

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE, GIURIDICHE E STUDI INTERNAZIONALI

Corso di laurea Magistrale in Innovazione e Servizio Sociale



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

L'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

La nomina dell'Amministratore di Sostegno connessa alle decisioni sanitarie e le direttive anticipate di trattamento - L'esperienza degli Assistenti Sociali sul territorio dell'A.ULSS6.

The appointment of the Support Administrator related to health decisions and advance directives of treatment - The experience of the Social Workers on the situation in the territory of the A.ULSS6.

RELATORE: PROF. SCALONE ANTONINO

LAUREANDA: OSTI BRUNA

MATRICOLA N. 1233411

A.A. 2022/2023

INDICE

INTRODUZIONE	Pag. 4
1. L'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO. LEGISLAZIONE ITALIANA	Pag. 6
1.1 Il beneficiario	Pag. 6
1.2 Il procedimento di nomina	Pag. 8
1.3 Il decreto di nomina	Pag. 8
1.4 La scelta dell'AdS	Pag. 10
1.5 La cessazione dell'incarico	Pag. 12
2. L'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO. LEGISLAZIONE EUROPEA	Pag. 14
2.1 La situazione internazionale rispetto alle decisioni sanitarie	Pag. 15
2.2 La situazione italiana rispetto alle decisioni sanitarie	Pag. 16
2.3 La legge 219/2017 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento"	Pag. 18
2.4 I limiti della Legge 219/2017 e le varie interpretazioni	Pag. 20
3. IL RUOLO DEI SERVIZI SOCIO- SANITARI RISPETTO ALLA NOMINA DELL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO	Pag. 26
3.1 Sussidiarietà e Servizi Sociali	Pag. 27
3.2 Empowerment e Servizi Sociali	Pag. 29
3.3 Il servizio Sociale e la Tutela degli adulti: la Legge n. 6/2004	Pag. 31
3.4 Salute, bioetica e Servizio Sociale	Pag. 34
4. L'ESPERIENZA DI TIROCINIO PRESSO IL SERVIZIO A SUPPORTO DELL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO	Pag. 41
4.1 Caratteristiche del territorio	Pag. 42

dell'A.ULSS 6

4.2 Progetto Amministratore di
Sostegno all'interno della Regione
Veneto Pag. 45

4.3 Rete dei servizi presenti, formali
e informali, riferiti all'Area di
intervento del Servizio Pag. 48

5. PROGETTO DI RICERCA E
IPOTESI INIZIALI Pag. 50

5.1 Il questionario Pag. 50

5.2 Analisi dei dati Pag. 52

5.3 Risultati Pag. 74

6. CONCLUSIONI Pag. 80

7. BIBLIOGRAFIA Pag. 84

8. RIASSUNTO Pag. 89

INTRODUZIONE

L'Amministratore di Sostegno, nominato dal Giudice Tutelare, è una persona che assiste, sostiene e rappresenta chi, per effetto di una menomazione fisica o psichica, si trovi nell'impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere in tutto o in parte ai propri interessi. Si tratta di una figura introdotta con la Legge 6/2004 che ha lo scopo di garantire una sorta di "protezione giuridica" a chi versa in una situazione di difficoltà perché privo in tutto o in parte di autonomia, senza tuttavia limitarne in modo eccessivo la capacità di agire.

La figura dell'Amministratore di Sostegno (da qui in avanti nominato anche AdS), si lega alla tutela di persone fragili, che durante il loro percorso di vita necessitano di un supporto per la gestione di decisioni connesse al loro benessere, nonché alle decisioni connesse alle cure sanitarie e alle decisioni del fine vita.

L'art. 3 della L. 6/2004, intervenendo sull'articolo 408 del codice civile, riporta che "L'amministratore di sostegno può essere designato dallo stesso interessato, in previsione della propria eventuale futura incapacità, mediante atto pubblico o scrittura privata autenticata". Quest'ultimo tema, in particolare, è stato oggetto di discussione ed esame negli ultimi anni anche in considerazione dell'evoluzione della legislazione sul tema delle "direttive anticipate di trattamento".

Consultando l'attuale giurisprudenza in merito è possibile individuare la presenza di due correnti di pensiero principali e in contrasto tra loro: da un lato vi sono decreti di Giudici Tutelari favorevoli, e dall'altro contrari alla possibilità che l'AdS si sostituisca al soggetto beneficiario nel dare il proprio consenso in vicende che riguardano la salute. Le motivazioni poste alla base delle due diverse posizioni richiamano la presenza di una residua capacità del beneficiario, che dialoga con il Giudice e con l'AdS (art. 407 c.c.) e che non può essere compressa al punto tale che nei trattamenti sanitari e terapeutici l'AdS possa sostituirsi allo stesso totalmente, nell'esprimere il consenso.

Sono convinta che subordinare il provvedimento giurisdizionale di nomina dell'Amministratore di Sostegno al requisito della condizione di incapacità comporterebbe un irragionevole irrigidimento dell'istituto, sottraendogli quelle doti di agilità e snellezza che gli consentirebbero, da un lato, di adattarsi alle diverse condizioni di incapacità che si propongono nel contesto terapeutico, e, dall'altro, di corrispondere alle esigenze di immediatezza e di tempestività che le decisioni terapeutiche spesso richiedono.

Per questo motivo ho deciso di fare un'analisi della legislazione straniera, e di quella italiana, nonché di alcune ricerche finora effettuate rispetto al tema sopra citato, per tentare di raffrontare e capire come stiano evolvendo le decisioni in questa materia.

Tenendo conto del ruolo assunto dai Servizi Socio-Sanitari con la legislazione in vigore, ed in particolare dagli Assistenti Sociali, partendo dall'esperienza di tirocinio di ricerca effettuata presso il Servizio a Supporto all'Amministratore di Sostegno dell'A.Ulss 6 della Regione Veneto, ho voluto analizzare la situazione sullo stesso territorio, attraverso un questionario online. Tale questionario è stato somministrato ai colleghi Assistenti Sociali che lavorano per l'Azienda ULSS 6, indagando le decisioni in materia di nomina di AdS prese dai Giudici Tutelari dei Tribunali dello stesso territorio, connessa alle decisioni sanitarie, e alla loro predisposizione verso la nomina di un AdS facente parte della rete familiare, oppure verso una figura esterna alla rete.

