



Tribunale di Ascoli Piceno
Giudice tutelare Riccardo Ionta

Decreto
r.g. n. 172/2008 v.g.

L'istanza dell'amministratore di sostegno

I. L'a.d.s. [REDACTED], con istanza del 20.12.2024, ha chiesto al Giudice tutelare di essere "autorizzato a firmare, in qualità di amministratore di sostegno, il diniego all'intervento di tracheostomia" per la persona beneficiaria [REDACTED]. La richiesta è motivata sulla base della attuale situazione della persona - sostenuta in vita per mezzo della respirazione artificiale, a seguito di una insufficienza respiratoria acuta, nel reparto di rianimazione dell'Ospedale di Ascoli Piceno - e della volontà della stessa "espressa più volte in precedenza...il non accanimento terapeutico, egli ha ribadito più volte in particolare che non avrebbe accettato di essere sottoposto ad una tracheostomia".

1 Il decreto di apertura dell'a.d.s., al momento dell'istanza e in ragione della condizione di non autodeterminazione della persona beneficiaria, prevede la rappresentanza esclusiva in ambito sanitario e pertanto il consenso informato è espresso o rifiutato solo dall'amministratore di sostegno tenendo conto della volontà del beneficiario, in relazione al suo grado di capacità di intendere e di volere.

2 L'istanza dell'a.d.s. - anche alla luce dell'interpretazione espressa da Corte Costituzionale n. 144/2019 dell'art. 3 Legge 22 dicembre 2017, n. 219 - deve esser intesa come richiesta di modifica del decreto di apertura nel senso della estensione della rappresentanza esclusiva in ambito sanitario anche all'espressione del rifiuto al trattamento sanitario di sostegno vitale.

Il procedimento

II. È necessario, al fine di strutturare le ragioni della decisione, anche in ragione delle peculiari caratteristiche dei procedimenti di giurisdizione volontaria, evidenziare i passaggi procedurali compiuti per giungere alla decisione.

1 L'Azienda sanitaria Ascoli Piceno, con specifica istanza, portava all'attenzione del Giudice tutelare la situazione della persona beneficiaria ricoverata nel reparto di rianimazione dal 9.10.2024 a seguito di una insufficienza respiratoria acuta. Per la stessa, in emergenza, si era "provveduto alla intubazione orotracheale e alla ventilazione meccanica".

1.1 Il personale sanitario, in particolare, evidenziava la *possibilità* di praticare al paziente - il cui quadro clinico era incerto anche in considerazione dei falliti ma ripetuti tentativi di "deconnessione della ventilazione meccanica ed estubazione" - "una tracheotomia con posizione di cannula tracheostomica".

1.2 Il personale sanitario certificava l'impossibilità per la persona beneficiaria di espressione del consenso-dissenso ai trattamenti sanitari e l'Azienda sanitaria evidenziava come il decreto di nomina dell'a.d.s. (fratello della persona beneficiaria e in contatto con i sanitari) non contemplasse alcun potere al riguardo. La circostanza era effettivamente verificata in quanto il decreto del 13.3.2015, con cui il Giudice tutelare dell'epoca aveva nominato l'attuale a.d.s. (in sostituzione del precedente ovvero la



madre della persona) disponeva la possibilità per l'a.d.s. di “prestare il consenso agli accertamenti medici di routine che siano necessari per la cura della salute del beneficiario”.

2 Il Giudice tutelare, con decreto del 29.11.2024, provvedeva quindi d'ufficio alla modifica del decreto di nomina prevedendo la rappresentanza esclusiva in ambito sanitario e specificando come il rifiuto alle cure e ai trattamenti sanitari vitali non fosse incluso nel perimetro della stessa.

3 L'a.d.s., con istanza del 11.12.2024, chiedeva l'autorizzazione ad esprimere il consenso informato “per effettuare la tracheostomia” ed allegava la relazione della Direttrice UOC Anestesia e Rianimazione, dott.ssa [REDACTED] la quale segnalava “l'impossibilità di ulteriore tentativo di estubazione” in ragione delle condizioni della persona e la necessità di una “tracheostomia chirurgica in grande obeso” che “potrebbe ridurre il lavoro respiratorio e comunque, in caso di impossibilità di completo weaning, permettere l'utilizzo dei un ventilatore in struttura o a domicilio”.

