

LA VULNERABILITÀ COGNITIVA AL VAGLIO DEL BIODIRITTO:
L'AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO ALLA PROVA DELLE NEUROSCIENZE
TRA ISTANZE PERSONALISTICHE E FRIZIONI SISTEMICHE

Tommaso Spasari *

SOMMARIO: 1. Dalle neuroscienze al biodiritto: prospettive interdisciplinari sul declino cognitivo – 2. Nel labirinto della memoria: l'amministrazione di sostegno come bussola per la dignità della persona – 3. Il consenso informato e il diritto all'autodeterminazione – 4. Il diritto di decidere: bilanciamento tra protezione e autonomia nel consenso informato – 5. La validazione clinica della volontà: il ruolo del consenso informato nelle vaccinazioni – 6. Soggettività e neurodegenerazione: l'amministrazione di sostegno alla prova della diagnosi clinica – 7. Frammenti di identità: La tutela giuridica del paziente con demenza tra protezione e autonomia – 8. Considerazioni conclusive.

1. – Il presente contributo si propone di esaminare criticamente l'assetto regolatorio sotteso all'istituto dell'amministrazione di sostegno, analizzandone la funzione e l'efficacia nel peculiare contesto dei soggetti affetti da declino cognitivo lieve o che versano nelle fasi d'esordio dei processi correlati a forme di demenza vascolare o neurodegenerativa. L'indagine mira a verificare la duttilità dello strumento protettivo di cui alla legge 6/2004, valutando la sua capacità di contemperare le esigenze di tutela giuridica con la salvaguardia dell'autodeterminazione e della dignità della persona, laddove l'insorgenza di una patologia neurodegenerativa imponga una modulazione specifica dei poteri rappresentativi o assistenziali. Attraverso una ricognizione sistematica della giurisprudenza e della dottrina, si intende analizzare come la misura di protezione possa evolvere in simbiosi con la progressione del deficit cognitivo, garantendo un supporto costante alle fragilità del beneficiario senza tradursi in una compressione indebita dei suoi residui spazi di autonomia.

* Ph.D., Professore a contratto di Biodiritto nell'Università degli Studi di Roma "Niccolò Cusano".



Al fine di delineare un perimetro sistematico all'indagine, appare opportuno premettere una sintetica ma puntuale ricognizione delle demenze neurodegenerative, riservando un focus analitico alla malattia di Alzheimer nel quadro di una prospettiva ricostruttiva volta a integrare le evidenze cliniche con le categorie del diritto. Tale approccio interdisciplinare mira a indagare il punto di intersezione tra le recenti acquisizioni delle moderne neuroscienze e l'assetto normativo vigente, esaminando come la progressiva compromissione delle funzioni esecutive e cognitive possa incidere sulla capacità negoziale e sulla sussistenza dei presupposti per l'attivazione delle misure di protezione giuridica. Attraverso questa disamina si intende verificare la duttilità degli istituti privatistici dinanzi a patologie che, per loro natura, richiedono un'interpretazione dinamica del concetto di incapacità, valorizzando il dialogo tra il dato scientifico-biologico e la tutela della soggettività giuridica, affinché l'ordinamento possa rispondere con strumenti elastici ed efficaci alla complessità del declino cognitivo.

A questo riguardo va precisato che l'invecchiamento è una fase critica e inevitabile della nostra esistenza, ma negli ultimi decenni con l'aumento dell'aspettativa di vita e soprattutto con il progredire delle moderne conoscenze mediche i meccanismi d'azione che innescano l'invecchiamento patologico¹ – soprattutto a carico del cervello – hanno acquisito una crescente importanza tra le priorità delle neuroscienze. In particolar modo, il forte legame tra l'invecchiamento² e le patologie neurodegenerative sta incrementando la costante ricerca di nuovi ed efficaci interventi *anti-aging*.

Va sottolineato che, nonostante tutti gli sforzi compiuti recentemente dalla ricerca scientifica e accademica, anche tramite l'utilizzo dell'intelligenza

¹ C. López-Otín *et al.*, *The hallmarks of aging*, in *Cell.*, 2013;153(6):1194-217: <https://doi.org/10.1016/j.cell.2013.05.039>. Sebbene non tutti gli eventi causali dell'invecchiamento siano stati completamente individuati, è ormai ritenuto ineluttabile nell'ambito della biomedicina che i principali fattori determinanti l'invecchiamento cellulare degli esseri umani possano essere riassunti in nove segni distintivi accertati: instabilità genomica, attrito dei telomeri e danno ai telomeri, alterazioni epigenetiche, perdita di proteostasi, rilevamento deregolato dei nutrienti, disfunzione mitocondriale, accumulo di cellule senescenti, esaurimento delle cellule staminali e alterazione della comunicazione intercellulare.

² A. Arletti *et al.*, *Temporal trends in cardiovascular disease and diabetes prevalence in the United States: assessing compression versus expansion*, in *Sci Rep* (2026). <https://doi.org/10.1038/s41598-026-48747-1>.

artificiale³ e della moderna diagnostica per immagini, la precisa eziologia delle più comuni malattie neurodegenerative umane e delle demenze rimane tuttora controversa e parzialmente incerta. Eppure, è incontrovertibile che le malattie neurodegenerative siano tutte ampiamente correlate anche all'esposizione a significativi fattori ambientali e comportamenti malsani, che accelerano il processo di invecchiamento e quindi non solo a fattori genetici predisponenti ed ereditari come, invece, si credeva un tempo.

La malattia di Alzheimer è la più diffusa forma di demenza, pur tuttavia si tratta di una malattia complessa che colpisce le cellule nervose danneggiando progressivamente la memoria, il pensiero e le capacità motorie, perciò è stata paragonata a un ladro silenzioso della memoria. Eppure, va precisato che tutte le demenze – anche a causa dell'invecchiamento della popolazione – sono in aumento in tutto il mondo. Infatti, il numero di persone colpite dalle malattie neurodegenerative è destinato a salire vertiginosamente nei prossimi decenni divenendo una delle più grandi sfide sanitarie globali.

Altresì, l'eziologia e l'epidemiologia della malattia di Alzheimer sono saldamente intrecciate con tutte le altre cause della demenza⁴, quindi si prevede che aumenterà nel mondo da 50 milioni di persone nel 2010 a 113 milioni nel 2050⁵. Viceversa, la prevalenza stimata della malattia di Parkinson – che può essere anche causa di demenza – nei paesi industrializzati è di circa l'1% nelle persone di età superiore ai 60 anni⁶. Si stima che attualmente nel

³ Per una panoramica sull'intelligenza artificiale in medicina, *ex multis*, v. E. Colletti, *Intelligenza artificiale e attività sanitaria. Profili giuridici dell'utilizzo della robotica in medicina*, in questa *Rivista*, 2021, 201 s.; P. Bailo, T. Spasari, G. Ricci *et al.*, *Governing Healthcare AI in the Real World: How Fairness, Transparency, and Human Oversight Can Coexist: A Narrative Review*, in *Sci*, 2026, 8, 36. <https://doi.org/10.3390/sci8020036>; Id., *A Review of Crime at Machine Speed: Criminological Aspects of Artificial Intelligence's Industrialisation of Deception*, in *Sci*, 2026, 8, 54. <https://doi.org/10.3390/sci8030054>; S. Buzi, *Intelligenza artificiale e pratica medica: relazione di cura e responsabilità civile*, in questa *Rivista*, 23, 2026, 1033; V. Viti, *Consenso al trattamento terapeutico e intelligenza artificiale*, in questa *Rivista*, 2026, 663.

⁴ A.S. Perera Molligoda Arachchige *et al.*, *Alzheimer's disease: A comprehensive review of epidemiology, pathophysiology, diagnosis, and treatment*, in *AIMS Neuroscience*, 2026, 13(2): 208-243. <https://doi.org/10.3934/Neuroscience.2026009>.

⁵ T. Bocci *et al.*, *Lessons on neurodegeneration and aging from the Lagoon of Venice: the marine invertebrate Botryllus schlosseri*, in *Brain Communications*, 2024, 6, 5: <https://doi.org/10.1093/braincomms/fcae257>.

⁶ L.M. de Lau *et al.*, *Epidemiology of Parkinson's disease*, in *Lancet Neurol.*, 2006: [https://doi.org/10.1016/s1474-4422\(06\)70471-9](https://doi.org/10.1016/s1474-4422(06)70471-9).

mondo siano più di 55 milioni i casi complessivi di demenza, la cui forma più frequente è la malattia di Alzheimer. Per quanto riguarda l'Italia, molte fonti riferiscono che attualmente ci sarebbero ufficialmente circa due milioni di persone affette da forme di demenza, di cui meno della metà rappresentata dal disturbo neuro-cognitivo maggiore e dal declino cognitivo lieve, a fronte di una quota maggioritaria – pari a circa il 50-60% – costituita da pazienti affetti da Alzheimer ⁷, mentre i loro familiari sarebbero stimati in circa quattro milioni di persone. Peraltro, la maggior parte di questi pazienti viene assistita a casa da un familiare, molto frequentemente una donna, perciò trattandosi di una patologia neurodegenerativa progressiva e incurabile ci si avvale anche di un'assistenza domiciliare privata che grava economicamente sulle famiglie. Proprio per questi motivi, moltissimi casi sfuggono alle statistiche ufficiali, restando nell'ombra.

A questo proposito, uno studio della Yale School of Public Health – pubblicato nel 2023 sulla rivista *Plos One* ⁸ – ha sottolineato come i sintomi comportamentali neuropsichiatrici (*rectius*: disturbi neurocognitivi) associati al declino cognitivo, che sovente si osservano nelle fasi iniziali della demenza, diventino causa di divorzi e separazioni tra gli anziani, giacché lo stress derivante dall'onere del *caregiving* e le correlate problematiche finanziarie possono avere un impatto molto negativo sul legame emotivo della coppia.