L'ipotesi iniziale è che i Giudici in genere non siano predisposti a nominare un AdS in previsione di una futura incapacità della persona a prendere decisioni connesse alle disposizioni sanitarie e che, nel caso in cui decidano di nominarlo, che gli stessi non diano indicazioni specifiche rispetto alla possibilità per gli AdS di decidere in merito alle disposizioni sanitarie, lasciando discrezionalità agli stessi, e alla possibilità in molti casi quindi, di lasciare un margine di incertezza e vuoto, di volta in volta interpretabile in forma diversa da questi ultimi.

L'altra ipotesi è che gli Assistenti Sociali siano più predisposti verso la nomina di un AdS come figura esterna rispetto a quella di un familiare, per una questione legata soprattutto al coinvolgimento emotivo da parte del diretto interessato o dei suoi familiari, che non permetterebbe loro di essere obiettivi nel momento in cui si dovessero prendere delle decisioni sanitarie importanti.

Lo scopo di questa ricerca è capire l'evoluzione che sta avendo il ruolo dell'AdS in relazione alle decisioni connesse alle cure sanitarie e alle direttive anticipate di trattamento, sul territorio dell'AULSS6.

1. L'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO. LEGISLAZIONE ITALIANA

Legge 9 gennaio 2004, n. 6 "Introduzione nel libro primo, titolo XII, del codice civile del capo I, relativo all'istituzione dell'amministrazione di sostegno e modifica degli articoli 388, 414, 417, 418, 424, 426, 427 e 429 del codice civile in materia di interdizione e di inabilitazione, nonché relative norme di attuazione, di coordinamento e finali".

Articolata in 20 articoli, questa legge è stata promulgata con la finalità di tutelare, con la minore limitazione possibile della capacità di agire, le persone prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana, mediante interventi di sostegno temporaneo o permanente.

La presente legge aggiunge l'AdS agli istituti di interdizione e inabilitazione. Nello specifico: la conseguenza dell'interdizione è la limitazione totale della capacità di agire giuridicamente con la nomina di un tutore; l'inabilitazione è utilizzata per tutelare gli interessi e il patrimonio personale e familiare con l'assistenza di un curatore.

La figura dell'AdS garantisce invece maggiori gradi di libertà alla persona nell'esprimere le proprie esigenze e volontà. L'art. 3 della legge 6/2004 stabilisce infatti che il beneficiario «conserva la capacità di agire per tutti gli atti che non richiedono la rappresentanza esclusiva o l'assistenza necessaria dell'amministratore di sostegno». L'istituto dell'AdS consente cioè di preservare le capacità giuridiche dell'individuo e di «integrare i limiti posti da situazioni di ridotta autonomia personale dovuta a patologie invalidanti o a decadimento psico-fisico».

1.1 Il beneficiario

Viene definito come beneficiario di tale misura "la persona che, per effetto di una infermità ovvero di una menomazione fisica o psichica, si trova nella impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere ai propri interessi". Essa "può essere assistita da un amministratore di sostegno, nominato dal giudice tutelare del luogo in cui questa ha la residenza o il domicilio".

La valutazione concreta dei soggetti ai quali può essere disposta la misura dell'amministrazione di sostegno, deve essere effettuata di caso in caso. L'art. 404 c.c. cita coloro i quali sono soggetti ad infermità e a menomazione fisica o psichica. Si deve

precisare che per “infermità” si intende l’infermità mentale¹. Per quanto riguarda la “menomazione psichica”, si ritiene che si identifichi “nell’indebolimento delle facoltà intellettive che non sfoci nella malattia mentale”². In ogni caso si richiede che l’infermità mentale o la menomazione psichica abbiano una minima persistenza temporale, oppure rientrino tra le cosiddette “sindromi intermittenti”³. Per quanto riguarda le menomazioni fisiche, si richiede che esse siano attuali e che siano presenti al momento della richiesta di predisposizione della misura di protezione⁴. La previsione, tra i presupposti, della mancanza anche solo parziale di autonomia nel soggetto, rende molto estesa la categoria di individui presidiabili: questo uno dei tratti distintivi più significativi rispetto alle altre misure di protezione⁵. Si noti, studiando la giurisprudenza di merito, quali sono i soggetti ai quali, con maggior frequenza, viene applicata la figura dell’amministratore di sostegno: alle persone prive di evidenti patologie che però non impiegano in modo corretto le loro risorse; a coloro che vivono in condizioni di isolamento sociale e di deterioramento abitativo; alle persone deboli che sono incapaci di far valere i propri diritti, quali l’ottenimento della pensione o l’accettazione di un’eredità; a chi soffre di disturbi della personalità; ai soggetti in condizioni di salute precarie prive di sostegno familiare; agli alcolodipendenti; ai tossicodipendenti; agli anziani, le cui condizioni di salute incidono sulla loro autonomia e quotidianità; alle persone che si trovano in stato vegetativo e in coma; ai soggetti che soffrono di ludopatia o di prodigalità⁶. Situazione particolare quella delle persone anziane, le quali non rientrano secondo una interpretazione letterale, tra le categorie beneficiarie previste dall’art. 404 c.c. In ordine alla loro tutela giuridica e in considerazione dell’allungamento della vita media della popolazione, si deve affermare che “l’età avanzata non configura il presupposto fondante per la designazione dell’amministrazione di sostegno”; è infatti necessario che essa sia accompagnata anche da menomazione psichica o da difficoltà gestionale, e che, assieme originino una significativa diminuzione di quelle che sono le funzioni della vita quotidiana⁷.

¹ A cura di P. LODDO, L’amministratore di sostegno, Milano, 2019, p. 251. Per approfondire la tematica si veda quanto disposto da vari elaborati dottrinali e giurisprudenziali in materia di interdizione.