4 Il Giudice tutelare, con decreto dell'11.12.2024, evidenziava all'a.d.s. come il provvedimento del 29.11.2024 avesse già previsto la rappresentanza esclusiva in ambito sanitario, per il consenso al trattamento paventato, alla luce della situazione fattuale già rappresentata.

5 Il 12.12.2024, nell'orario di colloquio previsto dal Giudice tutelare, l'a.d.s. esprimeva specifiche problematiche: la volontà del fratello sarebbe stata con certezza quella di rifiutare la tracheostomia ma egli quale a.d.s., anche in ragione della complessità della questione tecnico-giuridica, non sapeva come agire. Il Giudice tutelare, quindi, provvedeva ad informare l'a.d.s. delle possibilità giuridiche previste dall'ordinamento in merito al consenso-dissenso ai trattamenti sanitari, anche vitali, e contattava telefonicamente la Direttrice UOC Anestesia e Rianimazione, dott.ssa [REDACTED], la quale rappresentava effettivamente le difficoltà morali e giuridiche dell'a.d.s. nella delicata situazione.

6 Il 19.12.2024, sempre nell'orario di colloquio previsto dal Giudice tutelare, la dott.ssa [REDACTED], accompagnata dal medico legale dell'AST, in contatto costante con l'a.d.s., rappresentava che per il giorno successivo questi avrebbe presentato un'istanza in merito al rifiuto al trattamento della tracheostomia. Il Giudice tutelare, appresa comunque la situazione di stasi, avvisava la Direttrice che l'indomani si sarebbe recato presso il reparto e invitava la stessa ad allertare, per le vie brevi, l'a.d.s. Con decreto del 19.12.2024 provvedeva quindi ad organizzare l'istruttoria presso il reparto di rianimazione dell'Ospedale di Ascoli Piceno al fine di verificare direttamente la condizione della persona beneficiaria e di sentire quantomeno il personale sanitario presente.

7 Il 20.12.2024 l'a.d.s. provvedeva a depositare l'istanza oggetto del presente decreto. Nella medesima giornata si svolgeva l'istruttoria presso il reparto di rianimazione e veniva verificata la condizione del paziente, si tentava il dialogo con la stessa e si provvedeva a raccogliere le informazioni dell'a.d.s. e dalla Direttrice [REDACTED] (verbale del 20.12.2024). Il Giudice tutelare, con due successivi decreti sempre del 20.12.2024, disponeva l'integrazione istruttoria per assumere ulteriori informazioni dai soggetti vicini alla persona beneficiaria e per acquisire specifiche relazioni mediche sulle condizioni della persona stessa nonché una relazione del servizio sociale.

8 Nel corso dell'udienza del 23.12.2024 - in attesa delle relazioni mediche richieste - era sentito il nucleo familiare di riferimento (la cugina della persona beneficiaria [REDACTED] la cognata [REDACTED] era sentito nuovamente il fratello-a.d.s.) nonché erano sentiti i responsabili della struttura residenziale di cura “I Cirenei” che ospitava da tempo la persona ([REDACTED], presidente della cooperativa che gestisce la stessa, e [REDACTED], coordinatore della struttura).

8.1 Nella medesima mattinata del 23.12.2024 era sentito telefonicamente – essendo fuori regione per ragioni lavorative e sussistendo ragioni di urgenza – anche l'avv. [REDACTED]. Questi è stato difensore della persona beneficiaria nella causa di responsabilità penale e civile legata ad un intervento subito dalla persona stessa e che si indicherà nella successiva parte del provvedimento. È utile precisare che l'avv. [REDACTED] non è riuscito, anche in considerazione del lasso di tempo trascorso, a fornire elementi utili alla ricostruzione della volontà della persona per quel che riguarda il rifiuto ai trattamenti sanitari (con specifico riferimento sempre alla tracheostomia).



