



BARBARA SALVATORE

Professore associato di Diritto privato – Università di Napoli Federico II

IL MINORE E LA PERSONA INCAPACE NELLA L. N. 219/2017: LA RILEVANZA DELLA VOLONTÀ DEL SOGGETTO VULNERABILE NELLE SCELTE SANITARIE

SOMMARIO: 1. *La nuova disciplina tra impostazioni tradizionali e valorizzazione di istanze personalistiche.* – 2. *Il diritto di ricevere informazioni e la rilevanza della salute identitaria.* – 3. *La decisione circa il rifiuto della terapia e le possibili ipotesi di conflitto.*

1. – La scelta di indagare in ambito sanitario il ruolo e la rilevanza della volontà espressa da coloro i quali, in quanto minori o maggiori di età in una condizione di disagio e/o menomazione psico-fisica, siano in tutto o in parte limitati nella capacità di agire è dovuta alla previsione legislativa che si occupa di definire il consenso al trattamento sanitario per minori e incapaci.

La tutela della salute di soggetti che si trovino in situazioni di incapacità richiede particolare attenzione e cautela poiché emerge la necessità di conciliare le esigenze di protezione del malato, che versa in una situazione di particolare vulnerabilità a causa della patologia sofferta, con la necessità di garantire anche per i soggetti non dotati di una piena capacità di agire spazi di autonomia nelle scelte esistenziali¹. La capacità inclusiva della società nei confronti dei soggetti più deboli e l'effettività della tutela dei loro diritti fondamentali nonché il rispetto della dignità in condizioni di disagio – quali possono essere le ipotesi in cui per diverse ragioni il soggetto non sia dotato di una piena capacità di agire ed in cui lo stesso necessiti di un intervento terapeutico – è testimoniata anche dalla considerazione data alle volontà del soggetto nelle scelte sanitarie².

¹ In termini generali sul concetto di vulnerabilità si veda A. GENTILI, *La vulnerabilità sociale. Un modello teorico per il trattamento legale*, in *Riv. crit. dir. priv.*, 2019, 41 ss.

² L'art 1, II comma della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità ratifi-



In questa prospettiva può evidenziarsi come la disabilità stessa dell'individuo non sia più circoscritta alla menomazione fisica e psichica dell'incapace ma sia tesa a valorizzarne la portata relazionale e sociale incentrata sulla necessità di includere il soggetto per la piena esplicazione della propria personalità³. La scelta legislativa di trattare congiuntamente la minore età e le ipotesi di disabilità può essere, quindi, ricostruita sulla base della necessità di inclusione e di valorizzazione della personalità di soggetti privati in tutto o in parte della capacità di agire⁴.

Si tratta, infatti, di riconoscere valore all'esplicazione dell'autodeterminazione del soggetto incapace di agire che si trova in una situazione di particolare debolezza attraverso la valorizzazione della sua capacità di discernimento in ordine al trattamento medico proposto⁵.

La l. n. 219/2017 *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*⁶ dedica l'art. 3 alla necessità che il soggetto incapace – perché minore o

cata in Italia con l. 3 marzo 2009, n. 18 definisce le persone con disabilità come “coloro che presentano durature menomazioni fisiche, mentali, intellettive o sensoriali che in interazione con barriere di diversa natura possono ostacolare la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su base di uguaglianza con gli altri”, nonché il Preambolo lett. e) che riconosce nella disabilità un concetto in evoluzione, in quanto risultato dell'interazione tra persone con menomazioni e barriere comportamentali ed ambientali, che impediscono la loro piena ed effettiva partecipazione alla società su base di uguaglianza con gli altri. La prospettiva di valorizzazione ed inclusione dei soggetti deboli è evidenziata in P. STANZIONE, *Capacità, legittimazione, status*, in *Trattato di diritto civile e commerciale*, già diretto da Antonio Cicu-Francesco Messineo-Luigi Mengoni, continuato da Piero Schlesinger, Milano, 2017, 74 ss., ma già S. RODOTÀ, *Dal soggetto alla persona*, Napoli, 2007, 7 ss. Cfr. M. NOCELLI, *La cura dell'incapace tra volontà del paziente, istituti di tutela ed organizzazione del servizio sanitario*, in *federalismi.it*, Osservatorio di diritto sanitario 25 luglio 2018, 2 ss.

³ Cfr. Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea che all'art. 26 riconosce il diritto delle persone con disabilità di beneficiare di misure tese a garantirne l'autonomia, l'inserimento sociale e professionale e la partecipazione alla vita della comunità.

⁴ Per una critica all'art. 3 si veda M. PICCINI, *Decidere per il paziente rappresentanza e cura della persona dopo la legge 219/2017*, in *Nuova giur. civ. comm.*, 2018, 7-8, 1118. L'A. sottolinea come: “La stessa rubrica – «Minori ed incapaci» – rimasta invariata nelle diverse versioni che si sono succedute nel dibattito parlamentare denuncia, come già si è notato in apertura, un approccio riduzionistico, o almeno superficiale, al problema delle scelte che riguardano la persona minore o maggiore di età che sia priva in tutto o in parte di autonomia”.

⁵ Cfr. G. RECINTO-F. DELL'AVERSANA, *I rapporti personali del minore*, in *Capacità e incapacità* a cura di F. Rossi, Napoli, ESI, 2018, 45 e 63 ss. Si interroga sul concetto di debolezza specie con riferimento alla situazione di fragilità del malato S. VICIANI, *I confini labili del fine-vita nella tutela dei “nuovi soggetti deboli”*, in *giustiziacivile.com* approfondimento del 17.10.2019.

⁶ Per un primo commento alla legge si veda A.A. *La relazione di cura dopo la legge 219/2017. Una prospettiva interdisciplinare*, a cura di M. Foglia, Pacini Editore, 2019; S. CANESTRARI, *Una buona legge buona. DDL recante Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*, in *Riv. it. Med. Leg.*, 2017, 3, 975; M. MANTOVANI, *Relazione di cura e disposizioni anticipate di trattamento*, in *Nuove leggi civ. comm.*, 2019, 1, 188; G. FERRANDO, *Rapporto di cura e disposizioni anticipate nella*



perché beneficiario di uno strumento di protezione – esprima le proprie volontà in merito ai trattamenti sanitari cui dovrà essere sottoposto. La norma prevede il diritto dell'incapace alla valorizzazione delle proprie capacità di comprensione e di decisione nel rispetto dei diritti alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione. Il minore o la persona incapace hanno, inoltre e in ragione di ciò, diritto di ricevere informazioni sulle proprie condizioni di salute, in modo adeguato alle specifiche capacità di comprensione.