² Ibidem. Cit. Tagliaferri, p. 53.

³ Ivi, p. 252.

⁴ Ibidem.

⁵ R. ROSSI, Amministrazione di sostegno: questioni e soluzioni, Milano, 2020, p. 7.

⁶ Si veda la sentenza della Corte di Cassazione n. 13584/2006, che individua nell’AdS la misura da adottare per garantire e preservare la dignità della persona, ove si presti come miglior protezione.

1.2 Il procedimento di nomina⁸

Sia l'interdizione che l'inabilitazione e l'amministrazione di sostegno possono essere richieste dal coniuge, dalla persona stabilmente convivente, dai parenti entro il quarto grado, dagli affini entro il secondo grado, dal tutore o curatore nonché dal responsabile del servizio socio sanitario pubblico o privato che ha in cura o in carico la persona, e infine dal Pubblico Ministero.

Il procedimento di nomina relativo all'AdS si svolge secondo il rito ordinario, seguendo le regole del rito camerale, ma con forme più snelle e tempi più ristretti. Esso si definisce di "volontaria giurisdizione", ossia le ragioni che lo originano sono quelle di protezione del soggetto debole, e non quelle di risoluzione di un conflitto. La procedura si articola sostanzialmente in due fasi: una decisoria, che ha inizio con il deposito del ricorso e termina con l'emissione del decreto di nomina dell'amministratore; una gestoria, che consiste nell'attuazione del progetto di sostegno da parte dell'amministratore, sotto la vigilanza del giudice tutelare. In seguito alla domanda di designazione dell'amministrazione di sostegno, il giudice è tenuto a fissare l'udienza per la trattazione e a comunicarne la data al beneficiario e alle persone le cui informazioni siano ritenute utili ai fini del provvedimento stesso.

Nel procedimento dovrà essere sentita necessariamente la persona nel cui interesse è richiesta la nomina: la sua audizione rappresenta l'elemento principale su cui il giudice dovrà fondare il provvedimento, infatti la fase istruttoria non prevede il deposito di memorie, ma l'ascolto del beneficiario e dei parenti. La decisione sull'accoglimento o sul rigetto della domanda dovrà assumere la forma di decreto, reclamabile dinanzi la Corte d'Appello ai sensi dell'art. 720 bis c.p.c.

1.3 Il decreto di nomina

La normativa prevede alcune specificazioni con riguardo al decreto di nomina di Amministratore di particolari soggetti, nello specifico del minore di età non emancipato e delle persone interdette e inabilite.

⁷ Tribunale di Modena, Sez. II, 16 marzo 2018, in *Diritto di Famiglia e delle Persone (II)* 2018, 4, I, 1375, in *De Jure* – banca dati editoriali.

⁸ A cura di P. LODDO, *L'amministratore di sostegno*, Milano, 2019, p. 103 e ss.

Quando il beneficiario di Amministratore di Sostegno è un minore non emancipato, il decreto di nomina può essere emesso solo nell'ultimo anno della sua minore età, diventando, dunque, esecutivo a decorrere dal raggiungimento della maggiore età.

Nelle situazioni in cui l'interessato è un interdetto o un inabilitato, il decreto è esecutivo dalla pubblicazione della sentenza di revoca dell'interdizione o dell'inabilitazione.

Avvalendosi dell'istituto dell'Amministratore di Sostegno – a differenza di quanto previsto dalla normativa in materia di interdizione e inabilitazione - il beneficiario conserva la capacità di agire per tutti gli atti che non richiedono la rappresentanza esclusiva o l'assistenza necessaria dell'amministratore di sostegno. Pertanto, il beneficiario di amministrazione di sostegno può in ogni caso compiere gli atti necessari a soddisfare le esigenze della propria vita quotidiana. Il supporto fornito dall'amministratore di sostegno e lo svolgimento dei diversi compiti implica sempre il tenere in considerazione i bisogni e le aspirazioni del beneficiario.

La normativa prevede inoltre delle modalità specifiche da adottare quando si verificano situazioni di necessità e urgenza. In tali casi, il giudice tutelare può adottare anche d'ufficio i provvedimenti urgenti per la cura della persona interessata e per la conservazione e l'amministrazione del suo patrimonio. Questo implica la possibilità di nominare un amministratore di sostegno provvisorio indicando gli atti specifici che è autorizzato a compiere.

Possono essere parimenti annullati su istanza dell'amministratore di sostegno, del beneficiario, o dei suoi eredi ed aventi causa, gli atti compiuti personalmente dal beneficiario in violazione delle disposizioni di legge o di quelle contenute nel decreto che istituisce l'amministrazione di sostegno. Gli atti compiuti dall'amministratore di sostegno in violazione di disposizioni di legge, o in eccesso rispetto all'oggetto dell'incarico o ai poteri conferitigli dal giudice, possono essere annullati su istanza dell'amministratore di sostegno, del pubblico ministero, del beneficiario o dei suoi eredi ed aventi causa.

Il decreto di nomina dell'amministratore di sostegno deve contenere l'indicazione:

- 1) delle generalità della persona beneficiaria e dell'amministratore di sostegno;
- 2) della durata dell'incarico, che può essere anche a tempo indeterminato;
- 3) dell'oggetto dell'incarico e degli atti che l'amministratore di sostegno ha il potere di compiere in nome e per conto del beneficiario;

4) degli atti che il beneficiario può compiere solo con l'assistenza dell'amministratore di sostegno;

5) dei limiti, anche periodici, delle spese che l'amministratore di sostegno può sostenere con utilizzo delle somme di cui il beneficiario ha o può avere la disponibilità;

6) della periodicità con cui l'amministratore di sostegno deve riferire al giudice circa l'attività svolta e le condizioni di vita personale e sociale del beneficiario.

Se la durata dell'incarico è a tempo determinato, il giudice tutelare può prorogarlo con decreto motivato pronunciato anche d'ufficio prima della scadenza del termine.