8.2 All'esito dell'udienza del 23.12.2024 il Giudice tutelare si riservava in attesa della trasmissione delle relazioni mediche richieste e della relazione del servizio sociale. Le stesse pervenivano in cancelleria tra il 24 dicembre e i giorni successivi. In particolare, la relazione medica di sintesi della primaria di rianimazione era accompagnata dalla consulenza fisiatrica, neurologica, psichiatrica ed endocrinologica-internistica.

9 È utile precisare che l'ufficio del pubblico ministero ha ricevuto la comunicazione dei decreti indicati. È altrettanto utile evidenziare che, allo stato e visti gli elementi raccolti, non è stata ritenuta necessaria la nomina di un curatore speciale.

Le ragioni della decisione

III. La questione giuridica riguarda, nello specifico, la possibilità di modificare il decreto di nomina dell'amministratore di sostegno prevedendo l'estensione della rappresentanza esclusiva anche al rifiuto del trattamento sanitario di sostegno vitale della tracheotomia.

1 È opportuno precisare come, nel caso di specie, non si è di fronte ad una ipotesi di conflitto tra a.d.s. e medico, disciplinata dall' art. 3.5 Legge 22 dicembre 2017, n. 219, posto che, allo stato, detto conflitto non si è palesato.

2 La vicenda giuridica si iscrive quindi nella regolamentazione dell'istituto dell'amministrazione di sostegno e nella Legge 22 dicembre 2017 n. 219, "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento".

IV. È accertato, in base dagli elementi risultati dalla documentazione medica ed alle informazioni acquisite, quanto segue.

1 La persona beneficiaria, la cui amministrazione di sostegno risale al 2008, risultava già affetta da plurime patologie: encefalopatia post-anossica per arresto cardiaco in corso di intervento chirurgico di surrenectomia bilaterale (2007); tetraparesi spastica; piedi piatti con dita a martello; epilessia; psicosi maniacale con alterazioni comportamentali caratterizzate da irritabilità e atteggiamenti oppositivi; iposurrenalismo post-chirurgico in trattamento farmacologico; obesità.

2 In conseguenza dell'indicato intervento del 2007 - data da cui è iniziato il progressivo declino delle condizioni di salute della persona, già affetta comunque da specifiche patologie – la persona è stata in coma ed è già sottoposta a tracheostomia.

3 Le dichiarazioni dei famigliari e dei responsabili della struttura hanno fatto emergere due tentativi di suicidio, uno anteriore al 2007 e uno avvenuto nel 2013.

4 Il giorno 9.10.2024 a seguito di un episodio di insufficienza respiratoria acuta in sindrome da obesità/ipoventilazione, occorso durante un ricovero nel reparto di pneumologia, la persona beneficiaria è stata ricoverata presso il reparto di rianimazione.

5 L'evento acuto ha determinato due principali conseguenze:

5.1 la incapacità di respirazione autonoma e quindi la necessità del trattamento di sostegno vitale, in corso, di intubazione endotracheale. Al momento dell'istanza si prospetta, a breve termine, la necessità medica della estubazione, con prosecuzione delle cure per mezzo della tracheostomia, posto che la persona non è comunque più in grado di respirare autonomamente.

5.2 una compromissione cognitiva che rende la persona non capace di autodeterminarsi in ambito sanitario (circostanza che, con il decreto del 29.11.2024, ha determinato l'estensione della rappresentanza esclusiva in ambito sanitario).



II. Il diritto al rifiuto del trattamento sanitario di sostegno vitale è l'unica forma giuridica riconosciuta dall'ordinamento per porre fine alla propria esistenza.

1 L'ordinamento non garantisce il diritto di terminare la propria vita in ogni situazione di sofferenza, fisica o psicologica, pur se intollerabile e pur se determinata da una patologia irreversibile. Allo stesso tempo, in relazione alla complessità del bilanciamento giuridico-valoriale e delle necessità accertative delle specifiche fattispecie, tale diritto allo stato non è estrapolabile dalla manipolazione normativa né tantomeno ricavabile in via interpretativa. Quanto affermato risulta recentemente esplicitato da Corte Costituzionale n. 135/2024.