La disinformazione sulle possibili cause di queste malattie è piuttosto diffusa, infatti alcuni erroneamente le associano alla fisiologica riduzione di memoria dovuta al progredire dell'età, anche se in realtà questo può causare un errore diagnostico ⁹ che spinge inizialmente a sottovalutare la gravità della malattia. Purtroppo, anche se le cause esatte non sono ancora del tutto chiare, in quanto molte demenze sono certamente delle patologie con un'eziopatogenesi multifattoriale, è possibile sicuramente affermare che un ruolo fondamentale sia giocato dall'accumulo di proteine anomale nel cervello ¹⁰. Ciò nondimeno,

⁷ D. Bezzini *et Al.*, *Mortality of alzheimer's disease in Italy from 1980 to 2015*, in *Neurol. Sci.*, 2024 Dec;45(12):5731-5737. <https://doi.org/10.1007/s10072-024-07791-3>.

⁸ J.K. Monin *et al.*, *Associations between dementia staging, neuropsychiatric behavioral symptoms, and divorce or separation in late life: A case control study*, in *PLoS ONE*, 2023: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0289311>.

⁹ T. Spasari, *L'errore e il ritardo diagnostico-terapeutico nel prisma della medicina legale e del biodiritto*, in *BioLaw Journal*, 4, 2025, 159 s. <https://doi.org/10.15168/2284-4503-3920>.

¹⁰ H.J. Kim *et Al.*, *Assessment of Extent and Role of Tau in Subcortical Vascular Cognitive*

i danni causati dalla demenza non sono mai circoscritti alla funzione mnemonica, ma coinvolgono tutta la sfera cognitiva del paziente, compromettendone la capacità di autodeterminarsi, di gestire sé stesso e di provvedere alla cura della propria persona. Nelle fasi più avanzate, tale compromissione investe persino gli atti quotidiani della vita – come mangiare, lavarsi e vestirsi – rendendo il soggetto completamente dipendente dal *caregiver*, ovvero dalla persona che si occupa di lui. Siffatte dinamiche relazionali ed economiche dimostrano come la vulnerabilità derivante dal declino cognitivo non sia mai un fenomeno limitato al solo paziente, ma presenti un'intrinseca dimensione psicofisica e sociale destinata a riverberarsi sulla stessa tenuta del nucleo familiare.

Sotto il profilo prettamente biogiuridico, l'insufficienza o la disgregazione del *caregiving* familiare agisce come fattore di emersione del bisogno di protezione, incidendo direttamente sulla valutazione dell'attualità e della gravità dello stato di fragilità del beneficiario. La carenza della rete endofamiliare di protezione cessa così di essere un mero dato sociologico e si configura quale preciso presupposto di fatto idoneo a giustificare, in chiave sussidiaria, l'instaurazione del procedimento di amministrazione di sostegno, al fine di evitare che la vulnerabilità cognitiva degeneri in un totale abbandono istituzionale e assistenziale.

La complessa fenomenologia clinico-epidemiologica sin qui delineata – e specialmente la strutturale progressività nonché l'accentuata variabilità interindividuale che governano il declino cognitivo nelle patologie neurodegenerative – proietta un'ombra inevitabile sulle categorie giusprivatistiche, imponendo un ripensamento dei tradizionali paradigmi incapacitanti. Infatti, se il dato neuroscientifico delinea una transizione fluida, asimmetrica e polimorfa dalla piena lucidità al decadimento cognitivo, l'ordinamento giuridico non può rispondere attraverso la rigidità statica delle tradizionali misure ablative della capacità d'agire. Per converso, proprio l'evidenza biologica di una compromissione delle funzioni esecutive che evolve per gradi – e che conserva, spesso a lungo, residuali e preziosi spazi di auto-

Impairment Using 18F-AV1451 Positron Emission Tomography Imaging, in *JAMA Neurol.*, 2018 Aug 1;75(8):999-1007. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2018.0975>. A tal riguardo, crescenti evidenze scientifiche hanno recentemente posto sotto la lente d'ingrandimento il ruolo della proteina tau strutturalmente alterata (*rectius*: iperfosforilata, in particolare p-tau 181 e p-tau 217) la quale, distaccandosi dai microtubuli a causa del legame aberrante con i gruppi fosfato, rappresenta un reperto comune in molte forme di demenza accomunate dalla taupatia.

determinazione – postula la necessità di rinvenire uno strumento di protezione flessibile e intrinsecamente “dinamico”. Si profila così il passaggio nodale verso l’istituto dell’amministrazione di sostegno, inteso quale busso-la biogiuridica idonea a tradurre il dato clinico in una tutela duttile e modulata sul caso concreto, finalizzata a un progetto di sostegno personalizzato. Pertanto, il relativo decreto di nomina non può cristallizzarsi in una statuizione immutabile, ma deve strutturarsi in termini di spiccata elasticità, rimodulandosi costantemente in perfetta sintonia con il decorso e con le specifiche traiettorie evolutive della vulnerabilità del beneficiario. È su questo terreno di sinergica intersezione tra prospettive neurogiuridiche e istanze personalistiche che si innesta la disamina dell’istituto disciplinato dalla legge 9 gennaio 2004, n. 6, di cui si analizzeranno, nel successivo paragrafo, i presupposti applicativi e le potenzialità evolutive.

2. – Il panorama giuridico italiano ha subito, con l’introduzione della legge n. 6/2004, una metamorfosi profonda, segnando il passaggio definitivo da una visione meramente patrimonialistica della protezione dei soggetti deboli a un approccio centrato sulla dignità¹¹ e sulla valorizzazione della persona. L’istituto dell’amministrazione di sostegno, concepito come strumento duttile e flessibile, nasce con l’intento primario di offrire assistenza a chi si trovi nell’impossibilità – anche parziale o temporanea¹² – di provvedere ai propri interessi, limitando nella minor misura possibile la capacità di agire del beneficiario¹³. La portata innovativa di tale riforma risiede nella sua capacità di adattarsi alle specifiche necessità dell’individuo¹⁴, superando le rigide e spesso mortificanti figure dell’interdizione¹⁵ e dell’inabilitazione, che per decenni hanno rappresentato l’unica risposta dell’ordinamento alla fragi-

¹¹ S. Mazzamuto, “*Lermeneutica della dignità*”. *Relazioni*, in *Rivista di diritto civile*, 2020, 2, 489.

¹² Corte Cost., 13.6.2019, n. 144; Trib. Roma, sez. IX, 23.9.2019; Cass., sez. I, 26.7.2018, n. 19866.

¹³ M. Cinque, *Testamento e affievolimenti della “consapevolezza affettiva”*, in *Riv. Dir. Civ.*, 2023, 6, 1239.

¹⁴ S. Piraino, *Il diritto, l’esperienza e la virtù*, in questa *Rivista*, 2016, 62. L’Autore ha correttamente osservato che «il diritto è frutto dell’elaborazione umana, è insieme formazione e interpretazione di norme».

¹⁵ E. Redenti, *Natura del processo d’interdizione e conseguenze sulle spese*, in *Scritti e discorsi giuridici di mezzo secolo*, Milano, 1962, I, 599;

lità umana¹⁶. In questo contesto, l'amministrazione di sostegno si configura non come una misura di esclusione, ma come un progetto di accompagnamento¹⁷, dove il beneficiario non è un oggetto di protezione, ma il centro focale di un sistema di interessi, diritti e aspirazioni¹⁸.

L'evoluzione costante della giurisprudenza di legittimità ha progressivamente delineato i contorni di quello che viene oggi definito un diritto mite, caratterizzato da un uso sapiente della discrezionalità giudiziale e da un'applicazione accurata dei principî in funzione del caso concreto¹⁹. Nei primi anni di applicazione, la Suprema Corte²⁰ ha rimarcato la distinzione tra l'amministrazione di sostegno²¹ e le misure tradizionali, individuando il criterio distintivo non tanto nell'intensità dell'infermità, quanto nella maggiore idoneità dello strumento a garantire la salvaguardia del soggetto attraverso una procedura agile e flessibile. Tuttavia, il percorso non è stato privo di incertezze, oscillando tra fasi di grande apertura interpretativa e momenti di riflessione più rigorosa, specialmente in ordine alla necessità della misura e all'incidenza della stessa sui diritti fondamentali della persona. Perciò, è emerso con forza il principio secondo cui la procedura di nomina presuppone una condizione attuale di incapacità, escludendo quindi la legittimazione a richiedere l'amministrazione di sostegno per chi versi in uno stato di

¹⁶ S. Delle Monache, *Prime note sulla figura di amministrazione di sostegno: profili di diritto sostanziale*, in *Nuova Giur. civ. comm.*, 2004, Vol. 20, fasc. 1, 31 s.

¹⁷ Corte Cost., 9.12.2005, n. 440, in *Mass. Giur. it.*, 2005, nonché Cass., sez. I, 11.9.2015, n. 17962, in *Giur. it.*, 2016, 57.

¹⁸ In giurisprudenza si vedano: Cass. 2.8.2012, n. 13917, in *Fam. e dir.*, 2012, 993 s.; Cass. 28.2.2018, n. 4709, in *Foro it.*, I, 2018, 1628 s.; Cass., sez. I, 27.9.2017, n. 22602; Cass., 26.10.2011, n. 22332, in *Giust. civ.*, 2011, I, 2807 s.; Cass., sez. I, 12.6.2006, n. 2006, n. 13584, in *Corr. Giur.*, 2006, 11, 1529; Cass., sez. I, 29.11.2006, n. 25366, in *Fam. pers. succ.*, 2007, 15 s.