Il decreto di apertura dell'amministrazione di sostegno, il decreto di chiusura ed ogni altro provvedimento assunto dal giudice tutelare nel corso dell'amministrazione di sostegno devono essere immediatamente annotati a cura del cancelliere nell'apposito registro. Il decreto di apertura dell'amministrazione di sostegno e il decreto di chiusura devono essere comunicati, entro dieci giorni, all'ufficiale dello stato civile per le annotazioni in margine all'atto di nascita del beneficiario. Se la durata dell'incarico è a tempo determinato, le annotazioni devono essere cancellate alla scadenza del termine indicato nel decreto di apertura o in quello eventuale di proroga.

Se il ricorso concerne persona interdetta o inabilitata il medesimo è presentato congiuntamente all'istanza di revoca dell'interdizione o dell'inabilitazione davanti al giudice competente per quest'ultima.

Il giudice tutelare può, in ogni tempo, modificare o integrare, anche d'ufficio, le decisioni assunte con il decreto di nomina dell'amministratore di sostegno. In ogni caso, nel procedimento di nomina dell'amministratore di sostegno interviene il pubblico ministero.

1.4 La scelta dell'AdS

La scelta dell'amministratore di sostegno avviene con esclusivo riguardo alla cura ed agli interessi della persona del beneficiario. L'amministratore di sostegno può essere designato dallo stesso interessato, in previsione della propria eventuale futura incapacità, mediante atto pubblico o scrittura privata autenticata. Ciò non toglie che eventuali designazioni effettuate possano essere revocate dall'autore con le stesse forme prima dette.

Nei casi in cui la persona non abbia designato nessuno o in presenza di gravi motivi, il giudice tutelare può designare con decreto motivato un amministratore di sostegno diverso. Nella scelta, il giudice tutelare preferisce nominare, ove possibile, il coniuge che non sia separato legalmente, la persona stabilmente convivente, il padre, la madre, il figlio, il fratello o la sorella, il parente entro il quarto grado, ovvero il soggetto designato dal genitore superstite con testamento, atto pubblico o scrittura privata autenticata.

Tenuto conto dell'esclusivo interesse del beneficiario può essere nominato anche uno dei soggetti di cui al titolo II° (enti pubblici, fondazioni, associazioni): tutti i doveri e tutte le facoltà competono al legale rappresentante o alla persona che questi ha facoltà di delegare con atto depositato presso l'ufficio del giudice tutelare. (art. 408 - IV comma). Non possono ricoprire le funzioni di amministratore di sostegno gli operatori dei servizi pubblici o privati che hanno in cura o in carico il beneficiario.

I responsabili dei servizi sanitari e sociali direttamente impegnati nella cura e assistenza della persona, ove a conoscenza di fatti tali da rendere opportuna l'apertura del procedimento di amministrazione di sostegno, sono tenuti a proporre al giudice tutelare il ricorso o a fornirne comunque notizia al pubblico ministero.

Il giudice tutelare deve sentire personalmente la persona cui il procedimento si riferisce recandosi, ove occorra, nel luogo in cui questa si trova e deve tener conto, compatibilmente con gli interessi e le esigenze di protezione della persona, dei bisogni e delle richieste di questa.

Il giudice tutelare provvede, assunte le necessarie informazioni e sentiti il coniuge, la persona stabilmente convivente, i parenti entro il quarto grado, gli affini entro il secondo grado, il tutore o curatore ovvero dal pubblico ministero; in caso di mancata comparizione provvede comunque sul ricorso. Dispone altresì, anche d'ufficio, gli accertamenti di natura medica e tutti gli altri mezzi istruttori utili ai fini della decisione.

L'attenzione ai bisogni e alle aspirazioni del beneficiario implica che talvolta si possano creare situazioni di contrasto tra la valutazione dell'Amministratore e quella del soggetto beneficiario; in tali situazioni l'AdS è tenuto a informare il giudice tutelare in presenza di scelte o di atti dannosi ovvero di negligenza nel perseguire l'interesse o nel soddisfare i bisogni o le richieste del beneficiario. Il giudice tutelare adotterà gli opportuni provvedimenti con un decreto motivato.

Sono in ogni caso valide le disposizioni testamentarie e le convenzioni in favore dell'amministratore di sostegno che sia parente entro il quarto grado del beneficiario, ovvero che sia coniuge o persona che sia stata chiamata alla funzione in quanto con lui stabilmente convivente.

Il giudice tutelare, nel provvedimento con il quale nomina l'amministratore di sostegno, o successivamente, può disporre che determinati effetti, limitazioni o decadenze, previsti da disposizioni di legge per l'interdetto o l'inabilitato, si estendano al beneficiario dell'amministrazione di sostegno, avuto riguardo all'interesse del medesimo ed a quello tutelato dalle predette disposizioni. Il provvedimento è assunto con decreto motivato a seguito di ricorso che può essere presentato anche dal beneficiario direttamente.

La realtà insegna che la nomina di un soggetto esterno non sempre configuri la soluzione migliore: l'amministratore esterno non conosce la persona e le sue volontà, i suoi desideri e le sue aspirazioni. Infatti, ciò che spesso accade, è che il professionista tende ad assumere delle scelte che mirano unicamente a facilitare la gestione dell'amministrato⁹. In questi anni si è assistito al consolidamento del ricorso a professionisti, ed è per questa ragione che l'avvocato Rita Rossi sostiene che non sempre sia condivisibile la scelta del giudice tutelare, di optare per un amministratore di sostegno esterno, che spesso viene anche motivata con la semplice dicitura "per l'interesse del beneficiario"¹⁰.

1.5 Cessazione dell'incarico

La morte del beneficiario, la decorrenza del termine in mancanza di proroga (nel caso di amministrazione a tempo determinato), o la scomparsa del beneficiario, determinano la cessazione della materia del contendere e l'estinzione del procedimento.

L'istituto dell'Amministrazione di sostegno prevede anche che questa tutela possa anche cessare nel caso in cui il beneficiario, l'amministratore di sostegno, il pubblico ministero o uno dei soggetti tra quelli titolati a presentare ricorso, ritengono che si siano determinati i presupposti per la cessazione dell'amministrazione di sostegno, o per la sostituzione dell'amministratore. Per cessare l'amministrazione di sostegno i soggetti titolati possono rivolgere istanza motivata al giudice tutelare. L'istanza è comunicata al beneficiario e all'amministratore di sostegno. Il giudice è chiamato ad acquisire le informazioni

⁹ Ibidem.