A queste premesse segue, però, la disciplina applicativa che assegna al rappresentante legale il ruolo di esprimere le volontà in merito ai trattamenti sanitari. La disposizione, infatti, prevede che il consenso informato al trattamento sanitario del minore sia espresso o rifiutato dagli esercenti la responsabilità genitoriale o dal tutore tenendo conto della volontà della persona minore, in relazione alla sua età e al suo grado di maturità, e avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita del minore nel pieno rispetto della sua dignità. Nella medesima ottica, per le ipotesi di interdizione o amministrazione di sostegno, è previsto che il consenso informato della persona interdetta ai sensi dell'articolo 414 cod. civ. sia espresso o rifiutato dal tutore, sentito l'interdetto ove possibile, avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita della persona nel pieno rispetto della sua dignità.

Nel caso in cui, invece, sia stato nominato un amministratore di sostegno per garantire l'assistenza necessaria o la rappresentanza esclusiva in ambito sanitario, il consenso informato è espresso o rifiutato anche dall'amministratore di sostegno ovvero solo da quest'ultimo, tenendo conto della volontà del beneficiario, in relazione al suo grado di capacità di intendere e di volere.

Quanto alla posizione del minore, è stato rilevato come la categoria della capacità di agire non riesca a fornire una adeguata tutela all'autodeterminazione individuale anche nel campo dei trattamenti terapeutici⁷. La legislazione sia nazionale che sovranazionale

recente legge, in *Riv. crit. dir. priv.*, 2018, 67; P. ZATTI, *Spunti per una lettura della legge sul consenso informato e le DAT*, in *Nuova giur. civ. comm.*, 2018, II, 247; S. CACACE, *La nuova legge in materia di consenso informato e DAT: a proposito di volontà e di cura, di fiducia e di comunicazione*, in *Riv. it. med. leg.*, 2018, 935.

⁷P. ZATTI, *Oltre la capacità*, in ID., *Maschere del diritto volti della vita*, Milano, 2009, 113 ove l'A. sottolinea come il diritto scopre l'inettitudine del modello della capacità legale di agire e della sua gemella, la potestà e rappresentanza legale, a governare i problemi dell'autodeterminazione nelle zone in cui emerge l'applicazione diretta degli interessi personali: dal contratto di lavoro, agli atti di disposizione del proprio corpo, al consenso al trattamento medico, ai consensi familiari, agli atti di disposizione degli interessi personali. Si veda altresì l'impostazione dottrinale e giurisprudenziale che, valorizzando la centralità della persona alla luce della Costituzione, rilegge e reinterpreta le norme codicistiche ove, specie nel campo per-

JUS CIVILE



è espressione della necessità di garantire l'esplicazione della personalità del minore specie nel campo dei diritti fondamentali; basti, in questa sede, ricordare la Convenzione di New York sui diritti del fanciullo del 1989 ovvero la Convenzione di Strasburgo sull'esercizio dei diritti dei minori del 1996 o ancora l'art. 24 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea che sottolinea l'importanza dell'opinione del minore, in funzione della sua età e maturità⁸.

In questa stessa prospettiva già la Convenzione di Oviedo sui diritti dell'uomo e la biomedicina⁹ all'art. 6 si preoccupava della protezione delle persone prive della capacità di prestare il consenso prevedendo, sia per il minore che per il maggiorenne, che a causa di un handicap mentale, di una malattia o di un motivo simile non avesse la capacità di dare consenso ad un intervento, la necessità del consenso del rappresentante legale. La stessa norma al contempo sottolineava, però, che il parere del minore dovesse essere preso in considerazione come un fattore sempre più determinante in funzione della sua età e del suo grado di maturità.

In prima battuta non può, quindi, sottacersi come la scelta legislativa di trattare congiuntamente le ipotesi di incapacità legale dovute alla minore età e quelle derivanti da una condizione psicofisica che abbia determinato l'attivarsi della protezione giuridica – attraverso misure di tutela *ad hoc* quali l'interdizione o l'amministrazione di sostegno – svilisce la autonoma rilevanza della volontà del soggetto che, sebbene minore di età, abbia raggiunto quel grado di maturità e di consapevolezza che possa consentire l'esplicazione autonoma dell'autodeterminazione in una ampia gamma di settori della vita quotidiana sia di stampo personale che patrimoniale¹⁰. L'evoluzione sia normativa

sonale ed esistenziale, non ha senso la distinzione tra capacità giuridica e capacità di agire o meglio il riconoscimento della titolarità dei diritti senza la possibilità di esercizio. P. STANZIONE, *Capacità e minore età nella problematica della persona umana*, Camerino-Napoli, 1975, 249; P. PERLINGIERI, *La personalità umana nell'ordinamento giuridico*, Napoli, 1972, 183 ss.

⁸ L'art. 24 della Carta è rubricato "Diritti del bambino" e stabilisce al I comma: "i bambini hanno diritto alla protezione e alle cure necessarie per il loro benessere. Essi possono esprimere liberamente la propria opinione; questa viene presa in considerazione sulle questioni che li riguardano in funzione della loro età e della loro maturità. In tutti gli atti relativi ai minori, siano essi compiuti da autorità pubbliche o da istituzioni private, l'interesse superiore del minore deve essere considerato preminente. Il minore ha diritto di intrattenere regolarmente relazioni personali e contatti diretti con i due genitori, salvo qualora ciò sia contrario al suo interesse".

⁹ La Convenzione per la protezione dei diritti dell'uomo e la dignità dell'essere umano riguardo alle applicazioni della biologia e della medicina firmata ad Oviedo il 4 aprile 1997 è stata ratificata in Italia con la l. 28 marzo 2001, n. 145.

¹⁰ P. PERLINGIERI, *La personalità umana nell'ordinamento giuridico*, cit., P. STANZIONE, *Capacità e minore età nella problematica della persona umana*, Napoli, 1975, 306; F. LONGOBUCCO, *Interesse del mino-*



che giurisprudenziale che ha interessato i diritti e la posizione giuridica del minore, tesa ad evidenziare il suo ruolo nel tessuto familiare e sociale, rifugge una interpretazione quale soggetto debole, semplice destinatario della protezione giuridica, per evidenziarne e valorizzarne, al contrario, la posizione di soggetto-protagonista della propria vita¹¹.