¹⁹ Cass., sez. I, 20.12.2012, n. 23707, in *Giur. it.*, 2013, IX, 2251 s. e Trib. Firenze, 22.12.2010, in Guida al dir., fasc. 23, 2011, 161 s.

²⁰ F. A. Genovese, *L'amministrazione di sostegno e la corte di cassazione: verso un diritto mite*, in *Nuova Giur. Civ.*, 2024, 6 – Suppl., 17.

²¹ Sul versante dottrinale, *ex plurimis*, v. G. Lisella, *Questioni tendenzialmente definite e questioni ancora aperte in tema di amministrazione di sostegno*, in *Nuova giur. civ.*, 2013, II, 284; A. Gorgoni, *Autonomia del beneficiario e amministrazione di sostegno*, Padova, 2012; G. Ferrando, *Amministrazione di sostegno: interdizione, inabilitazione, incapacità naturale*, Bologna, 2012; G. Salito, P. Matera, *Amministrazione di sostegno, interdizione, inabilitazione*, Padova, 2013.

piena capacità psico-fisica²², ma non esigendo necessariamente un'incapacità di intendere o di volere totale.

A questo riguardo va precisato che i vari *marker* neuroscientifici, vale a dire le scansioni cerebrali attinenti alla neurodiagnostica – come, ad esempio, le TAC, le risonanze magnetiche dell'encefalo e gli specifici test neuropsicologici – non servono soltanto alla diagnosi della demenza, ma sono lo strumento ottimale per instaurare una sinergia tra clinica neurologica e strumenti di sostegno giuridico nelle demenze. In questo modo è possibile fare una valutazione più accurata del livello di declino cognitivo per modulare su misura il decreto di nomina²³ dell'amministratore di sostegno²⁴, evitando così di relegare *ante litteram* il beneficiario nel labirinto dell'oblio e preservandone il più possibile l'autodeterminazione residua²⁵.

3. – L'esigenza di modellare il decreto di nomina in termini di spiccata ela-

²² S. Parravicini, *Amministratore di sostegno: note sulla volontaria giurisdizione e la condanna al rimborso delle spese*, in *Fam. e dir.*, 2019, 524 s.

²³ Al riguardo, cfr. M.R. Mottola, B. Saccà, A. Scalera, *Aspetti processuali e disciplina del diritto di famiglia*, Padova, 2013, 183. In merito, gli Autori affermano che: «il decreto di nomina potrebbe, infatti, contenere i limiti e le modalità di esercizio dell'amministrazione dei beni che appartengono anche all'amministrato da parte del coniuge all'uopo nominato amministratore di sostegno. Ciò consentirebbe di evitare l'estromissione dall'amministrazione dei beni comuni, consentendo ugualmente all'altro coniuge di compiere tutti gli atti necessari alla gestione della comunione sotto il controllo del g.t. non esclusivamente ma anche nell'interesse dell'altro coniuge».

²⁴ A. Musto, *L'amministrazione di "sostegno" dei beni della comunione legale*, in *Nuova Giur. Civ.*, 2021, 2, 448; M. Tescaro, *Un (quasi integralmente) encomiabile esempio di interpretazione restrittiva della disciplina dell'amministrazione di sostegno*, in *Nuova Giur. Civ.*, 2021, 3, 497; G. Gabrielli, *Infermità mentale e rapporti patrimoniali familiari*, in *Un altro diritto per il malato di mente*, a cura di P. Cendon, Napoli, 1988, 606.; T. Auletta, *I rapporti patrimoniali fra coniugi*, nel *Trattato di diritto privato* diretto da M. Bessone, Torino, 2011, 515; C. Benanti, *Effetti dell'amministrazione di sostegno sui rapporti patrimoniali tra i coniugi*, in *Bilanci e prospettive del diritto di famiglia a trent'anni dalla riforma*, a cura di T. Auletta, Milano, 2007, 392; F. Ragonese, S. Savarese, *Aspetti di interesse notarile dell'amministrazione di sostegno*, in *Tutela ed amministrazione di sostegno*, a cura di B. De Filippis, Padova, 2012, 257.

²⁵ Corte cost., 10.5.2019, n. 114, con nota di G. Bonilini, *Il beneficiario di amministrazione di sostegno ha, come regola, la capacità di donare*, in *Fam. e dir.*, 8-9, 2019, 745; con nota di M.N. Bugetti, *La corte costituzionale conferma la sussistenza della capacità di donare del beneficiario dell'amministrazione di sostegno*, in *Corr. giur.*, 7, 2019, 885; nonché in riferimento all'art. 85 cod. civ., v. Cass., 11.5.2017, n. 11536 con nota di L. Olivero, *Incapacità e libertà matrimoniale tra dignità della persona e interessi familiari*, in *Giur. it.*, 2018, 308.

sticità, valorizzando i *marker* neuroscientifici per individuare e preservare i residui spazi di autonomia del beneficiario, proietta la sua efficacia ben oltre la sfera della gestione patrimoniale, investendo direttamente l'orizzonte delle decisioni esistenziali. La transizione dall'ambito dell'amministrazione di sostegno alla dimensione del consenso informato si giustifica, pertanto, in virtù di un preciso nesso logico-sistematico, per cui l'autodeterminazione terapeutica del soggetto affetto da vulnerabilità cognitiva costituisce il nucleo valoriale attorno al quale entrambi gli istituti devono gravitare, evitando rigide compartimentazioni settoriali. La protezione flessibile garantita dalla legge n. 6/2004 si salda così, sin dall'apertura della riflessione sulla relazione di cura, con le prerogative della legge n. 219/2017, delineando un *continuum* protettivo in cui il declino cognitivo non si traduce in un'automatica spoliazione della volontà, bensì nel presupposto per un'alleanza terapeutica assistita e modulata sul caso concreto.

Proprio in siffatto scenario, il panorama della responsabilità sanitaria ha subito, nell'ultimo decennio, una metamorfosi profonda che ha ricollocato il consenso informato dal margine della prassi burocratica al cuore pulsante della relazione di cura. Questo passaggio, segnato indelebilmente dalla legge 22 dicembre 2017, n. 219, rappresenta il punto di arrivo di un'evoluzione giurisprudenziale e dottrinale che ha visto il definitivo superamento del modello paternalistico, in cui il medico era l'unico depositario delle scelte terapeutiche, a favore di una visione collaborativa definita "alleanza terapeutica". In questa nuova dimensione, il consenso non è più una mera quietanza formale, ma l'espressione di un diritto fondamentale e irretrattabile della persona alla dignità nel trattamento della propria salute²⁶, trovando il suo referente normativo negli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione. La libertà personale, essendo inviolabile, si manifesta così anche come piena libertà di disporre autonomamente del proprio corpo e di autodeterminare²⁷ il proprio percorso esistenziale e di cura, rendendo il consenso informato un corollario indi-

²⁶ Corte Cost., 13.6.2019, n. 144; Cass., sez. I, 16.10.2007, n. 21748, in *Giust. civ.*, 2011, XI, 2366; Cass., sez. I, 15.9.2008, n. 23676, in *Mass. Giust. civ.*, 2008, IX, 1363; Trib. Firenze, 22.12.2010, in *Guida al dir.*, fasc. 23, 2011, 161 s.; Trib. Modena, 5.11.2008, in *Guida al dir.*, fasc. 11, 2009, 35 s.; Trib. Pavia, 24.3.2018, in *Nuova. giur. civ. comm.*, 2018, fasc. 7-8, 1128; Cort. App. Cagliari, 16.1.2009, in *Resp. civ.*, 2010, 514.

²⁷ L. Pascucci, *L'erogazione della prestazione medica tra autodeterminazione del paziente (capace) e autonomia professionale del medico: quali i confini della libertà di scelta terapeutica del malato?*, in *Rivista trimestrale di diritto e procedura civile*, 1, 2013, 219 s.

spensabile della protezione dell'integrità psicofisica e della dignità umana.

Il quadro normativo vigente, completato dalla riforma della responsabilità professionale medica avviata con la legge Gelli-Bianco, ha cristallizzato il principio per cui nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, eccetto i casi tassativamente previsti dalla legge.

Questa previsione normativa non riguarda solo l'atto medico in sé, ma l'intera dinamica del rapporto terapeutico, in cui l'informazione funge da presupposto di legittimità dell'operato del professionista sanitario. In assenza di tale consenso, l'intervento del medico²⁸ – anche se eseguito correttamente e nell'interesse del paziente – si trasforma in un atto illecito, poiché viola la sfera di autodeterminazione dell'individuo. Difatti, la giurisprudenza di legittimità ha chiarito in varie pronunce che l'obbligo informativo costituisce una prestazione autonoma rispetto a quella strettamente terapeutica, sebbene le due risultino funzionalmente connesse nel perseguimento della salute del paziente.

Il contenuto dell'obbligo informativo, come delineato dall'art. 1, comma 3, della legge 219/2017, deve essere completo, aggiornato e comprensibile. Esso deve abbracciare la diagnosi, la prognosi, i benefici e i rischi degli accertamenti e dei trattamenti, nonché le possibili alternative e le conseguenze di un eventuale rifiuto. Il medico è tenuto a utilizzare un linguaggio che tenga conto del livello culturale, dello stato soggettivo e della capacità di comprensione del paziente, affinché la scelta sia realmente consapevole e non una semplice adesione passiva.