2 Il diritto al rifiuto al trattamento sanitario vitale è espressamente previsto dall'art. 1 della Legge 22 dicembre 2017, n. 219. La giurisprudenza costituzionale (sentenza n. 242/2019 - anticipata dall'ordinanza 207/2018 e recentemente confermata dalla sentenza n. 135/2024) ha affermato che la Costituzione, la CEDU e la legge garantiscono il diritto fondamentale di ogni persona capace di assumere decisioni libere e consapevoli a esprimere il proprio consenso informato a qualsiasi trattamento sanitario e, specularmente, a rifiutarlo, in assenza di una specifica previsione di legge che lo renda obbligatorio e ciò anche quando si discuta di un trattamento necessario ad assicurare la sopravvivenza.

3 Il diritto al c.d. suicidio assistito - inteso come il diritto a porre fine alla propria esistenza in un momento antecedente a quello previsto dal decorso naturale - si inserisce pur sempre all'interno del diritto al rifiuto al trattamento sanitario vitale. Lo stesso è stato affermato dalla giurisprudenza costituzionale nel momento in cui è stato ritenuto irragionevole precludere l'accesso al suicidio assistito alle persone che - mantenendo intatte le proprie capacità decisionali - versando in condizioni di salute che determinerebbero un decesso non immediato in caso di rifiuto alle cure vitali già hanno il diritto, loro riconosciuto dalla Legge 22 dicembre 2017, n. 219, di decidere di porre fine alla propria vita rifiutando il trattamento necessario ad assicurarne la sopravvivenza (ma che non si determinano a tale decisione ritenendo non dignitoso morire lentamente in stato di incoscienza medicalmente indotta).

III. Il diritto al rifiuto delle cure vitali - "la libertà di lasciarsi morire" della persona "capace di assumere decisioni libere e consapevoli" (Corte costituzionale sentenza n. 135/2024) - appartiene anche al soggetto non capace di autodeterminarsi in ambito sanitario.

1 L'amministrazione di sostegno, che rileva nel caso specifico, è l'istituto di protezione ed eguaglianza finalizzato a porre su un medesimo piano di libertà la persona capace di autodeterminarsi, anche nel rifiuto del trattamento vitale, e la persona a ciò incapace.

2 E in tal senso l'art. 3.4 della legge 22 dicembre 2017, n. 219, positivizzando quanto già deducibile dalle caratteristiche dell'amministrazione di sostegno, chiarisce che *nel caso in cui sia stato nominato un amministratore di sostegno la cui nomina preveda ...la rappresentanza esclusiva in ambito sanitario, il consenso informato è espresso o rifiutato dall'amministratore di sostegno tenendo conto della volontà del beneficiario, in relazione al suo grado di capacità di intendere e di volere.*

3 Corte Costituzionale n. 144/2019 - nel dichiarare non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 3, commi 4 e 5, della legge 22 dicembre 2017, n. 219 - ha chiarito che dette norme "non attribuiscono ex lege a ogni amministratore di sostegno che abbia la rappresentanza esclusiva in ambito sanitario anche il potere di esprimere o no il consenso informato ai trattamenti sanitari di sostegno vitale" ma "si limitano a disciplinare il caso in cui l'amministratore di sostegno abbia ricevuto anche tale potere: spetta al giudice tutelare, tuttavia, attribuirglielo in occasione della nomina - laddove in concreto già ne ricorra l'esigenza, perché le condizioni di salute del beneficiario sono tali da rendere necessaria una decisione sul prestare o no il consenso a trattamenti sanitari di sostegno vitale - o successivamente, allorché il decorso della patologia del beneficiario specificamente lo richieda".



IV. La problematica giuridica specifica è quella della delimitazione dei presupposti necessari alla modifica del decreto di apertura dell'amministrazione di sostegno nel senso dell'estensione della rappresentanza esclusiva anche al rifiuto al trattamento sanitario vitale.