Proprio nel campo delle scelte sanitarie, infatti, si sono via via riconosciuti al minore capace di discernimento sempre maggiori spazi di autonomia circa le scelte che riguardano la sua salute in linea con la visione sovranazionale dei diritti del minore¹². L'art. 2 ult. co., l. n. 194/1978 prevede che le minorenni possano rivolgersi autonomamente ad un consultorio familiare per ottenere la prescrizione di farmaci con efficacia contraccettiva. Così come è data la possibilità alla partoriente minorenni di decidere di donare cellule staminali emopoietiche da cordone ombelicale (l. n. 219/2005) ovvero di decidere di accedere a strutture per la cura della tossicodipendenza in assoluta riservatezza (l. n. 685/1975 così come modificata dalla l. n. 162/1990)¹³. Anche la giurisprudenza ha dato in alcune ipotesi valore al rifiuto al trattamento terapeutico espresso dal minore capace di discernimento in ossequio alla esigenza di garantire la sua libertà di autodeterminazione e rimarcando l'impossibilità di qualsiasi forma di esecuzione coattiva sul corpo del paziente minorenni "maturo"¹⁴.

La scelta del legislatore del 2017 segue in linea generale una impostazione, se si vuole, più tradizionale¹⁵, segnando una presunzione di incapacità di autodeterminarsi per il

re e rapporti giuridici a contenuto non patrimoniale: profili evolutivi, in *Dir. fam. pers.*, 2014, 1642 ss. Quanto alla sfera patrimoniale si veda D. DI SABATO, *Le relazioni economiche del minore*, in *Dir. succ. fam.*, 2015, 701 ss.; ID., *Gli atti a contenuto patrimoniale del minore*, in *Capacità e incapacità*, a cura di F. Rossi, Napoli Esi, 2018, 70 ss.

¹¹ Si veda G. RECINTO-F. DELL'AVERSANA, *La minore età – I rapporti personali del minore*, in *Capacità e incapacità*, cit., 29 ss. (spec. 33) ss.; G. RECINTO, *La genitorialità. Dai genitori ai figli e ritorno*, Napoli, 2016, 11, ss.; GIARDINA, *La maturità del minore nel diritto civile*, in CINQUE (a cura di) *Giustizia minore? La tutela giurisdizionale dei minori e dei "giovani adulti"*, in suppl. di *Nuova giur. civ. comm.*, 2004, 3, 95-101; M. PICCINNI, *Il consenso al trattamento medico del minore*, Padova, 2007, 136 ss. e 303-304; C. PERLINGIERI, *sub art. 2*, in *Codice civile annotato con la dottrina e la giurisprudenza*, 3^a ed., a cura di G. Perlingieri, Napoli, 2010, 264.

¹² L. LENTI, *Il consenso informato ai trattamenti sanitari per i minorenni*, in *I diritti in medicina. Tratt. Biodiritto*, diretto da S. Rodotà-P. Zatti, II, Milano, 2011, 417 e ss.; M. PICCINNI, *Il consenso al trattamento medico del minore*, cit.

¹³ Si veda anche l'art. 4, comma I, d.lgs n. 211/2003 sulle sperimentazioni stabilisce che il consenso informato alla sperimentazione dato dai genitori deve "rispecchiare la volontà del minore".

¹⁴ Trib. Brescia 22 maggio 1999, in *Nuova giur. civ. comm.*, 2000, I, 204 ss.; Trib. Venezia, 2 giugno 1998, in *Dir. fam. pers.*, 1999, II, 689 ss.

¹⁵ L. LENTI, *Il consenso informato ai trattamenti sanitari per i minorenni*, cit., 417 il quale evidenzia come si tratta di un principio consolidato nella tradizione che qualifica il consenso come atto civile (art. 320



minore che necessita, quindi, sempre dell'ausilio e dell'intervento del rappresentante legale. Allo stesso tempo, tuttavia, il Legislatore si mostra attento a prevedere il diritto del minore all'informazione e alla valorizzazione delle sue capacità di decisione in merito alla propria sfera personale e corporea, in relazione alla sua età e al grado di maturità raggiunto¹⁶.

Nella medesima prospettiva, per l'ipotesi di interdizione sarà il tutore ad esprimere le volontà per l'interdetto, richiedendo pur sempre la norma la necessità di indagare, ove possibile, anche la volontà dell'interdetto. Rispetto alla posizione dell'interdetto, non si è mancato di rilevare come l'incapacità di agire non coincida necessariamente con un'inidoneità assoluta del soggetto a comprendere la propria condizione di salute, poiché costui potrebbe, al contrario, trovarsi in una situazione di sufficiente capacità di discernimento tale da richiedere un suo coinvolgimento attivo nella decisione che lo riguarda¹⁷. Del resto, con specifico riferimento ai trattamenti sanitari la legislazione speciale aveva già rimarcato la necessità, in alcune ipotesi, di verificare in concreto la situazione del paziente interdetto¹⁸.

Nel caso, ancora, di nomina dell'amministrazione di sostegno che preveda proprio tra

I comma) cioè come "manifestazione di volontà che esprime l'autonomia della persona, avente contenuto non patrimoniale e richiede la capacità di agire del soggetto oppure, in mancanza, l'intervento del rappresentante legale.

¹⁶ Si interroga sulle diverse opzioni che il legislatore avrebbe potuto percorrere S. CACACE, *Il trattamento sanitario su minore o incapace: il miglior interesse del paziente vulnerabile fra (più) volontà e scienza*, in A.A.V.V., *La relazione di cura dopo la legge 219/2017*, a cura di M. Foglia, Pacini Giuridica, 2019, 72 s.s.

