o infibulazione); 3) attraverso raccomandazioni finalizzate a far assumere ai fedeli precise scelte sanitarie omissive, rifiutando uno o più trattamenti sanitari<sup>4</sup>.

La sentenza della Grande Chambre della Corte di Strasburgo, sul caso *Pindo Mulla vs. Spagna*<sup>5</sup>, si colloca nel terzo dei modi indicati,

---

\* Contributo sottoposto a valutazione - Peer reviewed paper.

Il contributo rientra nel progetto di R & S PID2023-146205NB-I00, finanziato da MICIU/AEI/10.13039/501100011033 e dal FEDER, UE.

<sup>1</sup> Per approfondimenti sul processo decisionale, cfr. D. KAHNEMAN, *Pensieri lenti e veloci*, Mondadori, 2012, traduzione italiana di L. SERRA.

<sup>2</sup> Sull'incidenza della religione nella costruzione dell'identità personale, cfr. A.M. COSTA, *Il ruolo della religione nella costruzione della identità*, in *Forum. Supplement to Acta Philosophica*, vol. II, 2016, pp. 55 ss.

<sup>3</sup> Cfr. M. D'ARIENZO, *Coscienza, valori e identità religiosa*, in AA. VV., *Annali della Facoltà giuridica dell'Università degli Studi di Camerino - Note*, vol. XI, 2022, p. 207, secondo cui la tutela dell'identità religiosa si concretizza in "tutte le relazioni intersoggettive che per il credente si strutturano in conformità al sistema di valori derivanti dai precetti e divieti dei diritti religiosi ai quali uniforma la propria coscienza e che pertanto contraddistinguono le pratiche sociali nei diversi ambiti: dalle scelte delle tipologie matrimoniali a quelle dell'istruzione; dalla determinazione di trattamenti sanitari conformi ai propri valori etico-religiosi alla rivendicazione di nuove ipotesi di obiezione di coscienza [...]; dalle scelte alimentari - si pensi ai cibi kosher e halal - agli strumenti contrattuali conformi ai precetti religiosi, come evidenziano la finanza etica o la cosiddetta economia islamica". Sul rapporto tra scelte sanitarie e religione nella dottrina italiana, cfr. AA. VV., *Valetudo et religio: intersezioni fra diritto alla salute e fenomeno religioso*, a cura di B. SERRA, Giappichelli, Torino, 2020, nonché P. FLORIS, *Il paradigma Englano: scelte personali, regole etiche e risposte giuridiche*, in *Quad. dir. pol. eccl.*, n. 1, 2015, la quale, da un lato, offre una panoramica sulla "varietà di voci, religiose e laiche, che hanno ragionato, e ragionano, [...] intorno alle questioni di" bioetica, dall'altro fornisce una ricostruzione giuridica che anticipa molti principi fissati, di lì a poco, nella legge n. 219 del 2017. Quanto alla più ampia tematica della medicina interculturale, cfr. I. QUARANTA, M. RICCA, *Malati fuori luogo. Medicina interculturale*, Cortina, Milano, 2012; G. BONIOLO, E. MARTINELLI, *La cura del paziente e la diversità spirituale. Per una medicina interculturale*, Mimesis, Milano-Udine, 2024.

<sup>4</sup> Al riguardo, cfr. G. MARCACCIO, *Identità religiosa e diritto alla salute. Interazioni classiche ed emergenti*, in *Stato, Chiese e pluralismo confessionale*, Rivista telematica (<https://riviste.unimi.it/index.php/statoechiese>), n. 8, 2021, p. 25.

<sup>5</sup> Corte EDU, Grande Chambre, 17 settembre 2024, Ric. n. 15541/2020, *Pindo Mulla*



sebbene affronti il tema da un angolo prospettico particolare. Vale a dire, l'analisi della Corte dà per presupposto il diritto individuale di rifiutare un trattamento sanitario per ragioni di fede, e si incentra sul rispetto o meno, da parte delle autorità che rappresentano lo Stato, delle procedure elaborate dalla legislazione spagnola per rendere effettivo il diritto del paziente di non consentire un trattamento sanitario contrario alle proprie credenze religiose.

Il diritto di rifiutare un trattamento sanitario è un principio consolidato nello spazio giuridico in cui opera la Corte EDU, trovando solidità giuridica nella Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina, detta anche Convenzione di Oviedo, adottata in seno al Consiglio d'Europa nel 1997. A essa si affiancano, sul piano globale, la Dichiarazione universale sulla bioetica e i diritti umani, dell'UNESCO (2005), nel più ristretto piano dell'Unione europea, l'art. 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'UE (2000), secondo cui "nell'ambito della medicina e della biologia dev[e] essere in particolare rispettat[o] il consenso libero e informato della persona interessata, secondo le modalità definite dalla legge".

Presupposto di queste norme internazionali e sovranazionali è la trasformazione del concetto di salute da mera assenza di malattia o di infermità a "condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale", delineata per la prima volta dallo Statuto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (1946). La modifica concettuale inaugura una visione olistica della salute, che guarda all'uomo come a un insieme delle sue parti e reputa in salute solo chi raggiunge uno stato di benessere complessivo nel corpo, nella mente e nello spirito<sup>6</sup>.

Non per forza la migliore scelta medica assicura un tale stato di benessere complessivo. Talvolta è proprio il rifiuto di un trattamento sanitario ad assicurare il benessere nella mente e nello spirito. Ciò accade, come meglio si vedrà, per chi respinge un trattamento sanitario per ragioni di fede. In questo caso, l'esecuzione coatta della prestazione medica determinerebbe una violazione dell'identità personale e religiosa; di certo, escluderebbe il raggiungimento della "condizione di

---

*vs. Spagna.*

<sup>6</sup> In maniera analoga si esprime il Comitato ONU sui diritti economici, sociali e culturali nella sua Osservazione generale n. 14, che, parlando dell'art. 12 del Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali, afferma: "il diritto alla salute non deve essere inteso come un diritto a essere sani. Il diritto alla salute contiene sia libertà che diritti. Le libertà includono il diritto di controllare la propria salute e il proprio corpo, inclusa la libertà sessuale e riproduttiva, e il diritto di essere liberi da interferenze, come il diritto di essere liberi da tortura, trattamenti medici non consensuali e sperimentazione. [...]. Ancor più ampiamente, rileva la dottrina, "essere sani [...] implica, non solo benessere fisico e mentale, ma anche sociale. Essere in salute [...] significa vedere garantito il diritto all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione, alle cure mediche e ai servizi sociali necessari, insomma, a tutte quelle precondizioni sottostanti la salute o, come si suole dire, ai suoi determinanti", R. MAZZOLA, *Religioni, immigrazione e diritto alla salute. Il concetto di "salute" oltre le categorie "scientiste"*, in *Valetudo et religio*, cit., p. 83.



# Stato, Chiese e pluralismo confessionale

completo benessere fisico, mentale e sociale” di cui parla lo Statuto dell’OMS<sup>7</sup>.

Da qui la centralità dell’autodeterminazione terapeutica, intesa come diritto individuale di accettare o di rifiutare qualsiasi trattamento sanitario, anche salvavita, con l’unica eccezione dei trattamenti imposti dalla legge<sup>8</sup>. Tale autodeterminazione può esplicarsi in due momenti: in prossimità del trattamento sanitario, esprimendo un consenso o un dissenso alla prestazione che sta per essere eseguita<sup>9</sup>; oppure in maniera anticipata, prestabilendo con strumenti giuridici specifici quali trattamenti sanitari l’individuo accetti o rifiuti, ove dovesse trovarsi nell’impossibilità di manifestare la propria volontà.

Entrambe le ipotesi sono disciplinate dalle già citate Convenzione di Oviedo<sup>10</sup> e Dichiarazione universale sulla bioetica e i diritti umani<sup>11</sup>, nonché da altri atti di rilievo sovranazionale<sup>12</sup>.

<sup>7</sup> Con riferimento al “rifiuto di emotrasfusioni per i Testimoni di Geova [...] e al rifiuto di cure mediche in quanto tali, per i seguaci della Christian Science”, la dottrina evidenzia che “un po’ dovunque, la legge non obbliga l’individuo ad accettare trattamenti sanitari che non si condividono”, C. CARDIA, *Le basi costituzionali della libertà religiosa individuale. Laicità matura e obiezione di coscienza*, in *Diritto e religione in Italia. Principi e temi*, a cura di R. BENIGNI, RomaTrE-Press, Roma, 2021, p. 38.

<sup>8</sup> Il trattamento sanitario obbligatorio previsto dalla legge, avendo natura derogatoria rispetto al principio dell’autodeterminazione terapeutica, soggiace a limiti stringenti. Per l’ordinamento italiano, «la legge impositiva di un trattamento sanitario risulta compatibile con l’art. 32 Cost. solo se, in primo luogo, tale trattamento sia “diretto non solo a migliorare o a preservare lo stato di salute di chi vi è assoggettato, ma anche a preservare lo stato di salute degli altri”; in secondo luogo, se vi sia “la previsione che esso non incida negativamente sul suo stato di salute”, “salvo che per quelle sole conseguenze, che, per la loro temporaneità e scarsa entità, appaiano normali di ogni intervento sanitario e, pertanto, tollerabili”; infine, se in caso di “danno ulteriore”, nell’ipotesi di “malattia contratta per contagio causato da vaccinazione profilattica”, sia garantita un’ “equa indennità” in favore del danneggiato (sentenza n. 258 del 1994; requisiti da ultimo ribaditi nelle sentenze n. 15 e n. 14 del 2023)», così Corte cost., sent. 20 febbraio 2023, n. 25.