1 La Corte Costituzionale nella pronuncia n. 144/2019 - relativa proprio all'ipotesi di rifiuto delle cure nell'a.d.s. - non ha chiarito quali sono gli accertamenti necessari e utili ad assicurare il diritto al rifiuto delle cure vitali della persona incapace ovvero, prima ancora, quali siano i presupposti necessari che consentono al Giudice di estendere la rappresentanza esclusiva dell'a.d.s. anche al rifiuto al trattamento di sostegno vitale.

2 La nota sentenza della Corte di Cassazione n. 2178/2007, nella sovrapponibile ipotesi di rifiuto al trattamento sanitario vitale in caso di tutela dell'adulto, ha esplicitato i seguenti passaggi:

2.1 il carattere personalissimo del diritto alla salute dell'incapace comporta che il riferimento all'istituto della rappresentanza legale non trasferisce sul tutore un potere "incondizionato" di disporre della salute della persona in stato di totale e permanente incoscienza. Nel consentire al trattamento medico o nel dissentire dalla prosecuzione dello stesso sulla persona dell'incapace, la rappresentanza del tutore è sottoposta a un duplice ordine di vincoli: egli deve, innanzitutto, agire nell'esclusivo interesse dell'incapace; e, nella ricerca del "best interest", deve decidere non "al posto" dell'incapace né "per" l'incapace, ma "con" l'incapace: quindi, ricostruendo la presunta volontà del paziente incosciente, già adulto prima di cadere in tale stato, tenendo conto dei desideri da lui espressi prima della perdita della coscienza, ovvero inferendo quella volontà dalla sua personalità, dal suo stile di vita, dalle sue inclinazioni, dai suoi valori di riferimento e dalle sue convinzioni etiche, religiose, culturali e filosofiche;

2.2 il giudice - fatta salva l'applicazione delle misure suggerite dalla scienza e dalla pratica medica nell'interesse del paziente - può autorizzare la disattivazione di tale presidio sanitario, in sé non costituente, oggettivamente, una forma di accanimento terapeutico, unicamente in presenza dei seguenti presupposti: (a) quando la condizione di stato vegetativo sia, in base ad un rigoroso apprezzamento clinico, irreversibile e non vi sia alcun fondamento medico, secondo gli standard scientifici riconosciuti a livello internazionale, che lasci supporre la benché minima possibilità di un qualche, sia pure flebile, recupero della coscienza e di ritorno ad una percezione del mondo esterno; e (b) sempre che tale istanza sia realmente espressiva, in base ad elementi di prova chiari, univoci e convincenti, della voce del paziente medesimo, tratta dalle sue precedenti dichiarazioni ovvero dalla sua personalità, dal suo stile di vita e dai suoi convincimenti, corrispondendo al suo modo di concepire, prima di cadere in stato di incoscienza, l'idea stessa di dignità della persona; ove l'uno o l'altro presupposto non sussista, il giudice deve negare l'autorizzazione, dovendo allora essere data incondizionata prevalenza al diritto alla vita, indipendentemente dal grado di salute, di autonomia e di capacità di intendere e di volere del soggetto interessato e dalla percezione, che altri possano avere, della qualità della vita stessa.

3 La giurisprudenza costituzionale successiva alla sentenza n. 144/2019, in ogni caso, si è pronunciata più volte sul diritto al rifiuto delle cure vitali da parte della persona capace di autodeterminarsi delineando indirettamente i passaggi accertativi necessari che consentono costituito il diritto. La sentenza n. 242/2019 - anticipata dall'ordinanza 207/2018 e recentemente confermata dalla sentenza n. 135/2024 - ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 580 del codice penale, nella parte in cui non esclude la punibilità di chi, con le modalità previste dagli artt. 1 e 2 della legge 22 dicembre 2017, n. 219, agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di una persona: a) tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale; b) affetta da una patologia irreversibile; c) fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili; d) pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli; sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano state verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente.