¹⁷ Cfr. U. NANNINI, *Il consenso al trattamento medico: presupposti teorici e applicazioni giurisprudenziali in Francia Germania e Italia*, Milano, 1989, 427 ss. ove l'A. sostiene che occorra fare pur sempre riferimento alla capacità di fatto del soggetto rimarcando come il potere di sostituzione del tutore vada escluso quando il soggetto interdetto sia provvisto della capacità di fatto adeguata alla natura della decisione che egli è chiamato ad assumere. Quanto alla possibilità che l'interdetto compia atti di natura patrimoniale e non patrimoniale si veda già R. PESCARA, *I provvedimenti di interdizione e inabilitazione e le tecniche protettive dei maggiorenni incapaci*, in *Tratt. dir. priv. Rescigno*, 4, *Persone e famiglia*, III, Torino, 1982, 738 ss;

¹⁸ La l. n. 194/1978 prevede all'art. 13 che se la donna è interdetta per infermità di mente, la richiesta di interruzione della gravidanza può essere presentata, da lei personalmente oltre che dal tutore o dal marito non tutore, che non sia legalmente separato. Inoltre, se la richiesta è presentata dal tutore o dal marito è necessario che sia confermata dalla donna. Nell'ipotesi di sperimentazione clinica l'art. 5, d.lgs. 24 giugno 2003, n. 211 prevede che la partecipazione da parte di adulti incapaci è possibile solo a condizione, tra le altre, che il consenso così come espresso dal rappresentante legale rappresenti la presunta volontà del soggetto, che costui abbia ricevuto informazioni adeguate alla sua capacità di comprensione e che lo sperimentatore tenga conto del desiderio esplicito del soggetto, in grado di formarsi una opinione propria e di valutare tali informazioni, di rifiutare la partecipazione o di ritirarsi dalla sperimentazione in qualsiasi momento. Inoltre, l'istituto dell'interdizione così come modificato dalla l. n. 6/2004 prevede oggi ex art. 427 c.c. che la sentenza che pronuncia l'interdizione o provvedimenti successivi possano prevedere per taluni atti di ordinaria amministrazione l'esercizio autonomo dell'interdetto senza l'intervento del tutore.



i suoi compiti la salvaguardia della salute del paziente, la legge in esame mostra una più attenta lettura delle concrete situazioni di fatto, in linea con la normativa in tema di amministrazione di sostegno. Ciò in quanto, pur affidando il consenso ovvero il rifiuto del trattamento proposto all'amministratore, tiene conto della necessità di adeguare la protezione alla situazione del caso concreto. La norma, infatti, si riferisce in maniera distinta al soggetto totalmente e sicuramente privo della sua autonomia decisionale e, quindi, non in grado di partecipare alla decisione medica che lo riguarda e per il quale si parla di sostituzione nell'atto di consenso, rispetto all'ipotesi in cui il soggetto sia non completamente autonomo ma in grado di provvedere anche parzialmente ai propri interessi, per il quale la norma prevede un concorso del consenso del paziente e del rappresentante¹⁹.

L'art. 3 della l. 219 può dunque inserirsi, pur con i rilievi critici appena formulati, nel solco già percorso da parte della normativa speciale in tema di trattamenti sanitari. Si pensi al codice di deontologia medica che impone al medico di comunicare con l'interessato, anche minore o maggiorenne infermo di mente, al fine di promuovere, in relazione alle singole capacità di comprensione, la partecipazione alle scelte²⁰. Ancora, la normativa in tema di sperimentazioni disciplina il consenso del minore e del soggetto incapace, prevedendo che esso sia fornito dai genitori o dal rappresentante legale sulla base della volontà del minore o del soggetto incapace²¹.

Al contrario ed in linea di discontinuità con la precedente legislazione, il legislatore del 2017 sceglie di considerare l'inabilitato un soggetto pienamente capace di poter adeguatamente ponderare ed esprimere le proprie volontà circa i trattamenti sanitari, quand'anche si tratti di un rifiuto che possa portare a conseguenze fatali, senza prevedere nessuna forma di controllo o verifica da parte del curatore o del giudice alla luce della specifica situazione del caso concreto.

¹⁹ L'art. 3, l. n. 219 si presenta così espressione di quella flessibilità propria dell'istituto che prevede come scopo principale la cura della persona del beneficiario. L'istituto dell'amministrazione di sostegno, introdotto con la l. 9 gennaio 2004, n. 6, ha profondamente modificato il sistema di protezione previsto dal codice civile per i soggetti incapaci. La *ratio* della disciplina tende a spostare la prospettiva e l'attenzione da ragioni di conservazione del patrimonio alla tutela e alla protezione della persona, graduando i poteri dell'amministratore in relazione al caso concreto ed alla menomazione o patologia sofferta dal beneficiario. La bibliografia in tema è vastissima cfr. P. CENDON, *Un altro diritto per i soggetti deboli – L'amministrazione di sostegno e la vita di tutti i giorni*, in *Riv. crit. dir. priv.*, 2005, 13; G. FERRANDO (a cura di), *L'amministrazione di sostegno una nuova forma di protezione dei soggetti deboli*, Milano, 2005; F. ANELLI, *Il nuovo sistema delle misure di protezione delle persone prive di autonomia*, in *Jus*, 2005, 165.

²⁰ Si veda l'art. 33 e ss. del Codice di deontologia medica del 2014 come aggiornato al 2020 consultabile al sito <https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2020/04/CODICE-DEONTOLOGIA-MEDICA-2014-e-aggiornamenti.pdf>

²¹ Si veda l'art. 4 e 5, d.lgs 24 giugno 2003, n. 211



Risulta chiaro, quindi, che il legislatore è rimasto fedele all'impostazione tradizionale ritenendo i minori e gli incapaci, ad eccezione dell'inabilitato, privi della possibilità in ogni caso di esprimere le proprie volontà in ordine alla propria salute e allo stesso tempo ha considerato tale atto di consenso alla stregua di un atto di ordinaria amministrazione consentendo all'inabilitato la sua completa autonomia indipendentemente dalla verifica del singolo caso, della patologia sofferta nonché delle conseguenze della scelta da intraprendere²².