<sup>9</sup> Sul complesso tema dell’esaustività e della completezza del consenso informato, cfr., ex multis, F. MARTINI, U. GENOVESE, A. STEFFANO, *Trattato operativo di responsabilità medica*, t. I, Maggioli, Sant’Arcangelo di Romagna, 2022; E. GIUSTI, *Il consenso informato oggi e il dovere di informazione per la corretta esecuzione della prestazione nel diritto sanitario e nel diritto del mercato finanziario*, ESI, Napoli, 2023.

<sup>10</sup> Cfr. art. 5, che fissa la regola generale secondo cui - afferma la Relazione esplicativa alla Convenzione - “gli esseri umani devono [...] essere in grado di dare o rifiutare liberamente il loro consenso a qualsiasi intervento che coinvolga la loro persona”; art. 6, che riguarda l’ipotesi degli adulti non in grado di acconsentire a un trattamento sanitario; art. 8, sui desideri precedentemente espressi.

<sup>11</sup> Cfr. art. 5 rubricato “autonomia e responsabilità individuale”; art. 6, rubricato “consenso”.

<sup>12</sup> Cfr. Raccomandazione n. 11/2009 del Comitato dei Ministri del Consiglio d’Europa sui principi concernenti le procure permanenti e le direttive anticipate aventi per oggetto l’incapacità, adottata il 9.12.2009, il cui art. 1 interessa la “promozione dell’autodeterminazione” e gli artt. 14 ss. si occupano di direttive anticipate; Risoluzione n. 1859/2012 dell’Assemblea parlamentare del Consiglio d’Europa sulla protezione dei diritti umani e della dignità tenendo conto dei desideri precedentemente espressi dai pazienti. Si segnala, ancora, la Guida al processo decisionale nell’ambito del trattamento medico nelle situazioni di fine vita, elaborata nel 2014 dal Comitato di



Si interseca con esse l'ulteriore tema della così detta emergenza sanitaria, che secondo la definizione che ne dà la Convenzione di Oviedo si verifica "allorquando in ragione di una situazione di urgenza, il consenso informato non può essere ottenuto" (art. 8). In tal caso, prosegue la Convenzione, "si potrà procedere immediatamente a qualsiasi intervento medico indispensabile per il beneficio della salute della persona interessata", salvo che il paziente abbia precedentemente reso delle disposizioni anticipate di trattamento a cui il personale sanitario dovrà attenersi.

In questo quadro generale si collocano le legislazioni nazionali di molti Paesi europei<sup>13</sup>, tra cui la Spagna, che disciplina la materia dell'autodeterminazione terapeutica con la ley n. 41 del 14 novembre 2002<sup>14</sup>. Secondo questa legge, "ogni atto in materia di salute richiede [...] il previo consenso di pazienti o utenti" (art. 2, primo comma), il quale può essere prestato anche oralmente (art. 8, secondo comma), salvo i casi

---

Bioetica del Consiglio di Europa, al dichiarato fine "di facilitare l'attuazione dei principi espressi nella Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina (Convenzione di Oviedo, ETS No. 164, 1997)" (cfr. Premessa), nonché la Carta europea dei diritti del malato del 2002, che tratta anche del "diritto al consenso" (art. 4) e del "diritto alla libera scelta" (art. 5).

<sup>13</sup> Per una comparazione tra legislazioni nazionali, cfr. Corte EDU, *Pindo Mulla vs. Spagna*, cit., parr. da 81 a 86. Si segnala, peraltro, che l'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa, nella già richiamata Risoluzione 1859(2012) Protecting human rights and dignity by taking into account previously expressed wishes of patients, del 25 gennaio 2012, sollecita gli Stati membri a compiere rapidi progressi in ambito di direttive anticipate, testamento biologico e procura continuativa, attraverso azioni suggerite dall'atto stesso. Il sollecito è motivato dal fatto che - precisa la dottrina - "i testamenti biologici o di vita, altrimenti detti carte per l'autodeterminazione del malato, direttive anticipate, living wills, ecc., sono documenti con i quali si dettano le volontà circa l'adozione di decisioni particolari sulla propria persona, nel caso in cui se ne presentasse la necessità. Si tratta, sostanzialmente, di formalizzare in una dichiarazione i propri convincimenti spirituali, morali, religiosi, culturali, circa il senso della vita, il significato della morte, il valore attribuito allo sforzo biomedico volto a prolungare l'esistenza, lo stile con cui un soggetto vorrebbe affrontare i delicati quanto tragici appuntamenti che la vita dovesse riservargli". Così F. FRENI, *Le carte di autodeterminazione del malato come codici etici sul senso della vita*, in *Quad. dir. pol. eccl.*, n 1, 2015, p. 209. Nell'ambito della comparazione tra legislazioni, non è secondario sottolineare che in alcuni ordinamenti, tra cui l'Italia, l'autodeterminazione terapeutica poggia su un dato normativo il cui significato è stato profondamente reinterpretato rispetto all'intenzione originaria di chi l'aveva redatto. Difatti, rileva la dottrina, "dalla lettura dei lavori preparatori, [nell'art. 32 Cost. it.] non sembrano cogliersi tracce dell'intento di riaffermare il diritto di autodeterminazione terapeutica nei termini assoluti in cui si è andato via via consolidando. Anzi, risulta che un emendamento aggiuntivo, volto proprio a sancire espressamente il dovere connesso dell'individuo di tutelare la propria sanità fisica anche per rispetto della collettività, venne ritirato in seguito alle rassicurazioni dell'on. Tupini, secondo cui il principio poteva considerarsi implicito nella formulazione della norma poi approvata", A. LICASTRO, *Trattamenti sanitari, diritto all'autodeterminazione ed etiche di fine vita dopo l'ordinanza n. 207/2018 e la sentenza n. 242/2019 della Corte costituzionale*, in *Valetudo et religio*, cit., p. 106.

<sup>14</sup> Cfr. P. LEÓN SANZ (coord.), *La implantación de los derechos del paciente. Comentarios a la ley n.41/2002*, EUNSA, Pamplona, 2004.



in cui la legge imponga la forma scritta (art. 8, terzo comma)<sup>15</sup>. È facoltà dei pazienti rifiutare un trattamento sanitario non imposto dalla legge, ma tale dissenso andrà espresso per iscritto (art. 8, quarto comma).

Per la legge n. 41/2002, il paziente che sia maggiorenne, capace e libero può anche rendere disposizioni anticipate di trattamento (art. 11), cioè esprimere in anticipo, attraverso un *documento de instrucciones previas* (d'ora in poi anche DIP), le volontà terapeutiche che vorrà far valere ove si trovasse nell'impossibilità di manifestarle personalmente (primo comma). Le *instrucciones previas* richiedono la forma scritta (secondo comma) e vengono caricate nel *Registro nacional de instrucciones previas* per garantirne l'efficacia su tutto il territorio nazionale<sup>16</sup>.

La legge n. 41 si occupa, infine, di emergenza sanitaria, consentendo ai medici di effettuare interventi clinici essenziali per la salute del paziente, senza il consenso di quest'ultimo, purché

"esist[a] un rischio grave e immediato per l'integrità fisica o psichica del paziente e non [sia] possibile ottenere la sua autorizzazione, consultando, quando le circostanze lo consentono, i suoi familiari o le persone di fatto legate a lui" (art. 9, comma 2, lett. B).

Il quadro legislativo spagnolo risulta coerente con le fonti e le indicazioni di rilievo sovranazionale, come rileva la stessa Corte di Strasburgo<sup>17</sup>. Lo è anche nel tralasciare il motivo sotteso alla scelta sanitaria, che potrebbe avere anche natura religiosa. L'accettazione o il rifiuto di un trattamento sono decisioni che rilevano in quanto tali, a prescindere dalle ragioni (talvolta religiose) che le hanno determinate. Fuori dal piano giuridico, però, tali motivazioni assumono un rilievo determinante, perché rappresentano la riaffermazione dell'identità religiosa individuale.

## 2 - Il caso *Pindo Mulla vs. Spagna*: profili fattuali e decisioni giurisdizionali nazionali

---

<sup>15</sup> Ai sensi dell'art. 8, terzo comma, "el consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior de este artículo, dejando a salvo la posibilidad de incorporar anejos y otros datos de carácter general, y tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos".

<sup>16</sup> Per quanto riguarda l'Italia, la disciplina delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) e della pianificazione condivisa delle cure è contenuta nella legge n. 219/2017, la quale presenta ancora oggi delle lacune, tra cui la mancata previsione di un'ipotesi di obiezione di coscienza per il sanitario che, in esecuzione di una DAT, dovesse tenere una condotta commissiva capace di determinare la morte del paziente: cfr. T. DI IORIO, *Il tassello mancante. Disposizioni Anticipate di Trattamento, attività medica e obiezione di coscienza*, in *Stato, Chiese e pluralismo confessionale*, cit., n. 3 del 2025, pp. 31 ss. Vedi anche G. MARCACCIO, *Identità religiosa e diritto alla salute*, cit., pp. 69 ss.

<sup>17</sup> Cfr. Corte EDU, *Pindo Mulla vs. Spagna*, cit., parr. 154, 158 e 172, nonché precedentemente Corte EDU, sez. III, 8 marzo 2022, Ric. n. 57020/18, Reyes Jimenez vs. Spagna, par. 32.



Le scelte sanitarie omissive possono collegarsi, si accennava poc' anzi, anche a bisogni religiosi. Tra le fattispecie più note vi è quella dei Testimoni di Geova, che per motivi di fede rifiutano le trasfusioni di sangue o di emoderivati. Come precisa il sito ufficiale jw.org,

"sia nell'Antico che nel Nuovo Testamento troviamo il chiaro comando di astenerci dal sangue (Genesi 9:4; Levitico 17:10; Deuteronomio 12:23; Atti 15:28, 29). Pertanto non accettiamo il sangue non solo per ubbidienza a Dio, ma anche in segno di rispetto per lui in quanto datore di vita"<sup>18</sup>.