¹⁰ Ivi, p. 21. 105 A cura di P. LODDO, L'amministratore di sostegno, Milano, 2019, p. 301

necessarie a valutare la presenza effettiva di condizioni opportune alla cessazione e una volta disposti gli opportuni mezzi istruttori provvede con decreto motivato alla cessazione.

L'amministratore di sostegno non è tenuto a continuare nello svolgimento dei suoi compiti oltre dieci anni, ad eccezione dei casi in cui tale incarico è rivestito dal coniuge, dalla persona stabilmente convivente, dagli ascendenti o dai discendenti.

La dichiarazione di cessazione può essere disposta anche d'ufficio dal giudice tutelare quando l'amministrazione di sostegno si sia rivelata inadeguata a realizzare la piena tutela del beneficiario. In tale ipotesi, se ritiene che si debba promuovere giudizio di interdizione o di inabilitazione, ne informa il pubblico ministero, affinché vi provveda. In questo caso l'amministrazione di sostegno cessa quando si ha la nomina del tutore o del curatore provvisorio ai sensi dell'articolo 419, ovvero con la dichiarazione di interdizione o di inabilitazione.

2. L'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO. LEGISLAZIONE EUROPEA.

La comparazione degli istituti giuridici in Europa relativamente all'Amministrazione di Sostegno porta ad evidenziare come in questi ultimi decenni si sia assistito ad un mutamento di direzione nella gestione degli istituti sulla persona, che ha condotto il trattamento delle connesse questioni da una logica di *protezione della società* nei confronti di soggetti devianti o in altro e variegato modo, deboli, incapaci a gestirsi, ad una logica di *protezione della persona* stessa, volta a garantire la protezione, il benessere morale e materiale compatibilmente con le sue aspirazioni e nella minor compressione possibile della capacità di agire e di gestire la vita quotidiana.

Ferma questa finalità, all'interno dei vari paesi sussistono differenze sulle modalità di disciplina dell'istituto. L'evidenza maggiore riguarda Austria e Germania, che hanno scelto di dotarsi di un unico istituto per la protezione degli incapaci, l'amministrazione di sostegno, retta da un *Betreuer*, assistente fiduciario, dotato di margini assolutamente flessibili di azione. Si tratta di uno strumento sostitutivo che è andato ad abolire gli istituti del tutore o del curatore di soggetti interdetti od inabilitati. Altri paesi, come la Francia, la Spagna e per l'appunto l'Italia, hanno invece optato per la scelta di mantenere le figure del tutore e curatore, sebbene più antiche e con ruoli e funzioni più coercitive. Questa scelta ha portato poi di fatto nella pratica giudiziaria una tendenza a vedere tutela e curatela con maggiore sfavore limitandone l'applicazione ai soli casi più gravi.

Altro significativo elemento di distinzione riguarda l'applicazione della misura di sostegno laddove vi sia di fatto una gestione del beneficiario ad opera di familiari od altri soggetti, tenuti o meno a curarne i suoi interessi. Anche in riferimento a questo elemento, in Austria e Germania vi è la tendenza ad escludere la possibilità di intervento ad opera del giudice per il semplice fatto che un soggetto debole sia assistito da altre persone, in modo oggettivamente soddisfacente; diversamente in Francia, e anche nel nostro Paese, viene lasciata discrezionalità su questo punto, ben potendo la nomina di un Amministratore essere esclusa per la sola presenza di soggetto già ritenuto idoneo, nel caso di specie, ad amministrare beni altrui o quant'altro, o viceversa essere ammessa ad esempio con sostituzione del gerente anche al mero fine di venire incontro alle aspirazioni del beneficiario espresse in tal senso. In questa breve panoramica, si segnala l'orientamento di Inghilterra ed in parte anche della Francia, nel fornire all'interprete indicazioni precise di

legge circa l'applicazione dell'amministrazione di sostegno, mentre nei restanti paesi la tendenza è nel senso di lasciare ampia modalità di discrezione in capo al Giudice¹¹.

2.1 La situazione internazionale rispetto alle decisioni sanitarie

Oggi, gran parte degli ordinamenti accolgono al loro interno una disciplina specifica in materia di decisioni in ambito sanitario. Negli Stati Uniti, già nel 1993, la “*National Conference of Commissioners on Uniform State Laws*” ha predisposto una legge modello per uniformare le legislazioni dei singoli stati, che prevede la possibilità di porre in essere una procura in ambito sanitario, semplicemente indicando, in un documento scritto, l'intenzione di designare taluno come proprio rappresentante¹².

In Inghilterra, nel 2005, il “*Mental Capacity Act*” (*Atto di Capacità Mentale*) ha introdotto il “*lasting power of attorney*” (*procura duratura*), con il quale una persona maggiorenne, attraverso un atto di procura, che deve essere registrato presso l'ufficio del “*Public Guardian*”, può conferire a uno o più rappresentanti, così detti “*donees*”, il potere di assumere in sua vece le decisioni anche in ambito sanitario¹³.

Per quanto riguarda la Francia, il “*Code de la santé publique*” (*Codice della salute pubblica*) prevede la figura della “*personne de confiance*” (*persona di fiducia*) che deve essere consultata quando il soggetto non sia più in grado di esprimere la sua volontà e deve ricevere le informazioni necessarie a tale fine. Sempre nel contesto francese, nel 2007, è stato introdotto il “*Mandat de Protection Future*” (*Mandato di Protezione Futura*), con il quale è possibile nominare una o più persone fisiche o una persona giuridica, tra quelle iscritte in un apposito elenco, anche per svolgere i compiti che il “*Code de la santé publique*” affida alla “*personne de confiance*”.

Particolare risalto alla figura del fiduciario è presente anche nella legge tedesca introdotta nel 2009 che prevede che ci sia un rappresentante con il compito di manifestare ed attuare la volontà dell'assistito, quando questa sia espressa in una disposizione anticipata della persona.