Non vi è chi non abbia sottolineato come questa scelta si mostri generalizzante e astratta e che possa finire per rendere irrilevanti le volontà del paziente. Il Legislatore sembra aver assecondato esigenze di celerità, che una verifica del caso concreto – tesa a dare una rilevanza autonoma alle volontà di coloro i quali, in particolare minori capaci di discernimento, fossero in grado di esprimere consapevolmente le proprie volontà – avrebbe in parte frustrato, piuttosto che assicurare una piena valorizzazione dell'auto-determinazione del singolo paziente, quando capace di discernimento²³. Eppure, occorre meglio chiarire il significato della previsione che impone la valorizzazione della volontà del soggetto proprio nella prospettiva di offrire alla fattispecie una maggiore aderenza rispetto alla specificità del caso concreto. Nasce quindi l'interesse ad indagare il ruolo e il valore delle volontà espresse dall'incapace, nonché le conseguenze nell'ipotesi di conflitto. Incerto, infatti, si mostra l'esatto ruolo di queste volontà nonché le modalità per il coinvolgimento del paziente ed e, ancora, se possa essergli imposto un trattamento anche contro la sua volontà.

2. – Necessario presupposto per l'espressione della volontà del paziente è il diritto a ricevere informazioni e spiegazioni che, specie nei confronti di un soggetto vulnerabile, risultano essenziali. Infatti, sia che si tratti di un adolescente in grado di comprendere la sua condizione di salute attuale e le prospettive di guarigione prospettate, sia che si tratti di un bambino non ancora capace di discernimento²⁴ sia ancora che si tratti di un sogget-

²² In campo non patrimoniale la distinzione tra atti di ordinaria e straordinaria amministrazione risulta poco significativa tuttavia potrebbe essere necessaria in relazione alle scelte terapeutico-sanitarie una distinzione tra scelte maggiormente delicate ed importanti anche rispetto alle eventuali conseguenze come nell'ipotesi di rifiuto della terapia.

²³ Cfr. F. ROSSI, *Note introduttive allo studio delle cause limitative della capacità di agire*, in *Capacità ed incapacità* a cura di F. Rossi, Napoli, Esi, 2018, 22 il quale ricorda come la difficoltà di verificare il livello di maturazione psichica della persona oltre che l'esigenza di tutela dei terzi per il campo patrimoniale giustifica la fissazione della maggiore età al compimento del diciottesimo anno di età per tutti i soggetti.

²⁴ Si veda il parere del Comitato Nazionale di Bioetica *Bioetica con l'infanzia* del 22 gennaio 1994. M.



to ancor più fragile a causa di una menomazione fisica o psichica e che richieda la necessità dell'intervento del tutore o amministratore, costoro hanno tutti diritto di ricevere, in modo adeguato alle specifiche capacità di comprensione, spiegazioni sul trattamento che si riceverà, sulle conseguenze da esso attendibili ovvero sul comportamento da tenere successivamente.

Il diritto a ricevere informazioni sembra quindi inscindibilmente legato alle modalità di comunicazione delle informazioni o, se si preferisce alla adeguatezza delle spiegazioni che non possono non definirsi in relazione al caso concreto e che devono prevedere la necessaria collaborazione del medico e del rappresentante stesso.

Del resto, in linea generale, l'art. 1, l. n. 219 si preoccupa di precisare all'ottavo comma che "Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura", riprendendo le parole del codice di deontologia medica²⁵. Anche la scelta terminologica operata dal Legislatore – "tempo della comunicazione" e non tempo dell'informazione testimonia come l'informazione da fornire, seppur specifica e comprendente la diagnosi, la prognosi, i benefici, i rischi connessi ad accertamenti diagnostici o interventi terapeutici nonché le possibili alternative e le conseguenze del trattamento o del rifiuto (cfr. art. 1, comma 3), non debba essere scientificamente ineccepibile, ma idonea ad una corretta comunicazione. Il diritto del paziente di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informato deve essere soddisfatto in modo completo, aggiornato e *comprensibile*.

Questo tempo dedicato alla comunicazione tra paziente, medico e rappresentante, il quale si faccia interprete di adeguare il tecnicismo insito nelle informazioni diagnostico terapeutiche alla possibilità di comprensione e di accettazione del paziente e che, per espressa disposizione normativa viene definito "tempo di cura", rappresenta certamente la prima e più incisiva tappa del percorso che porta alla valorizzazione della volontà dell'incapace e al suo pieno e attivo coinvolgimento nella decisione terapeutica²⁶.

In questa prospettiva la legge privilegia un approccio che si faccia carico di riprodurre l'alleanza terapeutica, che, in questa ipotesi, vede il coinvolgimento di tre soggetti quali il rappresentante, il paziente ed il medico, nell'obiettivo di assicurare la salvaguardia del

BERTOLOTTI-P. MASSAGLIA, *La comunicazione nel percorso terapeutico del minore malato* in *Minorigiustizia*, 2005, 2, 80.

²⁵ Cfr. Codice di deontologia medica approvato dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri nel 2016, art. 20.

²⁶ Sul punto si vedano già le riflessioni di M. PICCINI, *Relazione terapeutica e consenso dell'adulto "incapace": dalla sostituzione al sostegno*, in *Trattato di biodiritto* a cura di S. Rodotà-P. Zatti, *I diritti in medicina* a cura di L. Lenti-E. Palermo Fabris-P. Zatti, Milano, 2011, 381.



miglior interesse del paziente vulnerabile. Del resto, siffatta impostazione emerge dal codice di deontologia medica (2014) ove all'art. 38 si prevede che il medico deve cooperare con il rappresentante legale perseguendo il migliore interesse del paziente e, in caso di contrasto, "si avvale del dirimente giudizio previsto dall'ordinamento e, in relazione alle condizioni cliniche, procede comunque tempestivamente alle cure ritenute indispensabili e indifferibili".

D'altra parte, la decisione adottata dai rappresentanti legali non viene presa in assenza di direttive, la legge infatti fissa gli obiettivi a cui essa è rivolta nella tutela della salute e della vita dell'incapace. Ciò evidenzia, infatti, la necessità che nella determinazione del rappresentante costui non possa scegliere in base al suo personale convincimento ma debba pur sempre perseguire il miglior interesse del paziente vulnerabile²⁷.