Il rifiuto del sangue da parte dei Testimoni di Geova è un argomento molto discusso anche in sede politica, stante le forti critiche provenienti da una parte della società<sup>19</sup>. In Italia, ancora nel 2015, esso "è stat[o] evocat[o] da parte governativa per non chiudere l'intesa con la Congregazione"<sup>20</sup>.

È proprio in questo ambito che si colloca il caso *Pindo Mulla vs. Spagna*, la cui protagonista è una signora Testimone di Geova, che, dopo aver appreso di essere affetta da un fibroma uterino (mioma) e nella prospettiva di un intervento chirurgico ginecologico, nell'agosto 2017 redigeva due documenti in cui esprimeva il suo rifiuto alla trasfusione di sangue e di emoderivati.

In particolare, ella compilava il *documento de instrucciones previas ex art. 11* della legge spagnola n. 41/2002, depositato presso il Registro delle direttive anticipate di Castiglia e León, con cui dichiarava la propria adesione al culto dei Testimoni di Geova e il rifiuto alle trasfusioni "in tutte le situazioni sanitarie", nominando due suoi amici quali rappresentanti sanitari. Lo stesso giorno la signora Pindo Mulla redigeva anche una procura continuativa (*declaración de voluntades anticipadas*), che portava sempre con sé, nella quale ribadiva il rifiuto alle trasfusioni e la nomina dei rappresentanti sanitari.

Quasi un anno dopo, la signora si recava in pronto soccorso, lamentando sanguinamento e dolore addominale. Espletati gli esami

<sup>18</sup> Cfr. "perché i Testimoni di Geova non accettano le trasfusioni di sangue?", inserito nella sezione «domande frequenti», consultabile al link: <https://www.jw.org/it/testimoni-di-geova/domande-frequenti/testimoni-di-geova-perch%C3%A9-no-trasfusioni-di-sangue/>. Cfr. sul punto **P. PICCIOLI**, *Il prezzo della diversità*, Jovene, Napoli, 2010, pp. 369 ss. Quanto ai figli minori, in dottrina si è sottolineato che i Testimoni di Geova «sono tenuti a proteggere la loro prole dalle trasfusioni di sangue "poiché i figli sono un'eredità di Geova; il frutto del ventre è una ricompensa" (Sal. 127:3)». Così **C. GAGLIARDI**, *Alcune riflessioni in tema di emotrasfusioni nella giurisprudenza italiana*, in *Valetudo et religio*, cit., sez. Comunicazioni, p. 109, nt. 29. In questo caso, però, entrano in gioco sia il criterio del *best interest of the child*, soprattutto per i minori che non abbiano ancora un'adeguata maturità, sia il criterio della capacità di discernimento, che potrebbe consentire al minore capace di discernimento di assumere decisioni sanitarie autonome, o quantomeno di parteciparvi. Sul punto si rimanda alla nota n. 28.

<sup>19</sup> Cfr. **C. MAIONI**, *Intese: il caso dei Testimoni di Geova*, in *Stato, Chiese e pluralismo confessionale*, cit., n. 30 del 2017, pp. 5 ss.

<sup>20</sup> **P. FLORIS**, *Intorno all'intesa con i Testimoni di Geova*, in *Stato, Chiese e pluralismo confessionale*, cit., n. 13 del 2021, p. 128, la quale però, a p. 132, evidenzia come "risult[i] giuridicamente fragile la reiterazione di riserve verso possibili scelte di tipo sanitario al fine di rinviare la chiusura dell'intesa con la Congregazione dei TdG".



strumentali e appresa la gravità della situazione, le veniva proposta una trasfusione, che la paziente rifiutava sottoscrivendo apposito documento, inserito in cartella clinica. Il giorno seguente le veniva riproposta la trasfusione, che la signora nuovamente respingeva, come risulta dall'annotazione presente nel referto ginecologico.

In accordo con la paziente, si decideva il trasferimento della signora all'ospedale La Paz di Madrid, poiché attrezzato per fornire cure alternative al trattamento trasfusionale<sup>21</sup>. Nella relazione di dimissioni, si ribadiva il rifiuto della donna alle trasfusioni di sangue ed emoderivati, essendo ella Testimone di Geova.

Durante il tragitto in ambulanza, un medico dell'ospedale di La Paz telefonava al sanitario a bordo; quest'ultimo avvertiva il collega della gravità della situazione in cui versava la sig.ra Pindo Mulla e la paziente confermava al medico al telefono le sue posizioni in tema di trasfusioni di sangue. Si susseguiva, poi, una serie di condotte errate che sostanziavano ripetute violazioni dell'autodeterminazione terapeutica e dell'identità religiosa della paziente, a opera di diversi soggetti coinvolti.

Più nello specifico, pochi minuti dopo la telefonata, tre medici dell'ospedale di La Paz inviavano un fax al *juez de guardia* del Tribunale istruttorio n. 9 di Madrid chiedendo istruzioni su come comportarsi quando sarebbe arrivata in struttura una non meglio identificata paziente

---

<sup>21</sup> Sul piano scientifico, va segnalata la crescente diffusione della così detta medicina senza sangue, la quale si propone di ridurre gli effetti avversi delle trasfusioni (ad esempio, la somministrazione di sangue infetto), di razionalizzare l'uso di un bene prezioso per la collettività e di consentire ai pazienti che abbiano determinate convinzioni religiose o filosofiche di disporre di cure alternative alla trasfusione. Tempo fa la dottrina medico-scientifica discuteva delle implicazioni etiche e giuridiche della *bloodless medicine*, rispetto ai Testimoni di Geova: ex multis, cfr. T. ARIGA, S. HAYASAKI, *Medical, legal and ethical considerations concerning the choice of bloodless medicine by Jehovah's Witnesses*, in *Legal Medicine*, 5 Suppl. 1, 2003, pp. 72 ss.; A. MCINROY, *Blood transfusion and Jehovah's Witnesses: the legal and ethical issues*, in *Br J Nurs*, 14(5), 2005, pp. 270 ss.; AA. VV., *Fundamentos del rechazo a la transfusión sanguínea por los testigos de Jehovah. Aspectos ético-legales y consideraciones anestésicas en su tratamiento*, in *Rev. esp. anestesiol. reanim.*, 53(1), 2006, pp. 31 ss.; G. EFFA-HEAP, *Blood transfusions: implications of treating a Jehovah's Witness patient*, in *Br J Nurse*, 18(3), 2009, pp. 174 ss. Risolte tali problematiche, il dibattito medico-scientifico si è spostato sull'applicazione della 'medicina senza sangue' a patologie o interventi specifici, come confermano le più recenti pubblicazioni sul tema. Nella dottrina ecclesiastica italiana, si occupa del tema della *bloodless medicine* P. CONSORTI, *Libertà di scelta della terapia e violenza medica. Brevi considerazioni sul rifiuto delle trasfusioni di sangue dei Testimoni di Geova*, in *Stato, Chiese e pluralismo confessionale*, cit., n. 10 del 2021, pp. 53 ss. In quest'ottica rileva la predisposizione di ambulatori ad hoc presso alcuni presidi ospedalieri, come accaduto nel 2014 presso il Dipartimento cardiovascolare dell'IRCCS MultiMedica di Sesto San Giovanni, nonché l'adozione di specifiche linee guida per i sanitari sui comportamenti da tenere (cfr. *Carta sul principio di autodeterminazione: consenso e dissenso informato in merito all'uso del sangue e alla ricerca di alternative*, adottata con deliberazione n. 791 del 22 ottobre 2007 dal Direttore generale dell'ASL di Firenze). Va segnalato, ancora, che il tema della *bloodless medicine* ha coinvolto anche la Corte di Giustizia dell'Unione Europea: cfr., inter alia, R. BOTTONI, *Trasfusioni di sangue e sicurezza sociale di fronte alla Corte di Giustizia dell'Unione europea*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 2 (numero speciale), 2023, pp. 243 ss.



Testimone di Geova, con parametri di emoglobina molto bassi, la quale “[aveva] espresso verbalmente il suo rifiuto a tutti i tipi di trattamento”. Il giudice d’ufficio interpellava il medico legale, secondo cui: “sebbene per ora non si sappia se la paziente sia in grado di dare e/o rifiutare il suo consenso [...]”, la situazione pone un grave rischio per la vita della paziente”. Pressoché contemporaneamente, il giudice contattava il procuratore locale (*Ministerio Fiscal*), il quale, facendo riferimento al presunto dissenso solo orale espresso dalla paziente, peraltro riguardo a qualsiasi trattamento sanitario, e considerando il suo grave stato clinico, riteneva di non opporsi ai trattamenti necessari per salvaguardarne la vita e l’integrità fisica. Seguiva, quindi, la decisione del *juez de guardia*, che autorizzava a porre in essere tutte le misure necessarie a preservare la vita della paziente, posto che in mancanza sarebbe potuta morire e che non vi erano prove ‘attendibili’ del suo rifiuto a ricevere cure mediche. Tutto ciò accadeva mentre la paziente era in viaggio, senza informare né lei, né i suoi parenti.

Arrivata a La Paz, la signora Pindo Mulla era completamente vigile<sup>22</sup>. Il suo ingresso in ospedale veniva però trattato come un’emergenza medica; pertanto, non veniva raccolto il consenso informato, ma la paziente veniva immediatamente trasportata in sala operatoria e sottoposta a intervento chirurgico. Solo il giorno dopo, la signora Pindo Mulla veniva informata del provvedimento giurisdizionale, del tipo di intervento a cui era stata sottoposta e delle trasfusioni di globuli rossi eseguite in corso di trattamento chirurgico, dalla paziente espressamente descritte “like a rape of my person, something disgusting, [...] very, very bad”<sup>23</sup>.