¹¹ [IL NOTIZIARIO. AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO](#) Sezione Ondif (Osservatorio nazionale sul diritto di famiglia) di GENOVA, 2009.

¹² Calò, Emanuele, 2008, *Il testamento biologico tra diritto e anomia*, Milano: Ipsoa.

¹³ Dimond, Bridgit, 2008. *Legal Aspects of Mental Capacity*. Oxford: Blackwell.

2.2 La situazione italiana rispetto alle decisioni sanitarie

Attualmente non si può più dubitare dell'applicazione, all'amministratore di sostegno, dei compiti di assistenza e rappresentanza del beneficiario in ambito sanitario. Nel 2007, la giurisprudenza di merito iniziò ad affermare che il giudice tutelare potesse autorizzare l'Amministratore a prestare il consenso o il dissenso sanitario, in sostituzione o congiuntamente all'interessato, qualora quest'ultimo non fosse in grado di esprimerlo in modo autonomo¹⁴.

L'attualità della richiesta rappresenta un ulteriore requisito per l'avanzamento della domanda di tutela. L'art. 408 c.c. ammette la "designazione preventiva" dell'amministratore di sostegno da parte dell'interessato, in previsione di un'eventuale futura incapacità, mediante atto pubblico o scrittura privata autenticata. Questa possibilità rappresenta l'estrinsecazione del principio di autodeterminazione della persona, in cui si realizza il fondamentale valore della dignità umana. Ciò non significa che si avvia anche la possibilità di procedere all'apertura della misura di protezione: tale affermazione è da escludersi soprattutto in seguito ad una pronuncia molto importante della Cassazione secondo cui "non è possibile richiedere l'apertura del procedimento ora per allora"¹⁵.

Precedentemente erano diverse le posizioni in dottrina: c'era chi sosteneva che l'art. 404 c.c. non richiedesse che lo stato di incapacità sussistesse al momento della nomina; chi invece rifiutava l'idea di disporre l'amministratore quando la persona fosse ancora capace di intendere e volere, in ragione delle disposizioni degli artt. 404 e 407 c.c.¹⁶; e chi prevedeva la possibilità di far luogo ad una nomina anticipata, purché l'esigenza di tutela fosse stata "imminente e certa". La Corte di legittimità, con la sentenza sopracitata, pone fine ai vari contrasti giurisprudenziali sorti, affermando che "l'intervento giudiziario [...] non può che essere contestuale al manifestarsi dell'esigenza di protezione del soggetto" e quindi della situazione di necessità o di infermità dello stesso.

¹⁴ Ivi, si vedano i primi provvedimenti in merito: Trib. Modena, decr. g.t., 20 marzo 2008; Trib. Milano, decr. g.t., 5 aprile 2007; Trib. Milano, decr. g.t., 21 giugno 2006; Trib. Modena, decr. g.t., 28 giugno 2004 relative all'ipotesi di prestazione del consenso sanitario informato; Trib. Modena, decr. g.t., 15 settembre 2008.

¹⁵ Ivi, rif. sentenza della Corte di Cassazione, n. 23707 del 2012. Nel caso concreto, un soggetto pienamente capace d'intendere e volere, dopo aver sottoscritto l'atto di designazione dell'amministratore di sostegno, chiedeva al GT la sua nomina immediata, così da rendere tempestivo il suo intervento in caso di urgenza in ambito medico sanitario.

¹⁶ Art. 404 c.c. "[...] può essere assistita la persona che si trova nella impossibilità di provvedere ai propri interessi [...]"; art. 407 c.c. "[...] il GT prima di predisporre la misura deve sentire personalmente la persona cui il procedimento si riferisce [...] e deve tener conto dei suoi bisogni, necessità [...]."

In ordine alla designazione anticipata dell'amministratore di sostegno, una recente sentenza della Cassazione¹⁷ afferma che non è richiesto che la persona versi in un generale stato di incapacità di intendere e volere, ma che sia sufficiente che la stessa sia priva, in tutto o in parte, di autonomia, a causa di una qualsiasi infermità o menomazione fisica, anche se parziale o temporanea, che la ponga nell'impossibilità di provvedere ai propri interessi. In passato dottrina e giurisprudenza non consentivano al soggetto di dettare direttive, in merito ai trattamenti sanitari, nelle richieste di designazione preventiva ex art. 408 c.c.: la questione può dirsi superata con l'entrata in vigore della legge n. 219/2017¹⁸. È la stessa sentenza n. 12998/2019 a prevedere che la designazione anticipata ha un ulteriore scopo, ossia quello di consentire al designante, che sia ancora capace di intendere e volere, di impartire direttive vincolanti in merito alle decisioni sanitarie o terapeutiche, da far assumere in un futuro all'amministratore di sostegno. Esse, continua, potranno contenere anche il rifiuto a determinate cure, poiché il diritto fondamentale della persona all'autodeterminazione include anche il diritto di rifiutare le terapie o di interromperle in qualsiasi momento, “[...] non potendo tale rifiuto, ove informato, autentico e attuale, incontrare un limite di ordine pubblico in un inesistente dovere di curarsi [...]”¹⁹.

Nella pratica non è sempre agevole individuare se il beneficiario della tutela sia dotato o meno della capacità di autodeterminarsi consapevolmente: potrebbe accadere infatti, che una persona sia in grado di occuparsi pienamente dei propri interessi patrimoniali, ma non lo sia con riguardo alle problematiche sanitarie. In tali casi, il giudice dovrà procedere alla verifica di detti presupposti, tramite l'ascolto dei familiari, del beneficiario stesso, nonché mediante richiesta di consulenza tecnica. Qualora dall'istruttoria emerga che l'interessato manchi di obiettività nelle scelte mediche, il potere di rappresentanza verrà attribuito all'amministratore di sostegno. In questi casi, gli verrà affidato il compito di decidere in merito ai trattamenti terapeutici, sulla base della volontà del beneficiario precedentemente manifestata, oppure secondo quanto costituisce la sua personalità, il suo stile di vita, le

¹⁷ Sentenza della Cassazione n. 12998/2019. Nel caso di specie, la Suprema Corte ha cassato la decisione di merito con la quale è stata rigettata la richiesta di nomina dell'amministratore di sostegno che l'interessato, appartenente alla confessione religiosa dei Testimoni di Geova, aveva preventivamente designato, anche al fine di far valere la sua irrevocabile volontà di non essere sottoposto, tranne che in caso di morte certa ed imminente, a trasfusioni di sangue.

