



**TRIBUNALE DI CAGLIARI**

Il Giudice Tutelare,

letti gli atti,

a scioglimento della riserva assunta all'udienza del 21.6.2016;

vista l'istanza depositata in data 31.5.2016 dall'amministratore di sostegno di W.P., con la quale ha chiesto l'autorizzazione al distacco di tutti i presidi medici per il sostegno vitale del predetto, conformemente alla volontà più volte espressa dal beneficiario;

letti gli atti della amministrazione di sostegno in favore di W.P.;

visto il decreto di nomina dell'amministratore, emesso in data xxxxxxxx, con il quale si dispone che il beneficiario e l'amministratrice possano compiere disgiuntamente, e quindi anche da soli, gli atti giuridici di ordinaria amministrazione, interpellando previamente il beneficiario in ordine alla volontà di quest'ultimo circa gli atti da compiere, e che gli atti di straordinaria amministrazione siano preceduti dalla autorizzazione del giudice tutelare;

sentito personalmente il beneficiario presso il proprio domicilio all'udienza in data 21.6.2016;

vista la documentazione medica in atti attestante che il beneficiario è affetto da *sclerosi laterale amiotrofica (tetraparesi con plegia amiotrofica AASS e AAIL; respirazione assistita in tracheostomizzato; nutrizione enterale tramite PEG, cateterizzato, utilizzo di sistemi di comunicazione, ....)*;

visto il parere del Pubblico Ministero che ha concluso per l'accoglimento del ricorso;

## OSSERVA

Il ricorrente ha richiesto, per il tramite del proprio amministratore di sostegno, l'autorizzazione al distacco dei presidi medici necessari per il proprio sostegno vitale.

La carta costituzionale è esplicita nel prevedere che ogni trattamento sanitario, per poter essere praticato, necessita del consenso dell'individuo: la norma non contiene riserve di sorta ed il consenso del paziente deve esistere sempre, anche se il dissenso determini un pericolo potenziale o reale per la propria vita.

Il secondo comma dell'articolo 32 della Costituzione, secondo cui "nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge", e l'articolo 13 secondo cui "la libertà personale è inviolabile", tutelano un diritto fondamentale dei cittadini, sancendo il principio dell'autodeterminazione individuale.

Tale principio, pur in assenza di una specifica normativa sul fine vita, ha trovato accoglimento anche presso l'assemblea parlamentare: nel 1997 il governo italiano, insieme ai governi degli altri paesi facenti parte del Consiglio d'Europa, ha firmato la "Convenzione di Oviedo" (Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina) che, all'articolo 5, dispone che "Un intervento nel campo della salute non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato consenso libero ed informato. .... La persona interessata può, in qualsiasi momento, liberamente ritirare il proprio consenso", e conferma il diritto dei pazienti al rifiuto delle cure. Tale Convenzione è stata ratificata dal Parlamento nel 2001, con la legge n. 145. Sebbene dopo 19 anni dalla sottoscrizione e 15 anni dalla ratifica parlamentare non risulti ancora depositato presso il Consiglio d'Europa (organo promotore della Convenzione) lo strumento di ratifica da parte del Governo, tale normativa, pur non ancora in vigore nel nostro ordinamento, vale comunque quale criterio interpretativo per il giudice, in quanto enuncia principi conformi alla nostra Costituzione e costituisce un valido punto di riferimento per l'interprete ed una conferma delle scelte di fondo della nostra Carta Costituzionale.

Il principio di autodeterminazione terapeutica trova riscontro anche nel codice di deontologia medica, approvato il 15 dicembre 2006, dove all'art 35 si prevede che il sanitario non debba intraprendere attività diagnostiche e/o terapeutiche senza l'acquisizione del consenso esplicito e informato del paziente. *In ogni caso, in presenza di documentato rifiuto di persona capace, il medico deve desistere dagli atti diagnostici e curativi, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà espressa della persona.*

Infine, anche la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea, che costituisce la parte II del Progetto di Trattato che istituisce una Costituzione per l'Europa, al Titolo I, stabilisce che la dignità umana è inviolabile, e, in ambito medico, prevede che *"deve essere rispettato il consenso libero ed informato della persona interessata, secondo le modalità definite dalla legge"*.