Quindi, iniziava una lunga battaglia legale, non tanto per ottenere un risarcimento per la violazione del diritto all’autodeterminazione terapeutica, quanto per chiedere l’annullamento del provvedimento del *juez de guardia*, come monito utile per il futuro a evitare che si ripetessero situazioni simili in danno di altri pazienti.

La signora Pindo Mulla presentava innanzitutto un *recuso de reforma*, deciso dallo stesso giudice che aveva emesso il provvedimento impugnato, il quale confermava la propria decisione facendo leva sulla gravità delle condizioni della paziente, sul rifiuto di costei a qualsiasi trattamento, sul pericolo che ciò rappresentava per la sua vita e sul fatto che la stessa avesse espresso la volontà solo oralmente, non per iscritto.

Seguiva, poi, un *recuso de apelación* davanti alla *Audiencia Provincial*, che pure rendeva una decisione negativa, con motivazioni ancora più singolari, soprattutto in ordine alla ricostruzione storica degli accadimenti. L’*Audiencia Provincial* partiva dal presupposto che la

<sup>22</sup> Cfr. par. 31 della sentenza Corte EDU, *Pindo Mulla vs. Spagna*, cit., secondo cui all’arrivo la paziente veniva valutata al punto più alto della Glasgow Coma Scale, con un punteggio di 15, che indica uno stato completamente vigile.

<sup>23</sup> Cfr. par. 35 della sentenza Corte EDU, *Pindo Mulla vs. Spagna*, cit., ove viene riportato un estratto di una dichiarazione scritta resa dalla ricorrente ai fini del procedimento innanzi alla stessa Corte di Strasburgo.



paziente, una volta giunta all'ospedale di La Paz, fosse oggettivamente in grado di esprimere la propria volontà e che, per espressa previsione legislativa, il rifiuto all'intervento andava reso per iscritto. Ribadiva, dunque, l'insufficienza del rifiuto soltanto orale; rilevava che nella cartella clinica vi fosse un documento di consenso informato, ancorché sottoscritto soltanto dal medico (non anche dalla paziente); dichiarava l'impossibilità per il giudice di consultare le disposizioni anticipate di trattamento, perché per legge inutilizzabili in presenza di un paziente in grado di decidere.

La criticità di questa seconda decisione sta nella ricostruzione storica dei fatti, atteso che l'*Audiencia Provincial* non considera che la paziente, arrivata a La Paz, veniva immediatamente trasportata in sala operatoria, senza che i medici le chiedessero nulla circa la sua volontà di esser sottoposta a quel trattamento sanitario e senza che le dicessero nulla quanto al provvedimento del *juez de guardia*. Non varrebbe in contrario affermare la scarsa diligenza della paziente per non aver comunicato ai sanitari del nuovo ospedale la sua volontà di non essere trasfusa: d'altronde, questa era stata trasferita in quel nosocomio proprio perché in grado di fornire cure alternative alle trasfusioni.

Nel 2018 la signora Pindo Mulla proponeva infine un *recuso de amparo* alla Corte costituzionale, che però veniva dichiarato inammissibile, senza affrontare il merito.

### 3 - Il giudizio di Strasburgo, tra principi generali e violazioni particolari dell'autodeterminazione terapeutica religiosamente motivata

Esauriti i giudizi interni, il caso giunge all'attenzione della Corte di Strasburgo, la cui sezione V rimette la decisione alla Grande Chambre, che si pronuncia il 17 settembre 2024<sup>24</sup>.

Il supremo consesso si occupa innanzitutto della qualificazione giuridica della vicenda, rispetto alla quale la ricorrente e il governo spagnolo assumono posizioni differenti<sup>25</sup>. Per la signora Pindo Mulla, i

---

<sup>24</sup> Tra i commenti alla pronuncia, cfr. **V. LANDO**, *Corte Europea dei Diritti dell'Uomo - Pindo Mulla v. Spagna: Testimonî di Geova e trasfusioni di sangue durante operazioni in regime di emergenza urgenza*, in *BioDiritto - sez. Biolaw-pedia*, 17 settembre 2024; **F. CRANMER**, *Jehovah's Witnesses, emergency surgery and blood products: Pindo Mulla*, in *Law & Religion UK*, 18 settembre 2024.

<sup>25</sup> Si ricordi, più in generale, il dibattito dottrinale sull'ampia (e, per alcuni, eccessiva) discrezionalità della Corte EDU nel selezionare, tra le varie violazioni denunciate dalle parti, le accuse su cui fondare la propria pronuncia. Si veda, per tutti, **A. GREENE**, *Allegation Picking and the European Court of Human Rights as a Strategic Actor*, 15 luglio 2024, [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=4861812](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4861812); **ID.**, *Allegation Picking and the European Court of Human Rights: a Pervasive Court Practice Hiding in Plain Sight?*, in *Strasburg observers*, 25 febbraio 2025, <https://strasbourgobservers.com/2025/02/25/allegation-picking-and-the-european->



fatti vanno valutati alla luce degli artt. 8 e 9 della CEDU, cioè non solo del diritto al rispetto della vita privata, ma anche del diritto alla libertà di coscienza e religione, in quanto la scelta sanitaria in discussione si radicava nelle convinzioni religiose personali. Per il governo spagnolo, invece, quegli stessi fatti vanno analizzati sulla base del solo art. 8, rientrando essi nel perimetro dell'autonomia e dell'autodeterminazione del paziente.

La Corte si avvicina molto alle posizioni del governo, sostenendo che la questione riguardi “the autonomy and self-determination of the patient in relation to medical treatment”, e tuttavia non dimentica che “the religious aspect of the applicant’s complaint can be adequately accommodated by interpreting and applying Article 8 in the light of Article 9” (par. 98).

Da subito, la Corte EDU evidenzia che il caso in questione si differenzia da altri precedenti riguardanti la sospensione del trattamento vitale<sup>26</sup>, l'eutanasia<sup>27</sup>, il suicidio assistito<sup>28</sup>, le scelte sanitarie sul minore o la sospensione di trattamenti vitali sul minore<sup>29</sup>. Inoltre, sottolinea che questa vicenda è diversa anche rispetto alle decisioni in materia di trattamenti sanitari su persone private della libertà e sottoposte al

---

court-of-human-rights-a-pervasive-court-practice-hiding-in-plain-sight.

<sup>26</sup> Corte EDU, Grande Chambre, 5 giugno 2015, Ric. n. 46043/2014, *Lambert e al. vs. Francia*.

<sup>27</sup> Corte EDU, sez. III, 4 ottobre 2022, Ric. n. 78017/2017, *Mortier vs. Belgio*.

<sup>28</sup> Corte EDU, sez. IV, 29 aprile 2002, Ric. n. 2346/2002, *Pretty vs. Regno Unito*; Corte EDU, sez. I, 20 gennaio 2011, Ric. n. 31322/2007, *Haas vs. Svizzera*; Corte EDU, sez. V, 19 luglio 2012, Ric. n. 497/2009, *Koch vs. Germania*.

<sup>29</sup> Rispettivamente Corte EDU, sez. IV, 9 marzo 2004, Ric. n. 61827/2000, *Glass vs. Regno Unito*, e Corte EDU, sez. IV, 20 aprile 2021, Ric. n. 18533/2021, *Parfitt vs. Regno Unito*, par. In questi casi si guarda principalmente al superiore interesse del minore, che non per forza coincide con i desideri sanitari dei genitori, come accade ove questi ultimi rifiutassero di sottoporre il figlio neonato a trattamenti salvavita contrari alle loro convinzioni religiose. Più il minore è dotato di capacità di discernimento, maggiore sarà la sua partecipazione alle scelte sanitarie che lo riguardano. Per approfondimenti cfr. AA. VV., *Identità e salute del minore. Problematiche attuali*, a cura di A. BUCELLI, Pacini, Pisa, 2021; S. ANGELETTI, *I minori tra diritto e religione. Libertà religiosa, best interests, educazione*, il Mulino, Bologna, 2022, nonché P. BORSELLINO, *Brevi note sul rifiuto di trasfusioni ematiche e responsabilità genitoriale. Quando il provvedimento restrittivo del Tribunale non trova giustificazione*, in *Quad. dir. pol. eccl.*, n. 3, 2020, pp. 1009 ss., nonché, precedentemente, P. FLORIS, *Appartenenza confessionale e diritti dei minori. Esperienze giudiziarie e modelli d'intervento*, in *Quad. dir. pol. eccl.*, n. 1, 2000, pp. 210 ss. Quanto all'Italia, si segnala la recente Cass. civ., sez. I, 3 febbraio 2025, n. 2549, sul consenso condizionato al trattamento sanitario, per motivi religiosi. Il caso riguardava due genitori cattolici che acconsentivano alla trasfusione di sangue del figlio minore, a condizione che il donatore non fosse vaccinato contro il covid-19, atteso che “per produrre il vaccino sarebbero state utilizzate linee cellulari provenienti da feti abortiti” (ordinanza citata). Per la Suprema Corte, la richiesta di trasfusioni da donatori non vaccinati rappresenta una scelta di coscienza basata su un'interpretazione dottrinale strettamente individuale; “in ogni caso non può essere imposta al minore se non all'esito di una adeguata valutazione e ponderazione dei suoi diritti e interessi, che sono suoi e non del nucleo familiare di cui fa parte” (ordinanza citata).



controllo dello Stato per motivi di diritto penale<sup>30</sup> o per ragioni di salute mentale<sup>31</sup>.

La Corte delinea quindi il campo d'indagine con due precisazioni tecnicamente condivisibili, che sollevano tuttavia qualche perplessità su cui si tornerà più avanti. Secondo la Corte, la disamina va limitata alla decisione del *juez de guardia* e al processo decisionale nel suo complesso, perché è questo l'oggetto di contestazione davanti ai giudici nazionali (par. 129 ss.). Inoltre, per la Corte tale disamina presuppone la riconduzione del caso di specie alla categoria giuridica dell'emergenza medica, cioè a quella fattispecie eccezionale, prevista sia dalla Convenzione di Oviedo (art. 8) sia dal diritto spagnolo (art. 9, secondo comma, ley n. 41/2002), che legittima un intervento a protezione della vita e della salute del paziente, motivato dalla particolarità e dall'eccezionalità della situazione in cui egli versa e dalla non conoscibilità delle sue volontà (par. 135)<sup>32</sup>.