È proprio attraverso l'evoluzione che ha interessato il concetto stesso di salute che, dottrina e giurisprudenza hanno valorizzato il benessere²⁸ dell'individuo non più considerato nella mera assenza della malattia, nel pieno rispetto dei principi di dignità, libertà ed identità personale ed in modo da realizzare nella maniera più piena e completa la tutela della persona²⁹. Una visione della salute che è stata definita identitaria in quanto capace di ricomprendere anche, in una accezione soggettiva, la percezione del sé e della malattia stessa sofferta dal paziente³⁰. L'obiettivo della cura viene, insomma, ad ampliarsi:

²⁷ Cfr. M. FOGLIA, *Consenso e cura. La solidarietà nel rapporto terapeutico*, Torino, 2018, 98 ss. Sia consentito il rinvio a B. SALVATORE, *Principio di autodeterminazione e decisioni di fine vita*, in *Riv. dir. priv.*, 2013, 125 ss. e a ID., *Informazione e consenso nella relazione terapeutica*, Napoli Esi, 2012, 55. È proprio la valutazione del miglior interesse del paziente su cui la giurisprudenza ha via via sostituito astratte valutazioni oggettive in relazione a standard medico scientifici che possono prescindere dalla volontà del paziente o addirittura esserne in contrasto (si veda Trib. Modena 15 settembre 2004; Trib. Bologna 3 ottobre 2006; Trib. Modena 28 giugno 2004 in www.dejure.giuffrè.it) alla ricostruzione della volontà presunta del paziente sulla base di una valutazione specifica e dell'identità personale del paziente (si veda Trib. Bologna 4 giugno 2008; Trib. Parma 2 aprile 2004; Trib. Roma 19 marzo 2004 in www.dejure.giuffrè.it).

²⁸ Dal Preambolo della Costituzione OMS-WHO (22.7.1946-7.4.1948) "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity".

²⁹ P. ZATTI, *IL diritto a scegliere della propria salute, (in margine al caso S. Raffaele)*, in *Nuova giur. civ. comm.*, 2000, II, 1 ss. ed ora in *Maschere del diritto volti della vita*, Milano, 2009, 229, ove l'A. sottolinea il passaggio da un concetto di salute risultato della comparazione tra lo stato psicofisico della persona e uno *standard* psicofisico predefinito, ad un concetto diverso che si apre agli aspetti interiori della vita come sentiti e vissuti dal soggetto concreto.

In questa prospettiva in relazione al diritto alla salute del minore G. RECINTO, *Il diritto alla salute della persona di età minore e il suo superiore interesse*, in *Rass. dir. civ.*, 2014, 1233 evidenzia nel contesto europeo e sovranazionale "il progressivo e costante affermarsi di una declinazione del diritto alla salute dei minori sempre più lontana dalla mera assenza di malattia e di patologia, e sempre più sinonimo di salvaguardia di un armonico, corretto, completo sviluppo del minore".

³⁰ P. ZATTI, *Rapporto medico-paziente ed integrità della persona*, in *Nuova giur. civ. comm.*, 2008, II,



la comparazione con gli standard scientifici deve coordinarsi con la concezione personale che il paziente ha e che, in linea con la sua identità personale, deve interessare l'agire del medico³¹.

Quanto ai poteri del rappresentante la giurisprudenza nel noto caso Englaro del 2007 ebbe modo di chiarire che l'agire del rappresentante legale e le sue decisioni devono essere prese non "al posto dell'incapace né per l'incapace", precisando che la richiesta di sospensione di trattamenti di idratazione e nutrizione artificiale effettuata dal rappresentante legale "deve essere realmente espressiva, in base ad elementi di prova chiari, concordanti e convincenti, della voce del rappresentato, tratta 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"³².

Il perseguimento dell'interesse dell'incapace, o se si vuole del suo *best interest*, avviene oggi in linea con la recente l. n. 219, attraverso la valorizzazione del suo apporto volitivo, sulla base della impostazione per cui solo ove si cerchi il coinvolgimento del paziente attraverso l'informazione e attraverso l'ascolto può esercitarsi la rappresentanza in tale delicatissimo settore nel pieno rispetto della dignità del singolo individuo³³.

405 ove l'A. sottolinea come l'ingresso al paradigma dell'identità riesca a risolvere i problemi di conflitto possibile tra i valori salute/vita e volontà/libertà.; R. PUCELLA, *Autodeterminazione e responsabilità nella relazione di cura*, Milano, 2010, 69.

³¹ Si veda Corte Costituzionale 438/2008 in *www.dejure.giuffrè.it*, la quale sottolineò che "la circostanza che il consenso informato trova il suo fondamento negli artt. 2, 13 e 32 della Costituzione pone in risalto la sua funzione di sintesi di due diritti fondamentali della persona: quello all'autodeterminazione e quello alla salute".

³² Cass. 16 ottobre 2007, n. 21748 in *Foro it.*, 2007, I, 3025 ss., con nota di Casaburi e in *Nuova giur. civ. comm.*, 2008, I, 100 con nota di Venchiarutti. La Corte riconosce che il consenso informato deve essere ispirato alle istanze personaliste che animano il nostro ordinamento il quale anche in caso di incapacità del soggetto impone di ricreare quel dualismo insito nella relazione di cura tra il medico che deve informare in ordine alla diagnosi e alle possibilità terapeutiche e paziente che, attraverso il rappresentante possa accettare o rifiutare i trattamenti prospettati. Del resto, non si è mancato di rilevare come senza un rappresentante il soggetto sarebbe nell'impossibilità di esercitare il diritto si veda A. SANTOSUOSSO-G.C. TURRI, *La trincea dell'inammissibilità, dopo tredici anni di stato vegetativo permanente di Eluana Englaro*, nota a Cass. 20 aprile 2005, n. 8291, in *Nuova giur. civ. comm.*, 2006, I, 482.

³³ Circa le perplessità ad ammettere poteri rappresentativi e la sostituzione nel campo dei diritti e degli atti personalissimi si veda M. PICCINI, *Relazione terapeutica e consenso dell'adulto "incapace"*, cit., 378 ss.; quanto al problema in relazione ai poteri dell'amministratore di sostegno G. DI MARTINO, *L'amministrazione di sostegno – Inquadramento, disciplina ed effetti*, in *Capacità e incapacità*, cit., 166 ss.; A. GORGONI, *Amministrazione di sostegno e trattamenti sanitari*, in *Europa e dir. priv.*, 2012, 547; sia consentito il rinvio a B. SALVATORE, *il diritto all'autodeterminazione e le decisioni di fine vita in Italia: il ruolo dell'amministrazione di sostegno*, in *Le criticità della medicina di fine vita: riflessioni etico-deontologiche e giuridico-economiche* a cura di C. Buccelli, 2013, Napoli, 2013, 107.