Nonostante questa ampiezza definitoria, la Suprema Corte ha ulteriormente precisato che l'obbligo informativo non deve estendersi a rischi assolutamente eccezionali o esiti anomali al limite del caso fortuito, dovendo invece concentrarsi su rischi prevedibili²⁹. La validità del consenso è dunque strettamente legata alla qualità dell'informazione fornita, la quale deve permettere al paziente di bilanciare rischi e benefici in modo autonomo.

²⁸ A. Plaia, *Il nesso di causalità nella responsabilità contrattuale del medico*, in *Giurisprudenza italiana*, 6, 2020, 1329 s.

²⁹ In dottrina si vedano: P. Perlingieri, *La persona e i suoi diritti. Problemi di diritto civile*, Napoli, 2005, 106 s.; A. Santosuosso, *La volontà oltre la coscienza: la Cassazione e lo stato vegetativo*, in *Nuova Giur. civ. comm.*, 2008, 1, 733 s.

4. – Un profilo di grande interesse sistematico riguarda la forma del consenso e i suoi riflessi sugli oneri probatori. In tale prospettiva la legge 219/2017 ha introdotto il requisito della documentazione in forma scritta o attraverso videoregistrazioni, nonché mediante l'utilizzo di dispositivi per le persone con disabilità, prevedendo l'inserimento del consenso nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico. Questa novità legislativa ha superato il precedente assetto in cui non era prescritta alcuna forma particolare, pur rimanendo acceso il dibattito sulla natura di tale forma, se *ad substantiam* o *ad probationem*. Sul piano processuale, la presenza di un modulo precompilato e sottoscritto non è di per sé sufficiente a dimostrare l'adempimento dell'obbligo informativo se tale documento risulta generico o poco intelligibile³⁰. Il consenso non può mai essere presunto, ma deve essere specifico, esplicito e reale. L'onere della prova della corretta informazione grava sulla struttura sanitaria e sul medico, i quali devono fornire evidenza documentale di aver messo il paziente in condizione di scegliere consapevolmente³¹.

La violazione dell'obbligo informativo genera responsabilità risarcitoria, la quale può presentarsi con una natura plurioffensiva, colpendo sia il diritto alla salute che il diritto all'autodeterminazione. La giurisprudenza, in particolare con le sentenze di San Martino³² del 2019, ha rifiutato ogni automa-

³⁰ Corte cost., Sent., n. 438/2008; Cass. Civ., Sez. III, 11 novembre 2009 n. 28985.

³¹ G. Spoto, *Il consenso informato e la responsabilità del medico*, in *Danno e Resp.*, 2022, 6, 715; L. Locatelli, *Plurioffensività dell'omissione informativa nel rapporto tra medico e paziente*, in *Responsabilità civile e previdenza*, 2/2020, 478 s.; F. Pirozzi, *Il diritto all'autodeterminazione nell'attività sanitaria*, in *Rivista italiana di medicina legale e del diritto in campo sanitario*, 2020, 1, 91 s.; M. Franzoni, *La responsabilità del medico tra diagnosi, terapia e dovere di informazione*, in *Resp. Civ.*, 2005, 584 s.; Id., *Dal consenso all'esercizio dell'attività medica all'autodeterminazione del paziente*, in *Rassegna giuridica della sanità*, 2015, 11 s.; A. Amidei, *Consenso informato e risarcimento del danno per omessa informazione*, in *Giur. it.*, 2021, 495 s.; S. Cacace, G. Guerra, *Responsabilità medica da difetto di informazione*, in *Danno e Resp.*, 2022, 6, 863 s.; S. Cacace, *I danni da (mancato) consenso informato*, in *Nuova giur. civ. comm.*, 2010, 790.

³² Cass., SS. UU., 11 novembre 2008, nn. 26972, 26973, 26974 e 26975: «4.10. Il danno non patrimoniale, anche quando sia determinato dalla lesione di diritti inviolabili della persona, costituisce danno conseguenza (Cass. n. 8827 e n. 8828/2003; n. 16004/2003), che deve essere allegato e provato. Va disattesa, infatti, la tesi che identifica il danno con l'evento dannoso, parlando di "danno evento". La tesi, enunciata dalla Corte costituzionale con la sentenza n. 184/1986, è stata infatti superata dalla successiva sentenza n. 372/1994, seguita da questa Corte con le sentenze gemelle del 2003. E del pari da respingere è la variante costituita dall'affermazione che nel caso di lesione di valori della persona il danno sarebbe *in re ipsa*,

tismo risarcitorio, chiarendo che il danno non è mai *in re ipsa* ma deve essere provato come danno-conseguenza.

Ne discende che, nel caso in cui il paziente lamenti un danno alla salute derivante da un intervento terapeutico a cui non aveva acconsentito, è necessario esperire un giudizio controfattuale ipotetico per verificare se, qualora fosse stato correttamente informato, il paziente avrebbe rifiutato il trattamento³³. In assenza di tale prova il risarcimento per la lesione della salute non può essere accordato, ferma restando la risarcibilità della sola lesione dell'autodeterminazione se essa ha prodotto pregiudizi di apprezzabile gravità³⁴, come sofferenza soggettiva o turbamento psichico derivante dalle conseguenze inaspettate dell'intervento.

perché la tesi snatura la funzione del risarcimento, che verrebbe concesso non in conseguenza dell'effettivo accertamento di un danno, ma quale pena privata per un comportamento lesivo». In dottrina si vedano: G. Facci, *San Martino, il consenso informato ed il risarcimento dei danni*, in *Corriere Giur.*, 2020, 3, 348; R. Pardolesi, R. Simone, *Tra discese ardite e risalite: causalità e consenso in campo medico*, in *Foro it.*, 2018, I, 3582; U. Carnevali, *Omessa informazione da parte del medico, danno da trattamento terapeutico e ipotetica scelta del paziente*, in *Resp. civ. prev.*, 2010, 2181; M. Franzoni, *Dal consenso all'esercizio dell'attività medica all'autodeterminazione del paziente*, in *Resp. civ.*, 2012, 2, 85; A. Di Majo, *La responsabilità da violazione del consenso informato*, in *Corriere Giur.*, 2010, 1204; G. Alpa, *La responsabilità medica*, in *Riv. it. med. leg.*, 1999, 15; U. Perfetti, *La responsabilità civile del medico tra legge c.d. Gelli e nuova disciplina del Consenso informato*, in *Giust. civ.*, 2018, 2, 359 s.; E. Carbone, *Obbligo informativo del medico e qualità professionali del paziente*, nota a Cass. civ. n. 19220/2013, in *Giust. civ.*, 2013, 11-12, 2349 s.; E. Guerinoni, *Attività sanitarie e responsabilità civile*, in *Corriere Giur.*, 2013, 5, All. 1, 3; G. Ferrando, *Diritto alla salute e autodeterminazione tra diritto europeo e Costituzione*, in *Pol. diritto*, 2012, 3, 189; R. Simone, *Prestazioni sanitarie e consenso informato del paziente*, in *Foro it.*, 2010, I, 2120 ss.; R. De Matteis, *Consenso informato e responsabilità del medico*, in *Danno e resp.*, 1996, 219; F. D. Busnelli, *1958-2018: sessant'anni di responsabilità medica. Itinerari di confronto tra diritto e medicina per la tutela della salute*, in *La responsabilità sanitaria tra continuità e cambiamento*, a cura di G. Romagnoli, Napoli, 2018, 3; G. Cattaneo, *La responsabilità del professionista*, Milano, 1958.

³³ G. Ferrando, *Consenso informato del paziente e... del medico, principi problemi e linee di tendenza*, in *Riv. crit. dir. priv.*, 1998, 41; F. D. Busnelli, *Il caso Englaro in Cassazione*, in *Fam. Pers. succ.*, 2008, 966 s.; G. Guerra, *Consenso informato: tutela del diritto alla salute o della libertà di scelta?*, in *Danno e resp.*, 2005, 8, 872 ss.; F. Dassano, *Il consenso informato al trattamento terapeutico tra valori costituzionali, tipicità del fatto di reato e limite scriminante*, Torino, 2006; L. Balestra, *L'autodeterminazione nel fine vita*, in *Riv. trim. dir. proc. civ.*, 2011, 3, 1011.

³⁴ Corte cost. 15 dicembre 2008, n. 438; Corte cost. 23 luglio 2009, n. 253; Cass., Sez. III, 29 settembre 2009, n. 20806; Cass., Sez. III, 28 luglio 2011, n. 16543; Cass., Sez. III, 11 dicembre 2013, n. 27751; Cass. 4 febbraio 2016, n. 2177.

Nondimeno, il risarcimento per la sola violazione del diritto all'autodeterminazione³⁵ è riconosciuto anche quando l'intervento sia stato eseguito correttamente e abbia avuto esito positivo, se si dimostra che la mancata informazione³⁶ ha impedito al paziente di predisporre consapevolmente all'atto medico³⁷ o di organizzare diversamente i propri interessi personali e patrimoniali. Questo tipo di danno va liquidato in via equitativa, tenendo conto della gravità dell'offesa e della consistenza del pregiudizio subito, purché venga superata la soglia minima di tollerabilità stabilita dalla coscienza sociale. La prova del rifiuto non è necessaria in questa specifica ipotesi, poiché il bene leso è la libertà di scelta in sé, ma rimane onere del danneggiato allegare i fatti dimostrativi del pregiudizio subito nella propria sfera personale o patrimoniale.