Nonostante le due precisazioni, la Corte si sofferma sui principi generali in materia di autodeterminazione terapeutica, quindi ricorda che il diritto al rispetto della vita privata ricomprende il diritto all'autonomia personale in campo sanitario<sup>33</sup>, e che quest'ultima si sostanzia nel diritto di fare delle scelte sul proprio corpo<sup>34</sup>. Il paziente giuridicamente capace e debitamente informato sulle sue condizioni di salute, sui tipi di trattamento praticabili e sulle conseguenze di un suo eventuale rifiuto è libero di scegliere se acconsentire o meno a un trattamento sanitario (par. 138)<sup>35</sup>. La sua libertà di scelta prevale sull'interesse pubblico a proteggere la vita, salvo i casi in cui vi siano interessi di terzi da dover proteggere (par. 140). D'altronde, l'imposizione di un trattamento sanitario non voluto né obbligatorio interferisce con l'integrità fisica e mette in discussione i valori protetti dall'art. 8, par. 1, CEDU<sup>36</sup>.

<sup>30</sup> Corte EDU, sez. II, 7 ottobre 2008, Ric. n. 35228/2003, *Bogumil vs. Portogallo*.

<sup>31</sup> Corte EDU, sez. II, 15 settembre 2020, Ric. n. 45439/2018, *Aggerholm vs. Danimarca*.

<sup>32</sup> Nel paragrafo 135 così si legge: "all of these texts share the concern of permitting vital medical treatment to be given in emergency situations, in order to save the lives of patients when their will cannot be sufficiently established".

<sup>33</sup> Per Corte EDU, Grande Chambre, 25 giugno 2019, Ric. n. 41720/2013, *Nicolae Virgilii Tănase vs. Romania*, "the concept of private life is a broad term not susceptible to exhaustive definition (see *Bensaid v. the United Kingdom*, no. 44599/98, § 47, ECHR 2001-I; *Bărbulescu v. Romania* [GC], no. 61496/08, § 70, 5 September 2017 (extracts); and *Denisov v. Ukraine* [GC], no. 76639/11, § 95, 25 September 2018), which covers also the physical and psychological integrity of a person (see X and Y, cited above, § 22, and *Medžlis Islamske Zajednice Brčko and Others v. Bosnia and Herzegovina* [GC], no. 17224/11, § 76, 27 June 2017). Moreover, a person's body concerns an intimate aspect of private life (see *Y.F. v. Turkey*, no. 24209/94, § 33, ECHR 2003-IX)".

<sup>34</sup> Così Corte EDU, *Pretty vs. Regno Unito*, cit., par. 66. La sentenza si occupa di un caso diverso da quello qui esaminato, relativo a una vicenda di suicidio assistito.

<sup>35</sup> Sul diritto del paziente a essere informato e sulla responsabilità dello Stato in caso di mancata informativa da parte dei medici, cfr. Corte EDU, sez. I, 5 ottobre 2006, Ric. n. 75725/2001, *Trocellier vs. Francia*, par. 4; Corte EDU, sez. V, 13 aprile 2023, Ric. n. 14709/2007, *Mayboroda vs. Ucraina*, par. 52.

<sup>36</sup> Cfr. Corte EDU, *Pretty vs. Regno Unito*, cit., par. 63; Corte EDU, Lambert e al. vs.



I principi così esplicitati da Strasburgo valgono anche per il dissenso motivato da credenze o convinzioni in materia religiosa, a prescindere da quanto irrazionale, poco saggio o imprudente possa apparire agli altri, come chiarisce incidentalmente la Corte EDU nei casi *Testimoni di Geova di Mosca e altri vs. Russia* e *Taganrog LRO e altri vs. Russia*<sup>37</sup>. La libera scelta e l'autodeterminazione terapeutica sono componenti della vita e una loro ingiustificata restrizione da parte dello Stato determinerebbe una ingerenza capace solo di diminuire, non di aumentare, il valore della vita stessa<sup>38</sup>.

Lo schema muta leggermente in caso di emergenza sanitaria, ove l'autenticità del rifiuto assume massima centralità. Secondo la Corte, in ipotesi di emergenza va assicurato che il diniego al trattamento salvavita sia stato espresso in maniera chiara, specifica e inequivocabile, oltre che libera e autonoma, da una persona giuridicamente capace e contestualmente consapevole delle implicazioni scaturenti dalla propria decisione (par. 148). Se sussistono dubbi anche solo su uno di questi profili, l'esecuzione del trattamento urgente e salvavita non costituisce una violazione dell'autonomia personale (par. 149). Resta fermo, in ogni caso, l'obbligo per il sanitario "de mettre en œuvre des mesures raisonnables pour déterminer quels pourraient être les souhaits du patient", come chiarisce il Rapporto esplicativo alla Convenzione di Oviedo<sup>39</sup> e come conferma la dottrina spagnola con riferimento alla normativa nazionale<sup>40</sup>.

---

Francia, cit., par. 180.

<sup>37</sup> Il riferimento è a Corte EDU, sez. I, 10 giugno 2010, Ric. n. 302/2002, *Testimoni di Geova di Mosca e altri vs. Russia*, par. 136, e a Corte EDU, sez. III, 7 giugno 2022, Ric. n. 32401/2010 e altre 19, *Taganrog LRO e al. vs. Russia*, par. 162. Le sentenze appena citate riguardano lo scioglimento e la messa al bando dei Testimoni di Geova in Russia, e qui rilevano nei passaggi in cui si sottolinea che, per i Testimoni di Geova, la libertà di accettare o rifiutare determinati trattamenti è vitale per l'autodeterminazione e l'autonomia personale. Cfr. **M. INTROVIGNE**, *Blood Transfusions and Jehovah's Witnesses: why the European Court of Human Rights ruled against Spain*, in *Bitter Winter. A Magazine on Religious Liberty and Human Rights*, 2 ottobre 2024. Per un approfondimento sulla prima delle citate sentenze, cfr. **C. LAPI**, *La difficile posizione giuridica dei Testimoni di Geova in Russia di fronte alla Corte di Strasburgo*, in *Stato, Chiese e pluralismo confessionale*, cit., giugno 2011; **F. PAPINI**, *I Testimoni di Geova ancora discriminati. Un confronto fra giudici europei e amministratori italiani*, in *Quad. dir. pol. eccl.*, n. 1 del 2013, pp. 306 ss.; **G. CAROBENE**, *Normativa "anti estremismo" e libertà religiosa nella Federazione Russa. Il caso dei Testimoni di Geova*, in *Stato, Chiese e pluralismo confessionale*, cit., n. 16 del 2020; **F. ALICINO**, *Diritto alla salute e fattore religioso nello spazio giuridico europeo. Alla ricerca di un laico e sostenibile pluralismo etico*, in *Valetudo et religio*, cit., p. 176 ss.; **M.C. IVALDI**, *Diritti e religione nella Federazione russa. Emblematici esempi di discriminazione*, in *Dir. & rel.*, n. 1, 2020, pp. 298 ss.

<sup>38</sup> Come ricorda la dottrina trattando le scelte di fine-vita, al centro vi è "un dibattito intenso e acceso intorno alla tutela della salute della persona, della sua vita, questa intesa anche come storia di vita, fatta di idee e scelte coscientiali, etiche o religiose", **P. FLORIS**, *Il paradigma Englano*, cit., p. 173.

<sup>39</sup> *Rapport explicatif de la Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine*, Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine, par. 57.

<sup>40</sup> Cfr. **J. PARRILLA VERGARA**, *Sangre, consentimiento y fe. Comentarios al caso Pindo*



Sotto altro versante la Corte focalizza l'attenzione sulle garanzie procedurali (par. 144), specificando che l'art. 8 CEDU non ne prevede di esplicite, ma contestualmente precisando che, in caso di decisioni che incidono sulla vita privata di una persona, il processo decisionale deve essere equo e strutturato in modo da garantire il rispetto dei vari interessi. A tale riguardo, la Corte esamina se la persona interessata sia stata sufficientemente coinvolta in tale processo, tenuto conto delle circostanze del caso e del tipo di decisione da prendere, così da poter constatare e valutare le motivazioni addotte dall'autorità nazionale a giustificazione dell'ingerenza statale nell'autodeterminazione terapeutica individuale<sup>41</sup>.

In applicazione di questi principi, la Corte censura il procedimento decisorio delle autorità spagnole, a partire dalla decisione del *juez de guardia* che autorizzava i medici dell'ospedale di La Paz a eseguire qualunque trattamento ritenuto necessario per salvare la vita della signora Pindo Mulla. Tale autorizzazione incondizionata originava dalla limitatezza, genericità e parziale erroneità delle informazioni fornite al giudice d'ufficio in ordine ai desideri terapeutici della paziente, che come abbiamo visto erano stati registrati in varie forme e in vari momenti<sup>42</sup>. Tuttavia, l'autorità giudiziaria interpellata non approfondiva in alcun modo le reali volontà della paziente (par. 162, par. 176)<sup>43</sup>, non consultava i parenti o le persone a lei vicine (par. 166), né tantomeno considerava la possibilità, paventata dal medico-legale e poi nei fatti verificatasi, che all'arrivo nell'ospedale madrileno la paziente conservasse intatta la propria capacità decisionale<sup>44</sup>. Come afferma la Corte EDU, “the decision transferred the power to decide, as from the moment it was given, from the applicant to the doctors” (par. 165).