¹⁸ La legge 219 del 2017, anche detta legge sul biotestamento, ha per la prima volta disciplinato in maniera organica il consenso informato circa gli accertamenti diagnostici ed i trattamenti sanitari cui sono sottoposti i pazienti, ed ha introdotto il nuovo istituto delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) e quello della pianificazione condivisa delle cure.

¹⁹ Sentenza della Cassazione n. 12998/2019, Diritto di Famiglia e delle Persone (II) 2019, 3, I, 1105, in De Jure – banca dati editoriali. Per un approfondimento, si veda Cap. III, par. 3.6.

sue inclinazioni e le sue convinzioni etiche, religiose e culturali²⁰. Punto fondamentale in tema è stato il caso Englaro²¹, dal quale si trae il principio di diritto secondo il quale il giudice può autorizzare il tutore di un soggetto in stato vegetativo, ad interrompere i trattamenti sanitari, l'idratazione e l'alimentazione artificiale che la tengono in vita, purché la condizione di stato vegetativo sia accertata ed irreversibile, e la richiesta sia espressione della volontà del paziente, tratta dalle sue dichiarazioni, dalla sua personalità e dai suoi convincimenti. I giudici di legittimità pongono l'attenzione sull'"esclusivo interesse dell'incapace" e sulla ricerca del suo "best interest", affinché "il tutore decida non al posto dell'incapace, né per l'incapace, ma con l'incapace"²².

Appena un anno dopo è la Corte Costituzionale²³ a pronunciarsi sul consenso informato, enunciando che esso è "un vero e proprio diritto della persona che trova fondamento nei principi espressi nell'art. 2 Cost., che ne tutela e promuove i diritti fondamentali, e negli artt. 13 e 32 Cost., i quali stabiliscono, rispettivamente, che la libertà personale è inviolabile, e che nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge".

In seguito ad un lungo e travagliato percorso giurisprudenziale, si è giunti nel 2017 alla legge n. 219²⁴, che ha posto fine al dibattito sul diritto di autodeterminazione in campo sanitario, e ha trattato la gestione del consenso informato da parte dell'amministratore di sostegno e le DAT (disposizioni anticipate di trattamento).

2.3 La Legge n. 219/2017 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento"

La legge 219/2017, nel rispetto dei principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e degli articoli 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, tutela il diritto

20 R. ROSSI, Amministrazione di sostegno: questioni e soluzioni, Milano, 2020, p. 69.

21 Sentenza della Cassazione, n. 21748/2007.

22 Per un ulteriore approfondimento: D. SIMEOLI, Il rifiuto di cure: la volontà presunta o ipotetica del soggetto incapace, in Giustizia Civile, fasc.7-8, 2008, pag. 1727B

23 Sentenza della Corte costituzionale, n. 438/2008, Foro it. 2009, 5, I, 1328, in De Jure – banca dati editoriali. L'art. 3 l. 21/2007 della Regione Piemonte "Norme in materia di uso di sostanze psicotrope su bambini e adolescenti", delineava i confini del consenso per la somministrazione di specifici farmaci ai minori, specificando sia requisiti oggettivi che quelli soggettivi. La Corte ne dichiara l'illegittimità costituzionale, in violazione dell'art. 117, comma III della Costituzione.

24 Legge n. 219 del 22 dicembre 2017, "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento". Il provvedimento affronta la tematica del "consenso informato", disciplinandone le modalità di espressione e di revoca, nonché le condizioni e le disposizioni anticipate di trattamento, per consentire all'individuo di dichiarare il proprio orientamento sul c.d. "fine vita" nei casi in cui si ritrovi incapace di intendere e di volere.

alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona e stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge. Inoltre è promossa e valorizzata la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico che si basa sul consenso informato nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico. Contribuiscono alla relazione di cura, in base alle rispettive competenze, gli esercenti una professione sanitaria che compongono l'equipe sanitaria. In tale relazione sono coinvolti, se il paziente lo desidera, anche i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di fiducia del paziente medesimo. Ogni persona infatti ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi. Può rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni ovvero indicare i familiari o una persona di sua fiducia incaricati di riceverle e di esprimere il consenso in sua vece se il paziente lo vuole. Il rifiuto o la rinuncia alle informazioni e l'eventuale indicazione di un incaricato sono registrati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico. Nelle situazioni di emergenza o di urgenza il medico e i componenti dell'equipe sanitaria assicurano le cure necessarie, nel rispetto della volontà del paziente ove le sue condizioni cliniche e le circostanze consentano di recepirle. La persona minore di età o incapace ha diritto alla valorizzazione delle proprie capacità di comprensione e di decisione, nel rispetto dei diritti di cui all'articolo 1, comma 1, deve ricevere informazioni sulle scelte relative alla propria salute in modo consono alle sue capacità per essere messa nelle condizioni di esprimere la sua volontà.

Il consenso informato della persona interdetta ai sensi dell'articolo 414 del codice civile è 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. Il consenso informato della persona inabilitata è espresso dalla medesima persona inabilitata.

Nel caso in cui sia stato nominato un amministratore di sostegno la cui nomina preveda 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. Nel caso in cui il rappresentante legale della persona interdetta o inabilitata oppure l'amministratore di sostegno, in assenza delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) di cui all'articolo 4, o il rappresentante legale della persona minore rifiuti le cure proposte e il medico ritenga invece 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 e seguenti del codice civile o del medico o del rappresentante legale della struttura sanitaria.