La centralità di rango costituzionale del diritto all'autodeterminazione, quale bene autonomamente risarcibile pur in assenza di un danno-conseguenza alla salute, trova una peculiare e specifica declinazione applicativa sul versante della profilassi vaccinale. Il passaggio dalla dimensione generale della relazione di cura al contesto delle somministrazioni preventive risponde, peraltro, a una precisa necessità sistematica, volta a verificare la tenuta dei principi del consenso informato laddove l'autonomia individuale entri in frizione con le stringenti esigenze di tutela della salute collettiva e di protezione delle fasce di popolazione più vulnerabili. L'analisi del trattamento vaccinale, declinata attraverso le coordinate del

³⁵ E. Fazio, *Lesione del diritto all'autodeterminazione e danno alla persona*, in *Danno e Resp.*, 2020, 2, 163; I. Sardella, *La nuova responsabilità sanitaria: quali novità in tema di consenso informato*, in *Danno e Resp.*, 2019, 2, 161; C. Cerri, *La violazione del diritto all'autodeterminazione quale danno risarcibile*, in *Danno e Resp.*, 2019, 4, 558; AA. VV., *Consenso informato e DAT: tutte le novità*, in *Il Civilista*, 2018, 5 s.; E. Quadri, *Considerazioni in tema di responsabilità medica e di relativa assicurazione nella prospettiva dell'intervento legislativo*, in *Resp. civ. prev.*, 2017, 27; B. Salvatore, *La recente legge sul consenso informato. Un passo avanti in tema di responsabilità medica per violazione degli obblighi informativi?*, in *Riv. it. med. leg.*, 3, 2018, 993.

³⁶ V., *ex multis* Cass., Sez. III, 21 settembre 2012, n. 16047 con nota redazionale di C. Gabbani, in *Riv. it. med. legale*, 3/2013, 1573 s.; nonché Cass., Sez. III, 9 dicembre 2010, n. 24853, con nota di G. P. Miotto, *La prova del "consenso informato" e il valore di confessione stragiudiziale delle dichiarazioni rese nel "modulo" di adesione al trattamento terapeutico*, in *Resp. civ.*, 2011, 12, 829; F. Cecconi, G. Cipriani, *La responsabilità civile medica dopo la legge Balduzzi*, a cura di A. Pezzano, Torino, 2014, 83.

³⁷ G. De Rosa, *La relazione di cura e fiducia tra medico e paziente*, in *Le Nuove leggi civili commentate*, 2019, 26 s.; C. Botta, *Inviolabilità della persona, consenso informato e trattamenti sanitari*, in *Notariato*, 2019, 609 s.

contesto pandemico, dell'età pediatrica e della condizione geriatrica, non costituisce pertanto un'estensione eterogenea rispetto all'oggetto dell'indagine, bensì l'esito logico della riflessione sino a ora condotta. Tale disamina consente infatti di vagliare la duttilità delle tutele civilistiche e dei meccanismi di condivisione decisionale di fronte a trattamenti sanitari che, per loro natura, oscillano costantemente tra la logica dell'obbligo solidaristico e il rispetto irretrattabile della dignità e dell'autodeterminazione della persona.

5. – Nell'ambito delle vaccinazioni obbligatorie ³⁸, come quelle introdotte durante l'emergenza pandemica ³⁹, il rapporto tra obbligo legislativo e consenso informato ha sollevato questioni giuridiche e costituzionali di notevole rilievo. Infatti, se da un lato il consenso presuppone una scelta libera, l'imposizione di un obbligo sembra svuotare l'istituto della sua ragione d'essere.

Tuttavia, la dottrina ⁴⁰ e la prassi hanno mantenuto la necessità del modulo informativo per attestare l'adempimento del dovere di informazione sulle caratteristiche del vaccino e sui possibili effetti avversi, benché la sottoscrizione non possa in questo caso essere intesa come espressione di una libe-

³⁸ G. Guzzetta, *Vaccinazioni: diritti, doveri, responsabilità - obbligo vaccinale e consenso informato. Profili problematici e aporie logiche*, in *Giur. It.*, 2022, 10, 2254; P.F. Grossi, *I diritti di libertà ad uso di lezioni*, II ed., Torino, 1991, 239; D. Morana, *La salute come diritto costituzionale*, Torino, 2021, 166; R. Pinardi, *Pandemia da Covid-19 e obbligo vaccinale per i lavoratori. Quali limiti costituzionali?*, in Id. (a cura di), *L'obbligo vaccinale dei lavoratori durante l'emergenza sanitaria*, in *Atti del Seminario svoltosi a distanza il 14 maggio del 2021*, in *Quaderni Fondazione Marco Biagi*, 2021, 4 s., nonché per vaste citazioni di dottrina, 9, nt. 23; F. Minni, A. Morrone, *Il diritto alla salute nella giurisprudenza della Corte costituzionale italiana*, in *Rivista dell'AIC*, 3/2013; V. Crisafulli, *In tema di emotrasfusioni obbligatorie*, in *Dir. e Società*, 1982, 557; P. Barile, *Diritti dell'uomo e libertà fondamentali*, Bologna, 1984, 386; C. Espósito, *La libertà di manifestazione del pensiero nell'ordinamento italiano*, Milano, 1958, 5 s.

³⁹ In proposito, sia consentito rinviare a T. Spasari, *La differenza di genere aumenta i fattori di rischio specifici per gli uomini rispetto alle donne e influenza il decorso e gli esiti clinici nel Covid-19*, in *Rivista di Medicina e Scienze Umane* dell'Università degli Studi "Niccolò Cusano", 2021, 1, <https://www.medicinaescienzeumane.com>.

⁴⁰ Al riguardo, per gli opportuni riferimenti sia consentito il rinvio a T. Spasari, *Aspetti medici e giuridici dell'obbligo vaccinale del personale sanitario in Italia ai tempi della pandemia da coronavirus: la ratio ispiratrice del legislatore osservata dalla prospettiva della Medicina Legale e del Lavoro*, in *Rivista di Medicina e Scienze Umane* dell'Università degli Studi "Niccolò Cusano", 2021, 1, <https://www.medicinaescienzeumane.com>.

ra scelta, ma piuttosto come una manifestazione di collaborazione all'adempimento di un dovere pubblico. In questi contesti, la funzione dell'informazione rimane intatta per consentire al soggetto di monitorare il proprio stato di salute e verificare eventuali controindicazioni specifiche.

Viceversa, la disciplina del consenso informato in età pediatrica ⁴¹ presenta sostanziali divergenze rispetto a quella dell'adulto, imponendo una specifica disamina delle sue connotazioni peculiari. Infatti, in ambito pediatrico la decisione è rimessa agli esercenti la responsabilità genitoriale, i quali devono agire avendo come fine primario la tutela della salute psico-fisica e della vita del minore. La legge 219/2017 valorizza, tuttavia, la capacità di discernimento del minore, prevedendo che egli debba ricevere informazioni adeguate alla sua età e maturità e che la sua volontà debba essere tenuta in considerazione, in un'ottica di partecipazione progressiva alle scelte di cura. In caso di dissenso tra i genitori o tra questi e il medico, è previsto l'intervento del giudice tutelare per garantire il miglior interesse del minore. Nel caso delle vaccinazioni pediatriche ⁴², il ruolo del medico diventa fondamentale per costruire un'alleanza terapeutica con i genitori, fornendo evidenze scientifiche che bilancino i benefici diretti per il bambino e quelli indiretti per la comunità.

⁴¹ P. Perlingieri, *Il diritto civile nella legalità costituzionale secondo il sistema italo-comunitario delle fonti*, Napoli, 2006, 945; P. Vercellone, *La potestà dei genitori: funzioni e limiti interni*, in *Tratt. Dir. fam.*, G. Collura, L. Lenti, M. Mantovani (a cura di), *Filiazione*, Milano, 2002, 2, 959 s.; L. Lenti, *Il consenso informato ai trattamenti sanitari per i minorenni*, in *I diritti in medicina*, *Tratt. di BioDiritto*, diretto da S. Rodotà, P. Zatti, 2011, 417 s.; M. Porcelli, *Minori d'età e rapporti giuridici non patrimoniali*, in *Dir. fam. e pers.*, 2, 2018, 581; C. Irti, *Persone minore di età e libertà di autodeterminazione*, in *Giust. civ.*, 3, 2019, 617; T. Bonamini, *Rappresentanza legale del minore e rapporti giuridici non aventi contenuto patrimoniale*, in *Fam. pers. succ.*, 2011, 769 s.; E. Ceccarelli, A. Gamba, *Il consenso informato e i minorenni*, in *Il consenso informato tra giustificazione per il medico e diritto del paziente*, a cura di A. Santosuosso, Milano, 1996, 140; M. Foglia, *Il diritto di partecipazione dell'adolescente alle decisioni che riguardano la sua salute*, in *Rivista di BioDiritto*, 2021, 39 s.

⁴² L. d'Avack, *Vaccinazioni: diritti, doveri, responsabilità - vaccini anti-covid-19: tutela pediatrica*, in *Giur. It.*, 2022, 10, 2254; Woodworth Kr et al., *The Advisory Committee on Immunization Practices Interim Recommendation for Use of Pfizer- BioNTech COVID-19 Vaccine in Children Aged 5-11 Years* - United States, November 2021, *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.*, 2021 Nov 12; 70(45): 1579-1583. In giurisprudenza si vedano, *ex multis*, Trib. Parma, sent. 11 ottobre 2021; Trib. Monza, decr. 22 luglio 2021; Trib. Milano, decr. 2 settembre 2021; Trib. Arezzo, ord. 9 settembre 2021; Trib. Venezia, decr. 1° dicembre 2022 e decr. 2 dicembre 2021; Trib. Milano, 17 ottobre 2018; App. Napoli, 30 agosto 2017; Trib. Roma, 16 febbraio 2017.