V. Il diritto al rifiuto ai trattamenti di sostegno vitale della persona non capace di autodeterminarsi presenta una specifica complessità - ovvero la necessità di accertare presuntivamente la volontà del rifiuto - che si riflette, inevitabilmente, in una profonda fragilità del diritto stesso e in un rischio maggiore e concreto di trattamento diseguale rispetto alla persona capace il cui autonomo e libero convincimento è invece direttamente e scientificamente verificabile. L'affermazione del diritto presenta inoltre una ulteriore complessità nell'ipotesi, come quella che ricorre nel caso di specie, in cui la pur ricostruibile volontà è riconducibile ad una persona che, in assenza di una diagnosi psichiatrica primaria, risulta caratterizzata da comportamenti oppositivi riconducibili, si ipotizza, alla condizione psichica: la complessità coinvolge il tema della malattia e delle sue condizioni e della possibilità-necessità di scindere, o di non dover scindere, la persona dal suo modo di esser pur se determinato da una malattia.

VI. È possibile affermare, alla luce del quadro normativo e giurisprudenziale esistente e in assenza di disposizioni anticipate di trattamento utilizzabili, che per estendere la rappresenta esclusiva dell'a.d.s. (già prevista per l'ambito sanitario) anche al rifiuto del trattamento sanitario vitale sono necessari due principali accertamenti: quello della capacità di autodeterminarsi e quello della presunta volontà della persona.

VII. L'accertamento scientifico della incapacità di autodeterminazione generale e in relazione allo specifico oggetto della scelta e l'accertamento scientifico del grado di probabilità di recupero della capacità di autodeterminazione della persona è il primo elemento oggetto della verifica giudiziale.

1 L'incapacità di autodeterminazione deve intendersi infatti non come una caratteristica unitaria e monolitica. È utile infatti discorrere di incapacità in senso plurale e tanto conduce ad accertare scientificamente la mancanza di autodeterminazione in relazione ad uno specifico ambito ovvero atto.

2 L'accertamento della generale e specifica condizione di incapacità - intesa come assenza di una condizione di menomazione della sfera intellettiva e volitiva di tale grado da impedire di far comprendere il significato e le conseguenze dell'azione o dell'atto - determina la necessità di accertamento della sua presumibile durata.

3 L'irreversibilità, scientificamente affermabile, della condizione cognitiva di non autodeterminazione consente di accedere all'accertamento, per prova presuntiva, della volontà di rifiuto. La reversibilità della condizione di incapacità della persona preclude invece l'estensione dei poteri dell'a.d.s. anche al rifiuto delle cure e il medesimo ragionamento vale in caso di dubbio sulla reversibilità: in entrambi i casi deve favorirsi la possibilità di espressione diretta del dissenso da parte della persona stessa anche al fine di garantire alla persona "la possibilità...di modificare la propria volontà" (art. 1.5, ultimo periodo Legge 22 dicembre 2017, n. 219).

4 La reversibilità e il dubbio sulla reversibilità possono tuttavia non precludere il rifiuto ove sia accertata una inequivoca volontà della persona di rifiuto del trattamento sanitario.

VIII. L'accertamento della presunta volontà di rifiuto della persona beneficiaria è il secondo oggetto della verifica giudiziale.

1 È in tale accertamento che si colloca la profonda ed ineliminabile differenza dell'accesso al diritto al rifiuto delle cure vitali fra la persona capace e la persona incapace.

1.1 La giurisprudenza costituzionale citata - la sentenza n. 242/2019 e l'ordinanza 207/2018 - presuppone che vi sia una *dichiarazione contestuale e formalizzata* (art. 1.4 Legge 22 dicembre 2017, n. 219) di volontà della persona di rifiuto e pone delle regole per l'accertamento della sua autenticità e solidità: se sia tale la volontà espressa da un soggetto capace, che soffre di una patologia irreversibile, sottoposta a trattamenti di sostegno vitali e in condizione di sofferenza fisica o psichica.

1.2 La normativa sulle d.a.t. (art. 4 Legge 22 dicembre 2017, n. 219) presuppone sempre che vi sia una *dichiarazione anticipata e formalizzata* di volontà che non esenta tuttavia (o comunque in ogni caso),



proprio per la collocazione temporale anticipata, di procedere alla complessa verifica dell'attualità e attendibilità della volontà espressa.