3. – Di recente la Corte Costituzionale è stata chiamata a pronunciarsi circa i poteri dell'amministratore di sostegno in ambito sanitario³⁴. La questione riguardava la supposta illegittimità dell'art. 3 commi 4 e 5, l. n. 219/2017 nella parte in cui non richiede, nell'ipotesi in cui all'amministratore di sostegno sia stata attribuita la rappresentanza esclusiva in ambito sanitario ed in assenza di direttive anticipate di trattamento, la verifica puntuale da parte del giudice tutelare delle volontà del beneficiario in merito al rifiuto del trattamento salvavita³⁵. Il giudice delle leggi ha rigettato il quesito ritenendolo non fondato sulla base di una corretta interpretazione delle norme in materia di amministrazione di sostegno. Il decreto di nomina rappresenta il momento in cui il giudice, infatti, valuta il caso concreto e può autorizzare, laddove ne ricorra in concreto l'esigenza in relazione alle condizioni di salute del beneficiario, una decisione sul se prestare o no il consenso a trattamenti di sostegno vitale. La Corte ricorda che anche in sede di revisione del decreto, nel caso si assista ad un mutamento delle condizioni di salute del beneficiario, quando l'evolversi della patologia possa comportare la necessità di effettuare questa scelta, i compiti dell'amministratore possono estendersi anche al rifiuto della terapia, quand'anche essa possa comportare conseguenze fatali.

Ciò appare conforme alla *ratio* dell'istituto dell'amministrazione di sostegno che richiede al giudice di modellare l'istituto in relazione alle specificità del caso concreto e alle necessità del beneficiario anche in ambito sanitario³⁶, consentendo al giudice tutelare di adeguare la misura alla situazione concreta della persona e di variarla nel tempo in modo tale da assicurare all'amministrato la massima tutela possibile a fronte del minor sacrificio della sua capacità di autodeterminazione³⁷.

La Corte ha affermato, quindi, che anche il conferimento della rappresentanza esclusiva in ambito sanitario all'amministratore di sostegno non necessariamente deve recare in sé il potere di rifiutare i trattamenti sanitari necessari al mantenimento in vita, richiedendosi pur sempre una verifica del caso concreto e dei compiti dell'amministratore³⁸. Sul punto è di recente intervenuta la giurisprudenza di merito che, in un caso analogo, ha

³⁴ Corte Costituzionale 13 giugno 2019, n. 144, in *Foro it.*, 2019, 3024.

³⁵ Cfr. Trib di Pavia ord. 23 marzo 2018 in *Nuova giur. civ. comm.*, 2018, 7-8, 1118 con nota di M Piccinni.

³⁶ Si vedano i riferimenti in nota n. 20.

³⁷ Cass. 11 maggio 2017, n.11536; Cass. 26 ottobre 2011, n. 22332; Cass. 29 novembre 2006, n. 25366 e 12 giugno 2006, n. 13584 in *www.dejure.giuffre.it*.

³⁸ Del resto, l'amministratore in base all'art. 410 c.c. nello svolgimento dei suoi compiti deve sempre tener conto "dei bisogni e delle aspirazioni del beneficiario".



però ritenuto che l'amministratore di sostegno dotato della rappresentanza esclusiva in ordine alle scelte sanitarie – accertata la volontà della persona amministrata anche in via presuntiva alla luce delle dichiarazioni rese in passato all'amministrata, anche alla presenza dello stesso amministratore in merito al trattamento sanitario in questione – sia pienamente abilitato a rifiutare le cure preposte³⁹.

Del resto, la stessa l. 219 prevede all'art. 4 la nomina di un amministratore di sostegno per il caso, eventuale, in cui le dichiarazioni anticipate di trattamento pur valide non contengano un fiduciario ovvero in caso di morte, rinuncia o incapacità di questi. Ciò a conferma che la nomina del rappresentante ha senso proprio per dare attuazione alle volontà del paziente in precedenza espresse, sia quando esse siano espresse formalmente in una dichiarazione anticipata di trattamento ovvero quando possano essere desunte da dichiarazioni in precedenza espresse⁴⁰.

In caso di contrasto tra le determinazioni del rappresentante, il quale rifiuti le cure proposte, e il medico che, al contrario, ritenga che queste siano appropriate e necessarie, la decisione è rimessa al giudice tutelare su ricorso del rappresentante legale della persona interessata o dei soggetti di cui agli articoli 406 ss. cod. civ. o del medico o del rappresentante legale della struttura sanitaria⁴¹, sempre qualora non siano presenti dichiarazioni anticipate di trattamento.

La norma si preoccupa, quindi, di risolvere, demandandone la valutazione al giudice tutelare, il conflitto tra la posizione assunta dal rappresentante e la valutazione tecnico professionale del medico nell'ipotesi in cui la volontà del paziente non sia chiaramente espressa e la situazione patologica possa essere curata con cure appropriate e necessarie⁴². In tutte quelle ipotesi in cui la decisione di rifiuto della terapia non trovasse riscon-

³⁹ Trib. Roma 23 settembre 2019 il quale ha dichiarato il non luogo a provvedere sull'istanza presentata dall'amministratore di sostegno circa l'autorizzazione a disporre la sospensione della terapia riservandosi ogni provvedimento di merito, qualora emergesse il contrasto di cui all'art. 3, comma 5, l. 22 dicembre 2017, n. 219, su ricorso delle persone legittimate ai sensi della richiamata disposizione.

⁴⁰ È questo il punto più delicato dovendosi ricostruire la volontà dell'incapace. Sul punto si vedano le critiche alla legge espresse dall'ordinanza di rimessione dal Tribunale di Pavia 23 marzo 2018, cit., nonché le critiche di parte della dottrina. Cfr. D. CARUSI, *Legge 219/2017, amministrazione di sostegno e rifiuto di cure: problemi di legittimità di una legge mal scritta*, in *Corr. giur.*, 2020, 17 ss.

⁴¹ È questa la disciplina prevista dal comma 5 dell'art. 3, l. n. 219/2017.

⁴² Nell'ipotesi in cui ci siano dichiarazioni anticipate di trattamento il medico è vincolato in base all'art. 4 al rispetto delle stesse, salvo il caso in cui, in accordo con il fiduciario, esse appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente ovvero sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita.



tro nella valutazione tecnico-professionale del medico è consentito ai soggetti legittimati di rivolgersi al giudice perché in concreto indagli le volontà del paziente e la concreta situazione patologica sofferta⁴³. La norma tende proprio ad evitare che possano esserci abusi da parte dell'amministratore in assenza di indicazioni precise del beneficiario nell'espressione del rifiuto del trattamento, specie se salvavita⁴⁴.