Parimenti criticata, sebbene per altre ragioni, è la decisione dell'*Audiencia Provincial*. Essa riconosceva la capacità decisionale della paziente una volta giunta all'ospedale di La Paz. Ciò determinava un

---

*Mulla v. Spain*, in *Revista general de derecho penal*, n. 42, 2024, p. 10.

<sup>41</sup> In argomento cfr. Corte EDU, sez. IV, 26 maggio 2011, Ric. n. 27617/2004, *R.R. vs. Polonia*, par. 191; Corte EDU, Grand Chambre, 12 giugno 2014, *Fernández Martínez vs. Spagna*, par. 147.

<sup>42</sup> Il riferimento è al *documento de instrucciones previas* ex art. 11 della legge n. 41/2002 depositato presso il Registro delle direttive anticipate di Castiglia e León, alla procura continuativa (*declaración de voluntades anticipadas*) redatta dalla paziente e portata sempre con sé, nonché ai numerosi dissensi scritti presenti in cartella clinica.

<sup>43</sup> Dopo aver richiamato il principio generale secondo cui l'esistenza di un dubbio sulle volontà del paziente impegna il decisore a un ragionevole sforzo per dissiparlo, la Corte afferma di essere comunque sensibile “to the very pressing circumstances that confronted the duty judge. The doctors had stressed the gravity of the situation and requested a reply as soon as possible, which the duty judge gave within one hour and after having consulted the forensic doctor and the prosecutor” (par. 162).

<sup>44</sup> Per D.J. COMPARADA, M.F. AMORÓS, *Autonomía personal, libertad religiosa y derecho a la vida: comentarios a la sentencia del TEDH en el caso "Pindo Mulla v. Spain"*, in *Integración regional & derechos humanos/Revista*, n. 2, 2024, p. 327, “la decisión del juez de guardia no se refirió a la cuestión de si la solicitante conservaba la capacidad suficiente para poder tomar, en la forma requerida y en el tiempo de que aún disponía, una decisión sobre el tratamiento que aceptaría o no”.



ritrasferimento del potere di dissenso in capo alla paziente, che però non veniva né interrogata (attraverso la normale procedura di raccolta del consenso), né avvertita in altro modo. È quantomeno dubbio, a parere della Corte, che un ritrasferimento ‘ignoto’ del potere decisorio sia compatibile con le garanzie previste dalla normativa nazionale a tutela dell’autodeterminazione terapeutica (par. 179).

Sotto altro profilo, la Corte EDU reputa carente la decisione del giudice di appello laddove si limita

“a constatare l’assenza di un dissenso scritto, senza chiarire come sia stato possibile presentare un documento privo della firma della ricorrente, dato che sia la paziente, sia il medico curante [avevano] dichiarato di aver firmato”<sup>45</sup>.

In altre parole, per la Corte mancherebbe un approfondimento necessario di una questione (quella della firma del modulo da parte della paziente) che riveste assoluta centralità (par. 180).

Da qui, l’accertata violazione dell’autonomia privata (art. 8 CEDU), letta insieme alla libertà religiosa individuale (art. 9 CEDU), in quanto la decisione sanitaria della signora Pindo Mulla è manifestazione di un precetto religioso da essa assunto a salda regola di vita<sup>46</sup>.

## 4 - Le lacune della pronuncia europea e i possibili profili evolutivi a tutela della libertà religiosa

La sentenza *Pindo Mulla vs. Spagna* rappresenta uno snodo importante per la tutela dell’autodeterminazione terapeutica individuale e di tutti gli altri diritti individuali che trovano concreta attuazione attraverso le scelte sanitarie, tra cui la liberà religiosa. La pronuncia stabilisce, in campo sanitario, un principio già espresso

“in altre occasioni e per altre fattispecie, secondo il quale lo Stato, una volta che ha legittimato con proprie leggi determinate facoltà per gli individui, deve poi creare un quadro procedurale che consenta ad essi di esercitarle concretamente”<sup>47</sup>.

<sup>45</sup> D. DURISOTTO, *Il diritto di rifiutare un trattamento trasfusionale al vaglio della Corte EDU*, in *Giur. It.*, dicembre 2024, p. 2553.

<sup>46</sup> La frase è una rielaborazione di quanto afferma P. FLORIS, *Il paradigma Englaro*, cit., p. 187. Del resto, precisa altra dottrina, “per secoli la libertà religiosa è stata rivendicata in Europa dalle minoranze religiose come diritto all’eguaglianza [...]. Oggi invece essa si presenta sempre più come diritto alla diversità (o tutela dell’identità), cioè come pretesa [...] al riconoscimento pubblico e alla conseguente tutela delle proprie specifiche peculiarità in termini di riti religiosi e anche di pratiche di vita quotidiana ispirate alla propria fede religiosa”, tra cui “il rispetto di determinate regole incidenti sulle modalità di erogazione di determinate prestazioni sanitarie e sui loro stessi contenuti”, P. CAVANA, *Diritto alla salute, libertà religiosa e obiezione di coscienza*, in *Valetudo et religio*, a cura di B. SERRA, cit., p. 143.

<sup>47</sup> D. DURISOTTO, *Il diritto di rifiutare*, cit., p. 2553. Analogamente, cfr. J. PARRILLA VERGARA, *Sangre, consentimiento*, cit., p. 13, secondo cui “si la norma no es el problema, parece claro que la actuación lesiva para los derechos de la demandante se encuentra en la aplicación de la propia normativa de autonomía del paciente”. In



La mancata previsione del quadro procedurale o il suo mancato rispetto da parte delle autorità che rappresentano lo Stato priva di effettività il diritto astrattamente proclamato, rendendolo sostanzialmente inutile perché concretamente non esercitabile o non pienamente esercitabile<sup>48</sup>. In caso di scelte sanitarie motivate da credenze o convinzioni religiose, l'ineffettività investe tanto l'autodeterminazione terapeutica, quanto la libertà religiosa.

Proprio qui si innesta una prima critica alla pronuncia della Grande Chambre, che pur essendo limitata nella cognizione alle sole questioni affrontate dai giudici interni, avrebbe dovuto esaminare con maggiore incisività l'operato dei medici, *longa manus* dello Stato nella tutela e nella promozione non solo del diritto alla salute, ma anche del diritto di libertà religiosa della paziente. L'analisi della Corte avrebbe dovuto riguardare sia la fase della richiesta al *juez de guardia* del parere su come comportarsi all'arrivo della paziente in ospedale, sia la fase di ingresso e gestione della paziente nel nosocomio di Madrid. In entrambi i momenti la condotta dei sanitari condiziona la corretta applicazione delle procedure e, con essa, l'effettività dei diritti tutelati.

Quanto al primo momento, il comportamento significativo dei medici si identifica con la trasmissione al *juez de guardia* di informazioni errate e incomplete, che contribuiscono a indurlo in errore. In più passaggi la Corte sottolinea l'incidenza di questa carente informativa sulla decisione assunta dal giudice d'ufficio. Tuttavia, sarebbe stato più opportuno introdurre nella sentenza, anche sotto forma di *obiter dictum*, qualche passaggio che disapprovasse definitivamente la 'superficialità informativa' dei medici ed evidenziasse i dirompenti effetti da essa prodotti in termini di compressione o addirittura azzeramento del diritto alla salute e del diritto di libertà religiosa, intesa come facoltà di ognuno di adeguarsi nei comportamenti alle proprie credenze o convinzioni in materia religiosa. È fin troppo ovvio che se i medici avessero fornito al giudice d'ufficio indicazioni più precise sul nominativo della paziente (utile per consultare il Registro delle disposizioni anticipate), sui suoi precedenti rifiuti e sulle modalità della loro manifestazione (tramite DIP e tramite dissensi scritti), l'autorità giudiziaria avrebbe verosimilmente assunto decisioni differenti. D'altronde, la corretta applicazione delle procedure passa anche dalle mani dei medici, e con essa l'effettività dei due diritti in discussione.

---

giurisprudenza si veda Corte EDU, *R.R. vs. Polonia*, cit.

<sup>48</sup> Molto significativo è il par. 156 della sentenza *Pindo Mulla vs. Spagna*, ove la Corte, con riferimento al *documento de instrucciones previas* depositato presso il Registro di Castiglia e León, osserva: "the respondent State has chosen to confer binding effect on advance medical directives, and has made specific practical arrangements in order to ensure that the instructions given by patients are known and followed in the health care system throughout the national territory. The Court would underline that where such a system has been put in place, which is a choice falling within the State's margin of appreciation, and is relied on by patients who have made use of it correctly, it is important that it functions effectively to achieve its purpose".



Quanto al secondo momento, il comportamento significativo dei sanitari è rappresentato dall'acritico adeguamento al provvedimento autorizzativo del *juez de guardia*, senza considerare le condizioni di piena lucidità in cui versava la paziente all'ingresso in ospedale e senza sottoporre la stessa al normale iter di acquisizione del consenso informato<sup>49</sup>. La Corte si sottrae completamente a tali considerazioni, ancorché l'accertata capacità decisionale della paziente avrebbe dovuto sollecitare i medici a ritenere inapplicabile la disciplina dell'emergenza sanitaria, quindi il provvedimento del giudice d'ufficio (cfr. art. 9, secondo comma, ley n. 41/2002; art. 8 Convenzione di Oviedo), in favore dell'applicazione del principio generale secondo cui ogni persona maggiorenne e capace mantiene la propria autodeterminazione terapeutica (cfr. art. 8 ley n. 41/2002; art. 5 Convenzione di Oviedo).

La volontà dei giudici di Strasburgo di non trattare la questione viene da essi esplicitata<sup>50</sup> ed emerge anche dai precedenti giurisprudenziali citati, secondo cui, da un lato, lo Stato non risponde degli errori di valutazione o di scelta clinica dei medici se dimostra di aver adottato misure per assicurare elevati standard professionali<sup>51</sup>, dall'altro non rientra tra le funzioni della Corte indagare eventuali errori dei medici<sup>52</sup>.