Parimenti, la specificità della profilassi vaccinale nella popolazione geriatrica istituzionalizzata o fragile, laddove integrata dal regime di amministrazione di sostegno, richiede un'analisi sinergica tra evidenze clinico-epidemiologiche e tutele civilistiche. In tale contesto, l'atto medico-preventivo deve essere mediato da un costante dialogo interprofessionale tra l'équipe sanitaria, il beneficiario e l'amministratore, per garantire la tempestività della copertura immunitaria. In tale prospettiva, il combinato disposto della legge 219/2017 e dell'istituto dell'amministrazione di sostegno esige che la decisione terapeutica non prescinda mai dal coinvolgimento della persona vulnerabile, qualora capace di esprimere un orientamento, evitando che l'investitura dell'amministratore si traduca in un'automatica e indiscriminata espunzione del diritto di rifiuto o di adesione ai trattamenti preventivi.

In siffatto contesto, la disciplina del consenso informato non si esaurisce in un mero adempimento formale, ma si configura come il pilastro di un nuovo sistema di responsabilità sanitaria ⁴³ basato sul rispetto della persona e sull'autodeterminazione terapeutica. L'evoluzione normativa e la giurisprudenza di legittimità hanno delineato un quadro in cui la protezione della salute non può mai prescindere dal riconoscimento della libertà individuale, imponendo alle strutture sanitarie e ai professionisti della salute uno sforzo organizzativo e comunicativo costante. In definitiva, la sfida futura risiede nella capacità di personalizzare l'informazione, superando il tecnicismo dei moduli standardizzati, per rendere l'alleanza terapeutica una realtà effettiva e non un'astratta costruzione giuridica ⁴⁴.

⁴³ M. Franzoni, *La nuova responsabilità in ambito sanitario*, in *Resp. med.*, 2017, 5 s.; M. Gorgoni, *La responsabilità in ambito sanitario tra passato e futuro*, in *Resp. med.*, 2017, 17 s.; C. Scognamiglio, *Il nuovo volto della responsabilità del medico: verso il definitivo tramonto della responsabilità da contatto sociale?*, in *Resp. medica*, 2017, 35 s.; R. De Matteis, *La legge Gelli-Bianco e il regime binario: presupposti, implicazioni e questioni irrisolte*, in *Resp. medica*, 2019, 175 s.

⁴⁴ G. Alpa (a cura di), *La responsabilità sanitaria. Commento alla l. 8 marzo 2017, n. 24*, Pisa, 2017; C. Castronovo, *Swinging malpractice. Il pendolo della responsabilità medica*, in *Eur. dir. priv.*, 2020, 847 s.; M. Faccioli, S. Troiano (a cura di), *Risarcimento del danno e assicurazione nella nuova disciplina della responsabilità sanitaria (l. 8 marzo 2017, n. 24)*, Napoli, 2019; R. De Matteis, *Le responsabilità in ambito sanitario. Il regime binario: dal modello teorico ai risvolti applicativi*, Padova, 2017; A. di Majo, *La salute responsabile*, Torino, 2018; G. Iudica (a cura di), *La tutela della persona nella nuova responsabilità sanitaria*, Milano, 2019; B. Meoli, S. Sica, P. Stanzione (a cura di), *Commentario alla legge 8 marzo 2017, n. 24*, Napoli, 2018;

6. – Alla luce di quanto sopra prospettato la tematica dell'autodeterminazione terapeutica⁴⁵ rappresenta uno dei pilastri fondamentali su cui si innesta l'istituto dell'amministrazione di sostegno⁴⁶, specialmente in base alle disposizioni della legge 22 dicembre 2017, n. 219. Difatti, la dottrina⁴⁷ ha chiarito che il diritto alla salute e all'integrità psico-fisica è rimesso all'autodeterminazione del titolare, pertanto nessun atto medico può essere esercitato contro la volontà dell'individuo, salvo i casi di trattamenti obbligatori previsti dalla legge.

In tale prospettiva, la designazione anticipata dell'amministratore di sostegno – prevista dall'art. 408 c.c. – assume una valenza che trascende la mera scelta del soggetto nominato, configurandosi come un mezzo per impartire direttive vincolanti sulle decisioni sanitarie future⁴⁸. Perciò, attraverso questa scelta, il beneficiario può esprimere l'esigenza che l'amministratore esterni la sua volontà di rifiutare determinate terapie, proiettando il proprio diritto fondamentale anche in un momento di eventuale futura incapacità. La Suprema Corte ha infatti stabilito che l'amministrazione di sostegno è

G. Romagnoli (a cura di), *La responsabilità sanitaria tra continuità e cambiamento*, Napoli, 2018; U. Ruffolo (a cura di), *La nuova responsabilità medica*, Milano, 2018; F. Volpe (a cura di), *La nuova responsabilità sanitaria dopo la riforma Gelli-Bianco (legge n. 24/2017)*, Bologna, 2018.

⁴⁵ N.F. Frattari, *Amministrazione di sostegno e diritto all'autodeterminazione terapeutica*, in *Casebook, I diritti della persona*, a cura di G. Alpa, *La Nuova Giurisprudenza Civile Commentata*, Speciali digitali, 2020, 94 s.

⁴⁶ G. Giaimo, *Riflessioni Comparatistiche a margine delle scelte in tema di trattamento sanitario*, in *Eur. e dir. priv.*, 4, 2018, 1227 s.

⁴⁷ L. Balestra, *Gli atti personalissimi del beneficiario dell'amministrazione di sostegno*, in *Famiglia*, 2005, 4-5, 659 s.; E. Betti Ferramosche, *La nuova disciplina della capacità di agire. Il problema degli atti personalissimi*, in *Riv. crit. dir. priv.*, 2007, 1, 121 s.; G. Alpa, G. Resta, *Le persone e la famiglia. Vol. 1: Le persone fisiche e i diritti della personalità*, in *Trattato di diritto civile*, diretto da R. Sacco, II ed., Torino, 2019, 16-31; A. Gorgoni, *Amministrazione di sostegno e trattamenti sanitari*, in *Eur. e dir. priv.*, 2012, 2, 547 s.; F. Ruscello, *Amministrazione di sostegno e consenso ai trattamenti terapeutici*, nota a Trib. Modena 28 giugno 2004, in *Fam. e dir.*, 2005, 1, 85 s.; R. Masoni, *Consenso informato, amministrazione di sostegno ed intervento medico-sanitario*, in *Il Dir. fam. e pers.*, 2017, 4, 1308 s.

⁴⁸ M. Piccinni, U. Roma, *Amministrazione di sostegno e disposizioni anticipate di trattamento: protezione della persona e promozione dell'autonomia*, in *Riv. trim. dir. e proc. civ.*, 2014, 727 s.; M. Tescaro, *Amministrazione di sostegno "pro futuro" e direttive anticipate di trattamento sanitario*, in *Riv. dir. civ.*, 2013, 4, 1023 s.; nonché A. Gorgoni, *Amministrazione di sostegno e direttive anticipate di trattamento*, in *Nuova Giur. Civ.*, 2013, I, 424 s.

compatibile con le esigenze dell'autodeterminazione terapeutica, permettendo di ricostruire il consenso informato del paziente anche quando questi non sia più in grado di manifestarlo consapevolmente⁴⁹.

Pertanto, un profilo di particolare complessità riguarda il ricorso all'amministrazione di sostegno nel campo della sperimentazione scientifica e farmacologica, specialmente per patologie degenerative come la malattia di Alzheimer. In questi casi, l'amministratore di sostegno può essere autorizzato a manifestare il consenso a terapie sperimentali, purché queste siano conformi alla reale volontà precedentemente espressa dal beneficiario e siano valutate con estremo rigore in termini di rischi e benefici per la salute.

La disciplina internazionale, nel cui ambito vanno annoverate la Convenzione di Oviedo e la Convenzione di New York sui diritti delle persone con disabilità (CRPD)⁵⁰, impone che ogni intervento nel campo della salute sia subordinato a un consenso – libero e informato – e che la ricerca su soggetti incapaci sia ammessa solo se apporta un beneficio reale e diretto all'interessato, nonché se contribuisce significativamente al progresso scientifico con rischi minimi. Quindi, il ruolo specifico dell'amministratore di sostegno diviene quello di un intermediario etico e giuridico⁵¹, volto a valorizzare la volontà del paziente disabile e a garantirne l'accesso alle cure più efficaci senza discriminazioni.

L'interazione tra l'amministrazione di sostegno e il regime della comunione legale dei beni tra coniugi costituisce un altro terreno di acceso dibattito dottrinale⁵² e giurisprudenziale, in particolare riguardo agli artt. 182 e 183 c.c.

⁴⁹ E. Falletti, *Amministrazione di sostegno e consenso informato a terapia sperimentale del beneficiario sofferente di Alzheimer*, in *Famiglia e Diritto*, 2010, 11, 1021.

⁵⁰ M. Castellaneta, *La protezione degli adulti in situazione di vulnerabilità: il ruolo degli atti internazionali a tutela dei diritti umani*, in *Notariato*, 2023, 6, 653.

⁵¹ P. Cendon, *Amministrazione di sostegno, apriorismi diffusi, estremismi infantili, Semplificazioni varie... Quali fake news, oggi in circolo, quante vacue Illusioni!*, in *Nuova Giur. Civ.*, 2024, 6 - Supplemento, 11; A. Gentili, *La vulnerabilità sociale. Un modello teorico per il trattamento legale*, in *Riv. crit. dir. priv.*, 2019, 1, 41 s.; A. Fusaro, *L'atto patrimoniale della persona vulnerabile*, Napoli, 2019; C. Granelli (a cura di), *I nuovi orientamenti della Cassazione civile*, Milano, 2018, 57 s. In giurisprudenza v. Cass., ord. n. 29981/2020; Cass., 27.9.2017, n. 22602.