Meno frequenti sono invece i giudizi che riguardano casi di un conflitto tra il paziente incapace ed il suo rappresentante. Il punto però deve essere oggetto di riflessione in quanto il valore effettivo della volontà del minore, dell'interdetto o del beneficiario dell'a.d.s. può valutarsi proprio quando e se essa si mostri difforme da quella del soggetto incaricato della sua cura.

La disciplina in esame deve essere quindi essere necessariamente coordinata con il codice civile dove, per ciascuna ipotesi, sono previste soluzioni e rimedi per i possibili contrasti⁴⁵.

Nell'ipotesi in cui sia il minore capace di discernimento a esprimere una posizione di disaccordo rispetto ai suoi genitori la problematica sembra acuirsi e manifestare tutta l'incertezza che ancora la legislazione dischiude. Secondo una impostazione che sembra doversi accogliere non potrebbe negarsi, sulla base della considerazione che nessun trattamento sanitario può essere imposto contro la volontà del soggetto salve le ipotesi previste dalla legge, al minorenni capace di discernimento il potere di impedire l'esecuzione di un trattamento sanitario coattivo sul proprio corpo⁴⁶. In tali ipotesi il ruolo dei

⁴³ Cfr. M. PICCINNI, *Decidere per il paziente rappresentanza e cura della persona dopo la legge 219/2017*, cit., 1118 la quale sottolinea come: "la disposizione normativa di cui all'art. 3, comma 5°, che prevede un intervento solo residuale del giudice tutelare sembra opportuna nella misura in cui prende atto del fatto che, di regola, il problema dell'appropriatezza/utilità delle cure e della proporzionalità/accettabilità per il paziente, così nel corso, come nella fase finale, dell'esistenza e della malattia, si risolve nell'ambito della relazione di cura, in base ai criteri di buona pratica clinica".

⁴⁴ Non vi è chi non rilevi l'inadeguatezza della disposizione nella parte in cui rimette al solo contrasto con l'opinione del medico la richiesta di intervento del giudice tutelare cfr. D CARUSI, *Legge 219/2017, amministrazione di sostegno e rifiuto di cure: problemi di legittimità di una legge mal scritta*, cit., 17 ss.

⁴⁵ In particolare, nell'ipotesi in cui il conflitto riguardi i genitori del minore deve trovare applicazione la disciplina generale, la quale prevede il ricorso al giudice per i casi di "contrasto su questioni di particolare importanza" per il minore, di cui all'art. 316 cod. civ. Cfr. Trib. Roma 16 febbraio 2017, con commento di M. DE PAMPHILIS, *La tutela della salute del minore tra autonomia dei genitori e intervento pubblico*, in *Fam. e diritto*, 2017, 1106.

⁴⁶ L. LENTI, *Il consenso informato ai trattamenti sanitari per i minorenni*, cit., 453. Sottolinea l'A. come la questione in tali ipotesi possa essere duplice da un lato individuare in caso di rifiuto della terapia da parte dei genitori con l'accordo del minore il provvedimento giudiziario che possa, al contrario ed in virtù di una attenta valutazione del caso concreto, imporlo, dall'altro immaginare una coercizione sul corpo del minore, stante il suo perdurante rifiuto (spec. 457 ss.). Cfr. Trib. Brescia 22 maggio 1999, cit., 204 ss.; Trib. Venezia, 2 giugno 1998, cit., 689 ss.



genitori, di fronte ad una opposizione tenace del minore capace nei confronti di un trattamento magari con prospettive di guarigione poco certe e fortemente invasivo, deve necessariamente declinarsi in una attività di persuasione piuttosto che di imposizione, che nei fatti appare di difficile concretizzazione.

Quanto al ruolo dell'amministratore di sostegno interessante si presenta il caso esaminato dal Tribunale di Vercelli ove, contrariamente all'impostazione che preferisce lasciare margini di autonomia al beneficiario, il giudice ha previsto la assoluta sostituzione nelle scelte sanitarie con il compito di autorizzare per una paziente affetta da schizofrenia le cure di emodialisi a cui necessitava sottoporsi, cure che erano state rifiutate dalla paziente⁴⁷. In tali casi sembra comunque che possa trovare applicazione l'art. 410, secondo comma, del codice civile, secondo cui in caso di contrasto l'assistito, il pubblico ministero o gli altri soggetti legittimati possono ricorrere al giudice tutelare, che adotta con decreto motivato gli opportuni provvedimenti, proprio sulla base di una attenta disamina delle concrete circostanze del caso concreto.

Del resto, questa impostazione è proprio quella che si ritrova nelle parole della Corte Costituzionale laddove chiarisce che la normativa in tema di consenso informato non ha disciplinato le modalità di conferimento e il conseguente esercizio dei poteri all'amministratore di sostegno le quali restano regolate dagli art. 404 e ss. del cod. civ. e che, pertanto, "l'esegesi dell'art. 3 commi 4 e 5 della legge 219 del 2017 deve essere condotta alla luce dell'istituto dell'amministrazione di sostegno richiamato dalle norme censurate: segnatamente è in base alla disciplina codicistica che devono essere individuati i poteri spettanti al giudice tutelare"⁴⁸.

Sarà quindi la corretta ponderazione del giudice prima e dell'amministratore e del medico poi a valutare adeguatamente le circostanze del caso concreto in relazione alla volontà del paziente per come espressa e ricostruita. Solo una visione "soggettiva" della patologia e della cura, che valuti il caso concreto, può infatti restituire valore alle volontà del soggetto che proprio in quanto non autonomo ne ha maggior bisogno.

⁴⁷ Trib. Vercelli 31 maggio 2018, in *Giur. it.*, 2019, 798 con nota critica di F. TROLLI, *Il diritto all'autodeterminazione medica del beneficiario di amministrazione di sostegno* il quale parla di "prospettiva che fatica ancora a liberarsi da quel paternalismo che caratterizzava alle origini la relazione di cura".

⁴⁸ Corte Costituzionale 13 giugno 2019, n. 144, cit.