Resta il fatto che una pronuncia così importante come quella in discussione, pur nei limiti della cognizione a essa devoluta, avrebbe dovuto evidenziare la condotta dei sanitari come esecuzione coatta di un trattamento sanitario su paziente vigile non previamente interpellato, rimarcando la violazione del principio di ascolto e di adeguamento alle volontà del paziente pienamente capace.

Il silenzio della Corte apre un pericoloso spazio di discrezionalità per i medici, che in alcune ipotesi - ad esempio, se assistiti da un provvedimento giurisdizionale - potrebbero sentirsi non più vincolati al dovere di interpellare il paziente cosciente e di assecondare le sue scelte terapeutiche<sup>53</sup>. Ciò si riflette, peraltro, anche sugli altri diritti

<sup>49</sup> Sullo stato di lucidità della paziente e sulla mancata acquisizione del consenso informato presso l'ospedale di La Paz, cfr. par. 31 sentenza Corte EDU, *Pindo Mulla vs. Spagna*, cit.

<sup>50</sup> Cfr. par. 177: "The Court would make the point that what is at issue in this case is the right of the competent patient to decide autonomously on their health care. That evidently includes the freedom to change one's decision as much as to maintain it. The question whether the applicant had the capacity to do so was a crucial one, given that there was an advance medical directive on record to ensure that her refusal of blood transfusion would remain operative in the event of her being unable to take such a decision at the relevant point in time according to Spanish law. Yet that issue was not put to the judge at the outset".

<sup>51</sup> Cfr. Corte EDU, Grande Chambre, 19 dicembre 2017, Ric. n. 56080/2013, *Lopes de Sousa Fernandes vs. Portogallo*, parr. 186-187. In argomento cfr. Corte EDU, *Mayboroda vs. Ucraina*, cit., par. 54; Corte EDU, *Reyes Jimenez vs. Spagna*, cit., par. 28;

<sup>52</sup> Cfr. Corte EDU, *Lopes de Sousa Fernandes vs. Portogallo*, cit., par. 198.

<sup>53</sup> Sul punto, **J. PARRILLA VERGARA**, *Sangre, consentimiento*, cit., p. 11, ricorda che "la propia jurisprudencia del TEDH se ha mostrado tajante al considerar que las competencias de los profesionales sanitarios no deben exceder el ámbito de libre



costituzionali legati alla scelta terapeutica, tra cui la libertà religiosa, che rischierebbe un sostanziale azzeramento nel caso in cui l'opzione di cura desiderata dal paziente si radicasse su precetti di fede e costituisse estrinsecazione dell'identità religiosa individuale del paziente. Non va dimenticato, infatti, che sussiste un "limite etico cui è assoggettato l'operato del medico affinché la sua condotta possa reputarsi lecita: il rispetto della libertà e della dignità dei pazienti"<sup>54</sup>.

Oltre ciò, il provvedimento del *juez de guardia* va comunque censurato. Non solo per la sua natura incondizionata, ampiamente condannata dalla Corte EDU<sup>55</sup>, ma anche perché reso in mancanza di quel minimo approfondimento istruttorio richiesto per provvedimenti così invasivi della sfera individuale. Non è condivisibile, infatti, il rilievo dei giudici di Strasburgo secondo cui il mancato approfondimento istruttorio si collega all'esigenza di fornire una risposta rapida (par. 162). Pur nella ristrettezza dei tempi entro cui assumere la decisione, un quadro informativo così carente avrebbe dovuto spingere l'autorità giudiziaria interpellata a reperire almeno il nominativo della paziente, onde verificare l'eventuale deposito di DIP presso l'apposito registro<sup>56</sup>. Più complicato, ma comunque non impossibile, sarebbe stato per il *juez de guardia* chiedere maggiori informazioni sul contenuto della cartella clinica dell'ospedale di provenienza, che per espressa previsione normativa doveva stare a bordo dell'ambulanza che trasportava la paziente<sup>57</sup>, oppure interpellare la paziente, i suoi parenti o le persone che intrattenevano con lei rapporti di fatto (art. 9, secondo comma, lett. B, ley n. 41/2002)<sup>58</sup>. Così facendo, si sarebbe data migliore attuazione al diritto

---

disposición que el individuo posee para con bienes jurídicos protegidos de naturaleza personal". Nel caso di especie, precisa otra doctrina, "no se abordó en absoluto la cuestión de si la paciente mantenía la suficiente capacidad para poder tomar, en la forma requerida y en el tiempo que aún estaba disponible antes de la cirugía, una decisión sobre el tratamiento. En efecto, la decisión del juez de guardia transfirió a los médicos el poder de decisión de la paciente", A. PONCE TAMAYO, *Respeto a la autonomía personal y objeción de conciencia a tratamientos médicos. Comentario a la sentencia del Tribunal europeo de derechos humanos Pindo Mulla contra España (demanda n. 15541/20), de 17 de septiembre de 2024, in Revista general de derecho canónico y derecho eclesiástico del Estado*, n. 66, 2024, p. 10.

<sup>54</sup> C. GAGLIARDI, *Alcune riflessioni*, cit., p. 113.

<sup>55</sup> Cfr. Corte EDU, *Pindo Mulla vs. Spagna*, cit., parr. 165 e 173.

<sup>56</sup> Ai sensi dell'art. 11, quinto comma, ley n. 41/2002, il *Registro nacional de instrucciones previas* ha l'espressa finalità di rendere le dichiarazioni anticipate di trattamento (*documento de instrucciones previas*) valide su tutto il territorio nazionale. È stato istituito con Real Decreto 2 febbraio 2007, n. 124 e può essere consultato, oltre che da chi ha registrato direttive e dai suoi rappresentanti, anche da "[...] c) los responsables acreditados de los registros autonómicos; d) las personas designadas por la autoridad sanitaria de la comunidad autónoma correspondiente o por el Ministerio de Sanidad" (art. 4).

<sup>57</sup> Come precisa il giudice Elósegui al par 7 della sua opinione concorrente, "in Spain, ambulances are required to have a copy of the medical records of the patient they are transporting".

<sup>58</sup> Secondo A. PONCE TAMAYO, *Respeto a la autonomía*, cit., p. 13, non è stata seguita la procedura corretta per ottenere le informazioni necessarie a rendere una decisione conforme alla volontà della paziente, in quanto non sono state reperite le sue direttive



della paziente di vivere la propria condizione patologica conformemente ai propri convincimenti, anche di natura religiosa.

Parte della dottrina ha criticato la decisione della Corte EDU anche sotto un altro profilo, affermando che essa non ha conferito adeguato rilievo all'art. 9 CEDU, quindi alla libertà religiosa, ritenuta invece violata dalle decisioni giurisdizionali nazionali<sup>59</sup>. In realtà, la scelta di Strasburgo di rilevare la violazione del solo art. 8 CEDU, seppur letto alla luce dell'art. 9 CEDU, risulta condivisibile, oltre che coerente sia con gli apparati normativi internazionali, sovranazionali e nazionali prima tratteggiati, sia con gli orientamenti giurisprudenziali sovranazionali e nazionali che danno rilievo al dissenso in quanto tale, a prescindere dal movente a esso sotteso. Dare valore alle ragioni del dissenso è un'operazione che presenta dei rischi: innanzitutto, potrebbe determinare la violazione del diritto alla riservatezza in materia religiosa, di cui la giurisprudenza di Strasburgo ha più volte evidenziato la centralità<sup>60</sup>; in secondo luogo, potrebbe di fatto ridurre l'effettività del

---

mediche anticipate, non è stata valutata la sua capacità in quel momento di rifiutare la trasfusione, né si è considerato se un familiare avesse potuto comunicare all'autorità giudiziaria i desideri della paziente al riguardo. Va precisato, però, che solo qualche rigo prima, l'A. reputa corretta la decisione del *juez de guardia* sulla scorta delle informazioni a sua disposizione: "a mi juicio, el juez de guardia decidió correctamente con base en la información de que disponía".

<sup>59</sup> Per **B.M. CATALANO**, *Libertà religiosa e rifiuto di emotrasfusioni. Analisi del recente caso Pindo Mulla v. Spain della Corte europea dei diritti dell'uomo*, in *Dir. & rel.*, sez. News, 16 ottobre 2024, p. 2, "nel caso *Pindo Mulla v. Spain*, la Corte ha scelto di basare la propria decisione principalmente sull'articolo 8 della Convenzione, utilizzando il concetto di 'autonomia personale' e attribuendo alla libertà religiosa sancita dall'articolo 9 il semplice ruolo di elemento che 'colora' il caso di una sfumatura religiosa, senza che ne rappresenti il fulcro centrale. Tale impostazione sembrerebbe rappresentare un'occasione mancata per affrontare in modo più approfondito il delicato equilibrio tra la libertà di religione e le modalità attraverso cui essa si esercita, in rapporto con gli altri diritti in gioco, specie in presenza di una questione che, nella sua essenza, verteva su una chiara violazione del diritto di libertà religiosa". Secondo **M. CIRAVEGNA**, *Tra consenso informato e fede: la Corte europea dei diritti dell'uomo sul rifiuto del trattamento emotrasfusionale nel caso Pindo Mulla c. Spagna*, in *Diritti comparati*, 16 gennaio 2025, "la pronuncia appare un'occasione mancata per la Corte per affrontare un tema centrale: il diritto del paziente di ricevere cure conformi alle proprie convinzioni religiose" (p. 4), in quanto "nel caso di specie l'art. 9 CEDU funge da mero sfondo all'art. 8 CEDU, mentre il rilievo dei diritti da esso nascenti avrebbe potuto (e forse dovuto) essere maggiormente apprezzato, al fine di valutare se la protezione della 'salute' giustifichi l'imposizione di una restrizione al diritto dei Testimoni di Geova di rifiutare, sulla base del loro diritto individuale (art. 9 CEDU) e collettivo (art. 11 CEDU) di libertà religiosa, di farsi somministrare trasfusioni di sangue" (p. 5). Per **T. LESSELIERS**, *Pindo Mulla v. Spain. Blood transfusions to Jehovah's witnesses: is protecting personal autonomy through procedural justice enough?*, in *Strasburg observers*, 15 novembre 2024, «I would point to the surprisingly neglected religious dimension of this case. If "reading article 8 in light of article 9" is to mean anything here, then it seems to me it should be the need to provide extra strong safeguards for the respect of therapeutic preferences when they hold a religious dimension to them».