Ritiene questo giudice che il riconoscimento del diritto ad autodeterminarsi in ordine al trattamento sanitario sarebbe parziale se non fosse ammesso lo speculare diritto, in capo al soggetto, di rifiutare il trattamento sanitario o di interrompere un trattamento sanitario già in atto.

La Corte di Cassazione ha affermato esplicitamente che *"Il consenso informato ha come correlato la facoltà non solo di scegliere tra le diverse possibilità di trattamento medico, ma anche di eventualmente rifiutare la terapia e di decidere consapevolmente di interromperla, in tutte le fasi della vita, anche in quella terminale"* (v Cass 21748 del 4.10.2007). In tale sede la Suprema Corte ha anche precisato che *"Il rifiuto delle terapie medico-chirurgiche, anche quando conduce alla morte, non può essere scambiato per un'ipotesi di eutanasia, ossia per un comportamento che intende abbreviare la vita, causando positivamente la morte, esprimendo piuttosto tale rifiuto un atteggiamento di scelta, da parte del malato, che la malattia segua il suo corso naturale"*.





Ovviamente, il presupposto del rifiuto o dell'interruzione del trattamento sanitario poggia sulla possibilità di revocare in ogni momento il dissenso prestato, in base al combinato disposto degli artt. 2, 13 e 32 Cost.

Deve escludersi che il diritto all'autodeterminazione terapeutica del paziente incontri un limite allorché da esso consegua il sacrificio del bene della vita: proprio in forza di quel principio di libertà costituzionalmente garantito, la salute dell'individuo non può essere oggetto di imposizione coattiva.

Il diritto al rifiuto del trattamento sanitario può essere, dunque, esteso ai trattamenti di sostegno vitale, intendendosi tali quei trattamenti la cui mancata somministrazione determina un pericolo grave ed immediato per la vita del paziente.

Il quadro normativo richiamato impone, pertanto, il rispetto assoluto della volontà del soggetto nei trattamenti sanitari, ed ogniqualvolta il rifiuto sia informato, autentico ed attuale non vi è possibilità di disattenderlo in nome di un dovere di curarsi come principio di ordine pubblico.

L'esercizio del diritto alla autodeterminazione terapeutica, come tutti i diritti di libertà, è evidentemente condizionato dalle convinzioni etiche proprie del titolare del diritto medesimo, ed è altresì coerente con la nuova dimensione che oggi ha assunto la salute, non più intesa come semplice assenza di malattia ma come stato di benessere fisico e psichico, coinvolgente, in relazione alla percezione che ciascuno ha di sé, anche gli aspetti interiori della vita e le relazioni con gli altri.

Cio' premesso e relativamente al caso specifico, il beneficiario, come risulta dalla documentazione medica in atti, è affetto dal 2011 da sclerosi laterale amiotrofica (tetraparesi con plegia amiotrofica AASS e AAIL).

La respirazione è assistita, essendo tracheostomizzato, la nutrizione enterale avviene tramite PEG, è cateterizzato, ed è affetto da sindrome da immobilizzazione

muscolo-scheletrica. Utilizza sistemi di comunicazione (comunicatore acustico con comandi oculari).

Dal punto di vista neurologico il P. "è persona capace di intendere e di volere, non presentando alcun deficit delle funzioni cognitive, né turbe psicopatologiche aventi significatività clinica. E' persona in grado di determinarsi lucidamente in piena autonomia, di rendersi conto del valore delle proprie determinazioni e delle proprie scelte, di comprenderne motivi e significato, di valutarne criticamente la portata e le conseguenze..", come attestato nella relazione medica del dott. xxxxx, specialista in Neurologia e Psichiatria, Direttore ff della UOC Neurologia Riabilitativa del PO xxxxxx.

Gli stessi operatori della ASL xxx che hanno avuto modo di conoscerlo in questi anni, la dott.ssa xxxxxx, medico responsabile per le cure domiciliari, ed il dott.xxxx, direttore di distretto dell'xxxx, hanno confermato la lucidità di pensiero e la ferma volontà del xxxx.