1.3 L'assenza di una dichiarazione di volontà formalizzata della persona beneficiaria caratterizza l'ipotesi specifica esponendo inevitabilmente la persona ad un processo accertativo temporalmente più lungo - con la possibile conseguenza di costringere la stessa in una condizione non voluta per il tempo necessario all'accertamento - dai possibili esiti incerti e con la conseguente applicazione del criterio "in dubio pro vita".

2 L'accertamento della volontà può raggiungersi mediante la prova presuntiva. Il giudice è tenuto, ai sensi dell'art. 2729 c.c., ad ammettere solo presunzioni "gravi, precise e concordanti", laddove il requisito della "precisione" è riferito al fatto noto, che deve essere determinato nella realtà storica, quello della "gravità" al grado di probabilità della sussistenza del fatto ignoto desumibile da quello noto, mentre quello della "concordanza", richiamato solo in caso di pluralità di elementi presuntivi, richiede che il fatto ignoto sia - di regola - desunto da una pluralità di indizi gravi, precisi e univocamente convergenti nella dimostrazione della sua sussistenza, e ad articolare il procedimento logico nei due momenti della previa analisi di tutti gli elementi indiziari, onde scartare quelli irrilevanti, e nella successiva valutazione complessiva di quelli così isolati, onde verificare se siano concordanti e se la loro combinazione consenta una valida prova presuntiva (c.d. convergenza del molteplice), non raggiungibile, invece, attraverso un'analisi atomistica degli stessi (così di recente Cassazione n. 9054/2022).

3 L'accertamento della volontà richiede, in primo luogo, che sia desumibile da qualsiasi elemento a disposizione - ad esempio le dichiarazioni orali o scritte della persona, le dichiarazioni dei famigliari e amici sulla personalità e cultura, ecc. - una volontà di rifiuto al trattamento di sostegno vitale.

4 L'accertamento della volontà richiede, in secondo luogo, la verifica del presumibile oggetto effettivo del rifiuto. Il rifiuto alle cure vitali è un atto complesso dal punto di vista voloniaristico poiché è complesso e il suo oggetto ed il fine.

4.1 La volontà di rifiuto può coincidere nel rifiuto "semplice" allo specifico trattamento sanitario poiché, ad esempio, foriero di sofferenze insopportabili a fronte di minimali condizioni di beneficio ovvero perché contrario alla propria fede: la morte, in tale ipotesi, è una conseguenza accettata del rifiuto e non direttamente voluta. In tal senso l'accertamento sarà orientato specificatamente a due profili ulteriori rispetto alla "semplice" volontà di rifiuto: l'adeguata informazione della persona in merito al singolo trattamento oggetto del rifiuto e la consapevolezza del nesso tra rifiuto ed esito mortale.

4.2 La volontà di rifiuto delle cure vitali può coincidere con il rifiuto della condizione di salute ed esistenziale che comporta il trattamento di sostegno vitale: la morte, anche in tal caso, è una conseguenza accettata del rifiuto della specifica condizione. In tal senso l'accertamento sarà orientato specificatamente a due profili: l'adeguata informazione e consapevolezza della persona in merito alla condizione di salute-esistenziale determinata dal trattamento oggetto del rifiuto e la consapevolezza del nesso tra rifiuto ed esito mortale.

4.3 La volontà di rifiuto può anche riferirsi ad una persona che, come avviene nel caso di specie, ha tentato più volte nel passato non recente di togliersi la vita (anche quando non si trovava in una condizione di inabilità). In tal caso l'accertamento voloniaristico assume un connotato di ulteriore complessità dettato sia dall'ambiguità e dalla significatività del dato (il suicidio non portato a compimento effettivo), sia dall'interrogativo in merito alla possibilità di accettare il rifiuto alle cure come forma di agevolazione di una pregressa volontà suicidaria non dettata dalle condizioni attuali di salute psico-fisica.