⁵² A. Musto, *L'amministrazione di "sostegno" dei beni della comunione legale*, in *Nuova Giur. Civ.*, 2021, 2, 448; E. Calò, *Amministrazione di sostegno*, Milano, 2004, 131; G. Bonilini, A. Chizzini, *L'amministrazione di sostegno*, Padova, 2004, 260; M. Leo, *Forma e pubblicità dei contratti di convivenza*, in *Contratti di convivenza e contratti di affidamento fiduciario quali espressioni di un diritto civile postmoderno*, nei *Quaderni della Fondazione del notariato*, Atti dei

Infatti, in assenza di una norma di raccordo esplicita, si discute se la nomina di un amministratore di sostegno configuri un impedimento tale da non consentire all'altro coniuge di compiere da solo atti di straordinaria amministrazione e se debba comportare l'esclusione di diritto dalla gestione dei beni comuni.

Una parte della giurisprudenza, orientata verso un'interpretazione più rigida, ha limitato la nozione di impedimento ai soli casi temporanei, escludendo le incapacità destinate a protrarsi nel tempo. Tuttavia, un orientamento più elastico e maggiormente attento agli interessi familiari, sostiene che l'impedi-

Convegni Bologna, 26.11.2016 – Roma, 3.3.2017. Per una panoramica sui contratti v. L. Modica, *Vincoli di forma e disciplina del contratto. Dal negozio solenne al nuovo formalismo*, Milano, 2008.; P. Perlingieri, *Metodo, categorie, sistema nel diritto del commercio elettronico*, in *Commercio elettronico e categorie civilistiche*, a cura di P. Stanzone, S. Sica, Milano, 2002, 9 s.; G. Benedetti, *La cultura del civilista al risveglio del sonno dogmatico*, in Id., *Oggettività essenziale dell'interpretazione. Studi su ermeneutica e diritto*, Torino, 2014, 5; M. Paladini, *La comunione legale*, in *Diritto della famiglia*, a cura di S. Patti e M.G. Cubeddu, Milano, 2011, 251 s.; V. De Paola, *Il diritto patrimoniale della famiglia nel sistema del diritto privato*, II, *Il regime patrimoniale della famiglia: nozioni introduttive, convenzioni matrimoniali, comunione legale dei beni, comunione convenzionale*, II ed., Milano, 2002, 647 s.; B. Valignani, *L'amministrazione dei beni in comunione*, in *Il nuovo diritto di famiglia*, diretto da G. Ferrando, II, Bologna, 2008, 487 s.; P. Di Martino, S. Rovera, *La comunione legale tra coniugi: l'amministrazione dei beni*, in *Il diritto di famiglia*, trattato diretto da G. Bonilini e G. Cattaneo, II, *Il regime patrimoniale della famiglia*, Torino, 1997, 186 s.; L. Brusculgia, *La comunione legale: amministrazione e responsabilità*, in *Trattato di diritto privato*, diretto da M. Bessone, IV, 3, *I rapporti patrimoniali fra coniugi*, a cura di T. Auletta, Torino, 2011, 508 s.; A. Auciello, F. Badiali, C. Iodice, S. Mazzeo, *La volontaria giurisdizione e il regime patrimoniale della famiglia. Manuale e applicazioni pratiche dalle lezioni di Guido Capozzi*, Milano, 2000, 52 s.; A. Bulgarelli, *Casi di nomina di co-amministratore di sostegno*, nota a Trib. Modena 24 ottobre 2005, in *Giur. merito*, 2006, 68 s.; Id., *Il "pro-amministratore" di sostegno*, nota a Trib. Modena 24 ottobre 2005, in *Notariato*, 2006, 27 s.; M. Nardelli, *L'amministratore di sostegno tra incerti confini e possibili soluzioni*, in *Giurisprudenza di merito*, 2008, 1, 46 s.; Trib. Modena, 16 ottobre 2006, in *Amministrazione di sostegno. Motivi ispiratori e applicazioni pratiche*, a cura di P. Cendon e R. Rossi, I, Torino, 2009, 661 s.; Trib. La Spezia, decr. 2 ottobre 2010, in *Riv. notar.*, 2011, 1449 s., con nota di G. Maniglio, *La capacità di donare del soggetto beneficiario dell'amministrazione di sostegno*; e in *Nuova Giur. Civ.*, 2011, I, 77 s., con nota di G. Donadio, *La capacità di donare del beneficiario di amministrazione di sostegno*; E.V. Napoli, *L'amministrazione di sostegno*, nel *Trattato Alpa-Patti*, Padova, 2009, 173; A. Bulgarelli, *Amministrazione e conflitto di interessi*, in *Dir. e giust.*, 2005, 46, 58 s.; G. Perlingieri, *Ragionevolezza e bilanciamento nell'interpretazione recente della corte costituzionale*, in *Riv. dir. civ.*, 2018, 716, spec. 747; A. Santosuosso, *Delle persone e della famiglia. Il regime patrimoniale della famiglia*, Torino, 1983, 244; V. De Paola, *Il diritto patrimoniale della famiglia coniugale*, II, *Il regime patrimoniale della famiglia: nozioni introduttive, convenzioni matrimoniali, comunione legale dei beni, comunione convenzionale*,

mento debba essere inteso in senso ampio, includendo le infermità permanenti e permettendo al coniuge non impedito di richiedere autorizzazioni puntuali per singoli atti necessari, evitando così la paralisi della gestione patrimoniale e il ricorso a misure più drastiche e odiose come l'esclusione totale.

7. – Il principio di proporzionalità e ragionevolezza deve guidare il giudice nella scelta del rimedio più adeguato, bilanciando l'esigenza di protezione dell'incapace con la necessità di non sacrificare inutilmente la sua capacità di agire⁵³. L'amministrazione di sostegno può essere modellata in modo da coprire solo gli ambiti in cui il beneficiario manifesti effettive criticità⁵⁴, mantenendo intatta la sua autonomia negli altri settori della vita quotidiana. Tuttavia, il Supremo Collegio ha recentemente messo in guardia contro l'uso distorto o eccessivamente burocratico dell'istituto, ammonendo che la misura non deve trasformarsi in uno strumento esplorativo o punitivo volto a moni-

Milano, 1995, 557 s.; F. Anelli, *L'amministrazione della comunione legale*, in *Trattato di diritto di famiglia*, diretto da P. Zatti, III, *Regime patrimoniale della famiglia*, a cura di F. Anelli e M. Sesta, II ed., Milano, 2012, 415; Id., *L'amministrazione della comunione legale*, in *Il diritto di famiglia*, a cura di P.A. Preite e A. Cagnazzo, II, *Il regime patrimoniale della famiglia*, Torino, 2012, 445; F. Mascolo, G. Marcoz, *L'amministrazione di sostegno e l'impianto complessivo del codice civile*, in *Riv. notar.*, 2005, 6, 1343 s.

⁵³ E. Manzon, *L'amministrazione di sostegno e l'organizzazione giudiziaria ovvero di come far divenire "possibile" il "possibile"*, in A. Rizzo, M. Tescaro, Troiano (a cura di), *L'amministrazione di sostegno: il modello vicentino*, Napoli, 2018, 23 s.; U. Roma, *L'amministrazione di sostegno tra principio di leale cooperazione e sussidiarietà, esigenze di riforma, modelli attuativi e buone prassi*, in *L'amministrazione di sostegno: il modello vicentino*, a cura di G. Guglielmi, Napoli, 2021, 115 s.; M. Tescaro, *L'amministrazione di sostegno: esperienze applicative e sfide future*, *ibidem*, 105 s. Altresi, v. F. Brunetti, A. Rizzo, M. Tescaro (a cura di), *Le sfide future per la giustizia. La giustizia come azienda?*, 2020.

⁵⁴ P. Cendon, *Gli orizzonti dell'amministrazione di sostegno*, in *Riv. dir. min.*, 2006, 11 s.; G. Ferrando, *Le finalità della legge. Il nuovo istituto nel quadro delle misure di protezione delle persone prive in tutto o in parte di autonomia*, in G. Ferrando, S. Lenti, *Soggetti deboli e misure di protezione*, Torino, 2006, 3 s.; U. Roma, *L'amministrazione di sostegno: i presupposti applicativi e i difficili rapporti con l'interdizione*, in *Nuove leggi civ. comm.*, 2004, 993 s.; Id., *La Cassazione alla ricerca del discrimen tra amministrazione di sostegno e interdizione*, in *Nuova Giur. Civ.*, 2007, I, 281 s.; C. Mazzoni, M. Piccinini, *La persona fisica*, nel *Trattato di diritto privato* diretto da G. Iudica e P. Zatti, Milano, 2016, 471 s.; G. Prisco, *Amministrazione di sostegno e atti personalissimi*, Napoli, 2018, 11 s.; M. Tescaro, voce "Amministrazione di sostegno", nel *Digesto*, IV ed., Disc. priv., sez. civ., Torino, Agg. 2007, 5 s.; M. Tescaro, nel *Commentario dir. fam. Zaccaria*, Padova, 2020, sub Introduzione al Titolo XII, Capo I, Libro I c.c., 983 s.

torare o regolamentare gli stili di vita dell'interessato contro la sua volontà ⁵⁵, specialmente quando questi conservi margini di lucidità e autonomia ⁵⁶.