In data 12.7.2012 il P. ha redatto una scrittura privata contenente le proprie determinazioni in relazione al fine vita, dichiarando che, nell'ipotesi in cui venga a trovarsi, a causa della propria patologia, in condizioni di non poter decidere riguardo alle sue cure, chiede di non ricevere terapie o interventi invasivi atti a prolungare la sua esistenza, e che *"i trattamenti già iniziati ed aventi per obiettivo il prolungamento della mia vita siano interrotti (compresi respirazione assistita, dialisi, rianimazione cardio-polmonare, interventi chirurgici volti a prolungare la mia esistenza, trasfusioni sanguigne, terapia antibiotica, alimentazione in ogni sua forma naturale o artificiale incluso soluzione glicata. Qualora uno di questi o altri interventi si rendesse necessario chiedo in sostituzione la sedazione terminale."*

In data 10.11.2014 alla presenza di testimoni, ha redatto una scrittura privata affermando che *"atteso che da settembre 2013 le proprie funzioni respiratorie – in ragione della patologia da cui è afflitto, la SLA in stadiazione 4 – sono affidate 24 ore al giorno ad*



*un respiratore meccanico al quale è collegato attraverso un tubo da una maschera nasale ... rilevato che in un arco di tempo più o meno ravvicinato l'inevitabile procedere della malattia comporterà la completa perdita delle capacità vocali, già oggi fortemente compromesse, rendendo impossibile la comunicazione diretta ed esplicita della propria volontà, ... delega il proprio amministratore di sostegno - al verificarsi di tali circostanze (perdita totale delle capacità fonatorie) o metodiche invasive per la respirazione o per la alimentazione - a chiedere l'assistenza del medico rianimatore perché proceda alla somministrazione di farmaci sedativi e, successivamente all'effetto di questi, all'operazione di scollegamento del sottoscritto dal respiratore meccanico".*

In data 28.9.2015 ha redatto altra scrittura nella quale dichiara *"di avere completamente perso l'uso della parola e di poter comunicare solo tramite un comunicatore acustico a comandi oculari. di essersi sottoposto nel luglio 2015 ad intervento di tracheostomia per la peg, di non aver registrato, a seguito di tali interventi, modificazioni significative nella qualità della propria vita e di aver constatato un peggioramento della motilità muscolare del viso e dei globi oculari che porterà prima o poi alla impossibilità nell'uso del comunicatore. di ritenere un inutile accanimento terapeutico la prosecuzione della ventilazione meccanica"* ed ha delegato l'amministratore di sostegno ad individuare un medico che proceda, previa sedazione, al distacco del respiratore.

Infine, con scrittura in data 4.5.2016 ha chiesto alla ASL di Cagliari il distacco del respiratore artificiale, previa sedazione sufficiente ad evitare dolori.

In data 21.6.2016 questo Giudice Tutelare si è recato presso il domicilio del beneficiario, il quale, attraverso il comunicatore acustico, ha confermato quanto dichiarato nelle precedenti scritture e le richieste in esse contenute, ed in particolare, senza alcuna esitazione, la volontà di sospendere i trattamenti di sostegno vitale.



Il Pubblico Ministero presso la locale Procura della Repubblica, in relazione alla problematica della responsabilità del medico curante in ordine al decesso del paziente nolente, ha richiamato i seguenti principi:

*a) il consenso informato costituisce la base di ogni trattamento terapeutico;*

*b) da tale principio scaturisce la configurazione di un vero e proprio diritto perfetto, sancito e garantito da norme di rango costituzionale (artt. 2, 13 e 32 comma 2° Cost.) e dall'art. 33 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (istituzione del servizio sanitario nazionale) a determinarsi liberamente e consapevolmente in ordine al rifiuto del compimento di qualsiasi attività invasiva di natura medica e, per conseguenza, al diritto di interrompere quelle terapie per le quali il consenso viene revocato; la Costituzione, infatti, tutela non solo il diritto alla salute, ma anche il diritto di autodeterminarsi, lasciando a ciascuno il potere di scegliere autonomamente se effettuare, o meno, un determinato trattamento sanitario;*

*c) il divieto del medico (correlato al diritto del paziente) di porre in essere un qualsiasi trattamento medico in presenza di un documentato rifiuto di persona capace di intendere e di volere (art. 32 del codice di deontologia medica); ciò vale certamente, in ragione dell'ampio contenuto del diritto del paziente, anche per il trattamento medico in atto, allorché si chiede di desistere dai conseguenti atti diagnostici e curativi, non essendo possibile alcun trattamento medico contro la volontà della persona;*