5 L'accertamento della volontà richiede, in terzo luogo, la verifica della reversibilità o meno della patologia, ove ve ne sia una principale, ovvero della complessiva condizione di salute con specifico riferimento alla irreversibilità della condizione corporea della persona in ragione del quadro patologico. Una condizione di irreversibilità del quadro patologico, ovvero di aggravamento dello stesso, costituisce un elemento significativo nel ragionamento accertativo.



6 L'accertamento della volontà richiede, in quarto luogo, la verifica della intensità dei trattamenti di sostegno vitale. Una elevata invasività corporea del trattamento consente di affermare una presumibile intollerabilità psico-fisica dello stesso e della relativa e conseguente condizione psico-fisica ed esistenziale.

7 L'accertamento della volontà richiede, complessivamente, la necessità di indagare con qualsiasi mezzo (dichiarazioni dei terzi, scritti della persona, accesso ai profili dei *social network*, apposita consulenza psicologica) di collocare il rifiuto nella complessiva identità della persona e nelle sue caratteristiche attraverso il vaglio di molteplici elementi: l'attendibilità delle dichiarazioni espresse dalla persona nel passato; le condizioni esistenziali pregresse e quelle prospettabili; la cultura di riferimento; la religione di riferimento; le caratteristiche della personalità; ecc..

8 È necessario evidenziare, da ultimo, come l'accertamento della volontà di rifiuto alle cure della persona incapace lasci inevitabilmente dei margini di profondo dubbio in ragione dell'interesse primario in gioco. Se l'accertamento conduce tuttavia, oltre ogni ragionevole dubbio, a ritenere sussistente la volontà della persona di rifiuto alle cure, è possibile estendere la rappresentanza esclusiva anche al rifiuto delle cure.

IX. Nel caso oggetto dell'istanza - pur essendo stati compiuti tutti gli accertamenti utili alla decisione - deve evidenziarsi come, dalle relazioni mediche acquisite e dall'esame diretto del giudice presso il reparto di rianimazione, attualmente non emerge con chiarezza ed inequivocità medico-scientifica la irreversibilità della condizione di non autodeterminazione della persona in merito ai trattamenti sanitari. Irreversibilità che appare necessario rivalutare, come indicano le relazioni mediche, successivamente all'intervento della tracheostomia e ai possibili benefici della auspicata stabilizzazione. Allo stesso tempo non è inequivocabilmente emersa una volontà di rifiuto, quantomeno consapevole degli esiti mortali, del trattamento di tracheostomia di per sé considerato.

X. La presunta volontà di rifiuto al trattamento sanitario - se può esser emersa dalle dichiarazioni dei parenti in relazione al di rifiuto della condizione di stato vegetativo o a questo prossimo (con particolare riferimento alla condizione prospettata di allettamento e respirazione sostenuta artificialmente) - richiederà in ogni caso degli ulteriori accertamenti, anche a mezzo di apposite consulenze, la cui complessità è direttamente correlata alla condizione specifica della persona: affetta da atteggiamenti comportamentali oppositivi privi di una diagnosi psichiatrica specifica, la cui storia personale è caratterizzata da costanti rifiuti di cura; caratterizzata da una situazione di marginalità sociale; caratterizzata da un progressivo decadimento delle proprie condizioni di salute ed esistenziali (senza che vi sia stato un passaggio repentino dalla condizione esistenziale di attività a quella di inattività); che presenta una storia di tentativi di suicidio; ecc.

p.q.m.

I. *Non accoglie*, allo stato degli atti, la richiesta di modifica del decreto di apertura dell'amministratore di sostegno e pertanto non estende la rappresentanza esclusiva.

II. *Invita* l'a.d.s. e i sanitari ad assumere le determinazioni di competenza per l'interesse della persona.

III. *Invita* l'a.d.s. e la struttura sanitaria a relazionare al Giudice tutelare in merito all'esito della tracheostomia.

Si comunichi, anche telefonicamente, all'a.d.s., alla struttura sanitaria che ha in cura la persona e al pubblico ministero.

27 dicembre 2024

Giudice tutelare Riccardo Ionta