La volontà del beneficiario, anche se oppositiva, deve essere tenuta in debita considerazione, perciò il ricorso a strumenti alternativi – come sistemi di deleghe o reti familiari vicarianti – deve essere preferito qualora risulti sufficiente a garantire la tutela degli interessi in gioco.

Sotto il profilo operativo e organizzativo, l'ufficio del giudice tutelare si trova oggi a fronteggiare carichi di lavoro esponenziali, che rischiano di minare l'efficacia del servizio e la qualità del controllo giurisdizionale. La crescita massiccia delle procedure di amministrazione di sostegno ha reso necessaria una riflessione sulla formazione dei magistrati e sulla strutturazione delle cancellerie, spesso carenti di risorse umane e materiali ⁵⁷. Il ruolo dei magistrati onorari e degli sportelli informativi è divenuto essenziale per gestire il *front-office* con l'utenza, nonché per supportare gli amministratori di sostegno non professionisti nella redazione di istanze e rendiconti. Tuttavia, permangono criticità legate alla mancanza di omogeneità territoriale nelle prassi operative ⁵⁸ e alla frammentazione della conoscenza del fascicolo, che possono tradursi in risposte giudiziarie stereotipate o tardive.

Il rapporto tra l'amministratore di sostegno e i servizi sociali e sanitari è fondamentale per la costruzione di quel progetto di vita che rappresenta il nucleo dell'istituto. I responsabili dei servizi sono spesso i primi sensori della fragilità territoriale e hanno il dovere di segnalare al pubblico ministero o al

⁵⁵ A. Gorgoni, *I nuovi rimedi a tutela delle persone prive di autonomia*, in *Obbl. e contr.*, 2008, 630; M. Tescaro, *L'amministrazione di sostegno tra solidarietà e libertà*, in *I nuovi orientamenti della Cassazione civile*, a cura di Granelli, Milano, 2018, 63 s.; M. Girolami, *La procura degli incapaci*, in *Riv. dir. civ.*, 2019, 1393; E. Calò, *Amministrazione di sostegno*, Milano, 2004, 400; R. Masoni, in *L'amministrazione di sostegno*, a cura di R. Masoni, Santarcangelo di Romagna, 2009, 137 s.; G. Lisella, F. Parente, *Persona fisica*, nel *Trattato di diritto civile* del Consiglio nazionale del notariato, diretto da P. Perlingieri, Napoli, 2012, 272 s.

⁵⁶ G. Bonilini, *Persone in età avanzata, e amministrazione di sostegno*, in *Fam., pers. e succ.*, 2005, 487 s.; A. Chizzini, G. Bonilini, *L'amministrazione di sostegno*, Padova, 2007, 18 s.; G. Bonilini, F. Tommasco, *Dell'amministrazione di sostegno*, nel *Commentario Schlesinger*, Milano, 2018, sub art. 404, 26 s.; Anelli, *Il nuovo sistema delle misure di protezione delle persone prive di autonomia*, negli *Studi in onore di Piero Schlesinger*, V, Milano, 2004, 4175 s.

⁵⁷ G. Carlesso, M.T. Gentile, R.M. Gigantesco, I. Mazzei, S. Santaroni, *Le armi spuntate del giudice tutelare*, in *Nuova Giur. Civ.*, 2021, 3, 702.

⁵⁸ P. Zatti, *L'intendance suivra...?*, in *Nuova Giur. Civ.*, 2021, II, 182.

giudice tutelare le situazioni meritevoli di protezione. Eppure, nella fase gestoria, la collaborazione tra queste figure non è sempre fluida, con il rischio che l'amministratore assuma un ruolo meramente burocratico o che i servizi si sentano sollevati dalla presa in carico una volta aperta la procedura.

L'adozione di protocolli d'intesa e di linee guida ⁵⁹ condivise può favorire il coordinamento e la circolazione delle informazioni, garantendo che le scelte assunte nel decreto di nomina trovino una reale attuazione nella quotidianità del beneficiario ⁶⁰.

Un ulteriore elemento di criticità è rappresentato dalla verifica dei rendiconti e dalla liquidazione dell'equo indennizzo per l'amministratore di sostegno. La legge prevede che l'incarico sia tendenzialmente gratuito e solidaristico, ma l'assenza di reti familiari e la complessità di molte gestioni hanno portato alla nomina di professionisti che richiedono una remunerazione per la propria attività. La discrezionalità dei giudici nella determinazione dell'indennizzo e la sua natura fiscale sono temi ancora dibattuti, con il rischio che l'istituto si trasformi in una professione della protezione, allontanandosi dallo spirito originario di vicinanza e cura personale. Inoltre, l'attuale processo di digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e degli istituti bancari pone ostacoli pratici non trascurabili, come l'impossibilità per l'amministratore di sostegno di utilizzare le identità digitali del beneficiario o di accedere a servizi di *home banking*, complicando inutilmente lo svolgimento dell'ufficio.

Per altro verso, queste procedure complesse sarebbero *in abstracto* progettate per agevolare la gestione del conto corrente esclusivamente da parte del diretto interessato. Quindi, il progressivo rafforzamento dei sistemi di sicurezza persegue la lodevole e condivisibile finalità di proteggere il titolare del conto corrente dalle frodi informatiche e dai raggiri di persone disoneste, pertanto siffatte procedure non devono essere stigmatizzate.

8. – In conclusione, l'amministrazione di sostegno si conferma come uno degli strumenti di *welfare* più innovativi e preziosi del nostro ordinamento, capace di dare voce e protezione a una vasta zona grigia di vulnerabilità. Tuttavia,

⁵⁹ In argomento, sia consentito rinviare a T. Spasari, *Il valore funzionale delle linee guida in materia sanitaria*, in *BioLaw Journal*, 1, 2025, 415 s. <https://doi.org/10.15168/2284-4503-3484>.

⁶⁰ P. Cendon, *Persone fragili, diritti civili*, in *Nuova Giur. Civ.*, 2021, 1, 167.

affinché la promessa della legge 6/2004 non resti incompiuta, è necessario un impegno costante verso l'abrogazione delle residue e anacronistiche figure di incapacitazione totale, come l'interdizione, nonché verso l'adozione di modelli organizzativi che favoriscano la prossimità e l'efficienza. Difatti, la sfida del futuro risiede nella capacità del diritto di farsi realmente carico del progetto di vita della persona fragile, garantendo che ogni limitazione della libertà sia sempre finalizzata – nei limiti delle possibilità consentite dalla medicina – alla rinascita dell'individuo e mai alla sua segregazione burocratica o sociale.

In un sistema ideale, che ovviamente esiste solo nella teoria, l'amministrazione di sostegno dovrebbe funzionare come una lente d'ingrandimento capace di mettere a fuoco solo le reali necessità dell'individuo, lasciando in ombra tutto ciò che egli può ancora compiere con le proprie forze, proprio come un ponte che non sostituisce la strada, ma ne permette il superamento nei tratti più impervi.

Tuttavia, sussistono ancora molti punti di criticità che la dottrina e la giurisprudenza hanno evidenziato, sebbene l'istituto *de quo* sia per ora il migliore rimedio possibile per gli anziani con un declino cognitivo che abbia ormai compromesso le funzioni esecutive. Eppure, il progredire delle terapie mediche e farmacologiche – soprattutto in una futura ottica preventiva – promuovendo un invecchiamento sano e fisiologico resta, a mio avviso, l'unica strada percorribile per prevenire il grave decadimento cognitivo che – come si è più volte ribadito nel corso di questo saggio – non è una conseguenza inevitabile del progredire dell'età anagrafica ma è, per converso, ascrivibile piuttosto alla senescenza patologica.

Abstract

Il contributo analizza criticamente la flessibilità dell'amministrazione di sostegno (l. n. 6/2004) rispetto al declino cognitivo e alle patologie neurodegenerative. Con approccio interdisciplinare, che integra neuroscienze e diritto privatistico, si esamina l'incidenza della compromissione delle funzioni esecutive sulla capacità negoziale del beneficiario. L'attenzione si concentra sulla necessità di una modulazione dinamica e proporzionata del decreto di nomina, valorizzando indicatori neuroscientifici per salvaguardare l'autodeterminazione residua ed evitare derive burocratiche. In tale prospettiva, si approfondisce la relazione di cura alla luce della l. n. 219/2017, con particolare riferimento ai trattamenti profilattici e vaccinali del grande anziano istituzionalizzato. L'atto preventivo emerge come snodo biogiuridico e psichiatrico-forense, in cui i poteri dell'amministratore devono coordinarsi con la volontà, anche solo orientativa, del beneficiario, nel rispetto della Convenzione di Oviedo e della CRPD. Si esaminano infine criticità applicative, tra cui il rapporto con la comunione legale e i limiti connessi alla digitalizzazione della pubblica amministrazione.

The paper critically examines the flexibility of the support administration (Law No. 6/2004) in addressing cognitive decline and neurodegenerative disorders. Adopting an interdisciplinary approach that combines insights from neuroscience and private law, it analyses the impact of progressive impairment of executive functions on the beneficiary's legal capacity. Particular attention is paid to the need for a dynamic and proportionate tailoring of the appointment decree, emphasising neuroscientific indicators to preserve residual self-determination and prevent bureaucratic overreach. Within this framework, the study explores the care relationship in light of Law No. 219/2017, with specific reference to prophylactic and vaccination treatments for institutionalised elderly individuals. Preventive decision-making emerges as a complex bio-legal and forensic-psychiatric nexus, where the administrator's powers must be consistently aligned with the beneficiary's will, even when only indicative, in accordance with the Oviedo Convention and the CRPD. Finally, the paper addresses key practical challenges, including the interaction with the legal community property regime and the operational constraints linked to the digitalisation of public administration.