*d) Il rifiuto di un trattamento sanitario deve essere frutto di una scelta libera ed effettiva del paziente: come il consenso, il rifiuto deve essere quindi: personale (espresso cioè dal titolare del diritto alla salute o da colui che intende sottoporsi al trattamento sanitario, eccettuati i casi di incapacità previsti dal legislatore, ricorrendo i quali è possibile che il consenso venga prestato dal rappresentante legale); libero (risultato della libera autodeterminazione del paziente e immune dai vizi rilevanti secondo la disciplina civilistica sulla volontà); attuale (il rifiuto deve essere concomitante al trattamento sanitario o ad esso preventivo); concreto (il rifiuto*



*non deve essere meramente ipotetico ma deve essere espresso in relazione ad uno specifico trattamento incipiente o in fieri); informato (per essere validamente espresso, il paziente deve ricevere un'informazione adeguata in ordine agli effetti che possono derivare dal rifiuto o dall'interruzione di un trattamento sanitario; perché sia informato, il medico deve presentare al paziente la reale situazione clinica, vera ed attuale, con l'indicazione delle eventuali criticità del caso concreto); revocabile (è certamente ammissibile che il paziente abbia il diritto di revocare il proprio dissenso manifestato in un primo momento, onde poter accedere alle cure, inizialmente rifiutate.*

concludendo per l'accoglimento del ricorso.

Osservato che il rifiuto del trattamento sanitario, da iniziare o già in atto, deve presentare gli stessi requisiti postulati per il consenso richiesto al soggetto prima di sottoporsi al trattamento medesimo, e rilevato che, nel caso di specie, il rifiuto espresso dal titolare del diritto alla salute è il risultato della sua libera autodeterminazione, è attuale e concreto (non meramente ipotetico ma relativo ad uno specifico trattamento *in fieri*), informato (il paziente è consapevole degli effetti che possono derivare dall'interruzione del trattamento sanitario), considerato che il beneficiario è edotto della possibilità di revoca delle proprie disposizioni in qualunque momento, ne consegue la legittimità della richiesta di pretendere dai sanitari coinvolti il distacco dei presidi medici per il sostegno vitale, compresa la ventilazione assistita.

Il ricorso deve, dunque, essere accolto.

Quanto alle modalità con cui attuare l'interruzione del trattamento di sostegno vitale, in via cautelativa, si dispone che, in accordo con il personale medico e paramedico che attualmente assiste o verrà chiamato ad assistere il sig. W. P., l'interruzione del trattamento di respirazione artificiale o di altre procedure di assistenza strumentale, avvengano, in hospice o altro luogo di ricovero confacente, ed eventualmente – se ciò sia



opportuno ed indicato dalla miglior pratica della scienza medica – con somministrazione di quei soli presidi atti a prevenire ansia e dolori e nel solo dosaggio funzionale a tale scopo, comunque con modalità tali da garantire un adeguato e dignitoso accudimento accompagnatorio della persona prima, durante e dopo la sospensione del trattamento.

Si rammenta, infine, che con la recente sentenza del TAR Lombardia n° 650 in data 6.4.2016 il Tribunale Amministrativo ha ritenuto la sussistenza del fatto lesivo e la sua ingiustizia, nella condotta dell'Ente Pubblico che abbia inteso negare l'effettuazione della richiesta prestazione sanitaria, frapponendo ostacoli all'esecuzione dell'autorizzazione rilasciata dalla autorità giudiziaria, rifiutandosi deliberatamente di darvi seguito e ponendo in essere un comportamento di natura certamente dolosa, condannando l'Ente al risarcimento dei danni.

P.Q.M.

#### IL GIUDICE TUTELARE

Autorizza, previa assunzione del consenso attuale di W. P., nato a xxxx il xxxxxx e, in caso di sopravvenuta incapacità, del suo amministratore di sostegno xxxxx, l'interruzione del trattamento di sostegno vitale artificiale realizzato mediante respiratore artificiale, previa sedazione;

Rinvia per le altre disposizioni relative all'attuazione in concreto di tale misura alle indicazioni di massima contenute nella parte conclusiva della motivazione;

Manda alla Cancelleria per le comunicazioni al difensore del ricorrente ed al PM.

Cagliari 16.7.2016

Il giudice tutelare

dott M Isabella Delitala



Il presente decreto è stato reso conforme alle disposizioni previste dalla normativa in tema di trattamento dei dati personali (decreto legislativo n° 196 del 2003) contenuti nei

provvedimenti giurisdizionali e depositato in Cancelleria per la richiesta finalizzata alla divulgazione.

dott M Isabella Delitala