<sup>60</sup> Per i giudici di Strasburgo, la riservatezza religiosa ricomprende sia il diritto di non essere obbligati a rivelare la propria religione o convinzione, sia il diritto di non essere costretti a tenere comportamenti da cui possa desumersi la religione o la



diritto individuale all'autodeterminazione terapeutica, ove l'esteriorizzazione dei motivi sottesi alla scelta sanitaria rappresentasse un limite (psicologico, sociale, ecc.) per l'individuo al libero esercizio di tale diritto.

Il movente religioso sotteso alla scelta terapeutica potrebbe rilevare, invece, in sede di quantificazione del danno da violazione del diritto all'autodeterminazione terapeutica. Come noto, la violazione dell'autodeterminazione terapeutica dà luogo a un danno risarcibile in sede civile<sup>61</sup>, la cui quantificazione potrebbe esser graduata in aumento ove la scelta sanitaria violata si poggiasse su una credenza o su una convinzione in materia religiosa. In tal caso, il mancato rispetto della volontà del paziente contrasterebbe non solo con l'autodeterminazione terapeutica del paziente, ma anche con la sua libertà religiosa, integrando due profili di sofferenza dei quali il giudice dovrebbe tener conto in sede di liquidazione del danno.

In questo senso è utile richiamare una sentenza italiana dell'agosto 2023, relativa a una richiesta di risarcimento danni avanzata dal marito di una paziente Testimone di Geova sottoposta a trasfusioni di sangue contro la sua volontà, successivamente deceduta per cause autonome dal trattamento trasfusionale<sup>62</sup>. Per il giudice (di primo grado) chiamato a decidere la questione, integra una condotta illecita "l'aver negato, alla

---

convinzione della persona: ex multis, cfr. Corte EDU, sez. I, 21 febbraio 2008, Ric. n. 19516/2006, *Alexandridis vs. Grecia*, par. 38. Quanto al più ristretto contesto dell'Unione europea, si richiama il così detto GDPR (Regolamento UE 2016/679), per il cui approfondimento, ex multis, cfr. L. CALIFANO, C. COLAPIETRO (a cura di), *Innovazione tecnologica e valore della persona: il diritto alla protezione dei dati personali nel Regolamento UE 2016/679*, ESI, Napoli, 2017. La riservatezza religiosa in ambito sanitario può essere tutelata anche vietando alle strutture sanitarie di inserire nel questionario di accettazione dei pazienti una domanda specifica sulla loro appartenenza religiosa, che rappresenta il presupposto per una raccolta sistematica e preventiva circa le loro convinzioni religiose. Si veda, in tal senso, il provvedimento n. 515 del 12 novembre 2014 del Garante italiano per la privacy, per la cui analisi si rimanda a B. SERRA, *Convinzioni religiose, riservatezza e prestazioni sanitarie*, in *Stato, Chiese e pluralismo confessionale*, cit., n. 34 del 2015.

<sup>61</sup> Cfr. S.P. PERRINO, *L'inadempimento dell'obbligo informativo terapeutico*, Giappichelli, Torino, 2024. Va precisato che, nel caso di specie, il diritto al risarcimento del danno da violazione dell'autodeterminazione terapeutica non è stato azionato dalla signora Pindo Mulla, neanche davanti alle giurisdizioni interne, per sua espressa volontà. Come afferma l'opinione parzialmente concorrente e parzialmente dissenziente del giudice Seibert-Fohr, condivisa da altri, "the applicant has stated that, for her, the issue at stake was not one of possible medical negligence but essentially one of principle (see paragraph 91). She conceded that she could have attempted to bring civil proceedings in order to claim compensation, but had decided against it. Given that the Court has ruled on a matter that was for the applicant a matter of principle, we therefore fail to perceive why compensation that was not claimed domestically should now be awarded by the Court in the context of the present application": cfr. par. 9 della predetta opinione.

<sup>62</sup> Cfr. Trib. Modena, sez. II civ., 31 agosto 2023, n. 1367, consultabile in *Coscienza e Libertà*, n. 66, 2023, pp. 177 ss. Si segnala il commento di S. TESTA BAPPENHEIM, *Nota a Trib. Modena n. 1367/2023: la violazione della libertà religiosa costituisce danno morale risarcibile*, in *Dir. & rel.*, sez. News, 2023.



[paziente], una dignità nel processo del morire, imponendole decisioni terapeutiche contrarie alle sue convinzioni religiose, così annientando la sua identità". Del resto, continua l'autorità giudiziaria,

"l'esercizio della funzione di garanzia in capo ai medici, così come pure l'obbligo contrattuale di adempimento della prestazione, non possono spingersi fino a travalicare diritti inviolabili di ogni essere umano e costituzionalmente protetti"<sup>63</sup>.

Da qui, la condanna al risarcimento di un danno non patrimoniale trasmissibile *iure hereditatis*, oltre al danno *iure proprio* riconosciuto al marito per esser "stato privato della possibilità di accompagnare dignitosamente la moglie verso al fine della sua vita", considerando, in particolare, "il legame che li univa non solo nella vita ma altresì nella condivisione della fede religiosa"<sup>64</sup>.

Per la verità, la citata pronuncia rappresenta l'applicazione di quanto stabilisce uno dei più autorevoli parametri convenzionalmente adottati in Italia per garantire una liquidazione del danno da violazione dell'autodeterminazione terapeutica quanto più uniforme possibile sull'intero territorio nazionale, altrimenti lasciato al prudente apprezzamento del singolo giudice<sup>65</sup>. Si tratta delle cosiddette tabelle di Milano, la cui versione più recente è datata 2024<sup>66</sup>. Esse suddividono le violazioni dell'autodeterminazione in quattro livelli di intensità: lieve, media, grave ed eccezionale, ponendo nel livello più alto l'ipotesi della "gravissima sofferenza interiore conseguente al trattamento non preceduto da consenso e alla lesione del diritto all'autodeterminazione (ad es.: trasfusioni di sangue in paziente Testimone di Geova)"<sup>67</sup>.

---

<sup>63</sup> Così Trib. Modena, sent. 1367/2023, cit. Analogamente, cfr. Cass. civ., sez. III, 23 dicembre 2020, n. 29469, secondo cui "il Testimone di Geova, che fa valere il diritto di autodeterminazione in materia di trattamento sanitario a tutela della libertà di professare la propria fede religiosa, ha il diritto di rifiutare l'emotrasfusione pur avendo prestato il consenso al diverso trattamento che abbia successivamente richiesto la trasfusione, anche con dichiarazione formulata prima del trattamento medesimo, purché dalla stessa emerga in modo inequivoco la volontà di impedire la trasfusione anche in ipotesi di pericolo di vita".

<sup>64</sup> Così Trib. Modena, sent. n. 1367 del 2023, cit., che valuta l'esistenza e l'entità del danno morale del marito considerando sia la correligiosità dei coniugi, sia la rilevanza che il preccetto violato (dalla condotta dei sanitari) assume nella loro fede.

<sup>65</sup> Ai sensi dell'art. 1226 del codice civile italiano, "se il danno non può essere provato nel suo preciso ammontare, è liquidato dal giudice con valutazione equitativa".

<sup>66</sup> Sin dalla nota sentenza Cass. civ., sez. III, 7 giugno 2011, n. 12408, la Suprema Corte valida le cosiddette tabelle di Milano quale utile parametro para-normativo per la liquidazione del danno non patrimoniale. Come precisa Cass. civ., sez. III, 26 gennaio 2024, n. 2539, "le tabelle di Milano, estremamente utili agli operatori anche in relazione al risarcimento del danno da violazione del consenso nell'offrire criteri orientativi di quantificazione basati sulla elaborazione di una ampia campionatura di decisioni, non hanno valore normativo. Costituiscono un riferimento opportuno, ai fini di evitare il rischio di una valutazione arbitraria da parte del giudice, ma non assolutamente vincolante al rispetto degli importi ivi indicati". Per una loro consultazione, cfr. il sito del Tribunale di Milano, all'indirizzo web [https://tribunale-milano.giustizia.it/cmsresources/cms/documents/P\\_7646\\_24.pdf](https://tribunale-milano.giustizia.it/cmsresources/cms/documents/P_7646_24.pdf).

<sup>67</sup> Così le cosiddette tabelle di Milano. Per un'analisi più generale, che tocca anche la



# Stato, Chiese e pluralismo confessionale

L'esplicito riferimento alla trasfusione nel paziente Testimone di Geova e la sua inclusione tra le violazioni più gravi danno valore alla componente religiosa della scelta sanitaria, ma soprattutto evidenziano come, in presenza di una tale componente, a essere pregiudicata sia non soltanto l'autodeterminazione terapeutica ma anche, e direttamente, la libertà religiosa.



---

citata sentenza del Tribunale di Modena e un'altra pronuncia della Corte di appello di Milano, cfr. **F. PAPINI**, *La violazione del dissenso alle emotrasfusioni per motivi religiosi: il danno in base alle tabelle milanesi*, in *Danno e responsabilità*, n. 5, 2024, pp. 545 ss.