2.4 I limiti della L. 219/2017 e le varie interpretazioni

Un fronte su cui si sono concentrati gli sforzi compiuti dal diritto, per affrontare queste situazioni, riguarda la possibilità per la persona ancora nel pieno delle sue facoltà, di stendere le proprie volontà e decisioni sanitarie, in vista di una eventuale condizione futura di diminuita capacità²⁵. Tuttavia, le direttive anticipate di trattamento incontrano il grande limite di non rappresentare una manifestazione della volontà attuale. A questo limite si aggiunge la difficoltà e spesso l'impossibilità di stabilire con esattezza il tipo di trattamento che la persona intendeva richiedere o rifiutare: ciò dipende da un lato dalle difficoltà che possono sorgere nell'interpretazione del linguaggio usato, dall'altro dall'impossibilità di poter prevedere ogni propria possibile futura condizione e di conseguenza gli eventuali trattamenti alternativi che questa può richiedere²⁶. Questo è necessariamente connesso alle continue evoluzioni e possibilità nuove date dall'avanzare della scienza medica: c'è sempre la possibilità di sviluppi imprevisti, in senso migliorativo o peggiorativo. Può accadere che venga scoperto un nuovo farmaco, oppure una terapia che in precedenza veniva ritenuta efficace, potrebbe in un momento successivo, rivelarsi eccessivamente pericolosa o non indicata. In certi casi diviene quindi legittimo il dubbio che la persona non abbia avuto realmente la possibilità di prefigurarsi la questione che nel momento concreto e successivo si pone e che quello che, in precedenza, aveva ritenuto essere il suo migliore interesse, ora da lei non essere più ritenuto tale²⁷.

²⁵ Ulrich, Lawrence P., 1999. *The Patient Self-determination Act: Meeting the Challenges in Patient Care*. Washington D.C.: Georgetown University Press.

²⁶ Pizzetti, Federico Gustavo, 2008. *Alle frontiere della vita: il testamento biologico tra valori costituzionali e promozione della persona*. Milano: Giuffrè.

Nonostante i limiti sopra presentati, rimane centrale che le direttive anticipate di trattamento sono uno strumento utile a ricostruire e interpretare le intenzioni della persona; queste andrebbero considerate sostanzialmente come indizi di volontà²⁸. Infatti, le indicazioni più generiche richiedono di essere interpretate e utilizzate, mentre quelle più specifiche e dettagliate non hanno la capacità di adattarsi all'evoluzione delle situazioni. In linea generale emerge come le direttive non siano di per sé uno strumento sufficiente a costruire un'autonoma indicazione o una vera decisione anticipata, per cui, quando la persona non sia in grado di esprimere un valido consenso, è sempre necessario in realtà, l'intervento di un soggetto che si faccia interprete della sua volontà.

Affinché la volontà della persona sia rispettata il più possibile è auspicabile che, accanto alle proprie direttive di trattamento, la stessa possa indicare anche la persona che dovrà garantire il loro rispetto, dandole la facoltà di predisporre le decisioni sanitarie in caso di sua incapacità. E' importante per questo motivo che ad assumere questo ruolo sia una persona che conosca profondamente il soggetto, e che possa comprendere, in sintonia con le sue aspirazioni e i suoi ideali, i motivi delle sue decisioni.

La legge n. 219/2017, all'art. 3, comma IV, prevede che nel caso in cui un soggetto sia sottoposto a rappresentanza esclusiva in ambito sanitario, il consenso informato dovrà essere prestato solo dall'amministratore nel rispetto della volontà del beneficiario; qualora il decreto disponga poteri di assistenza, il consenso sarà prestato dal beneficiario unitamente all'amministratore; infine qualora il decreto non stabilisca alcuna limitazione, il beneficiario sarà pienamente capace di manifestare il proprio consenso o dissenso ai trattamenti sanitari²⁹. All'art. 3, comma V, viene regolamentata la situazione di possibile contrasto tra medico e amministratore di sostegno qualora, in assenza di DAT, si trovino in disaccordo in merito al consenso e/o al rifiuto di determinate terapie: spetterà al giudice tutelare decidere come procedere, sotto sollecitazione dell'amministratore stesso, del medico, del rappresentante legale della struttura ospedaliera oppure di uno dei soggetti legittimati dall'art. 406 c.c.³⁰. Potrebbe sorgere anche il caso in cui è il beneficiario ad

²⁷ Patel, Kant, & Mark E. Rushefsky, 2002. Health-care Policy in an Age of New Technologies. Armonk, N. Y.: M.E. Sharpe.

²⁸ Selmann, Kurt, 2007. Dalla bioetica al biodiritto, Napoli: Bibliopolis.

²⁹ A cura di P. LODDO, L'amministratore di sostegno, Milano, 2019, p. 410.

³⁰ Redazione Giuffrè 2019, in De Jure – banca dati editoriali.

opporsi ad una cura sanitaria in disaccordo al medico e all'amministratore di sostegno: la giurisprudenza di merito ritiene che l'art. 3 comma V, possa essere esteso in via pretoria, "sulla scorta di una interpretazione costituzionalmente conforme della legge", oltre che in applicazione estensiva dell'art. 410 c.c.³¹, ai casi in cui sia il paziente a contestare la scelta terapeutica³².

Altra questione di dirimente importanza è quella relativa al suicidio assistito. Al di là della consacrazione del principio per cui, ogni persona capace di intendere e volere gode del diritto di rifiutare, in tutto o in parte, un trattamento sanitario, e di revocare il consenso precedentemente prestato, occorre riflettere se lo si possa attribuire anche in capo all'amministratore di sostegno. In seguito a diversi pareri giurisprudenziali, un giudice del Tribunale di Pavia sollevava la questione di legittimità dell'art. 3, comma IV e V per violazione degli artt. 2, 3, 13 e 32 della Costituzione, nella parte in cui stabilisce che l'amministratore di sostegno, la cui nomina prevede l'assistenza necessaria o la rappresentanza esclusiva, in assenza di DAT, possa rifiutare, "senza" l'autorizzazione del giudice tutelare, le cure necessarie al mantenimento in vita dell'amministrato. Nel caso di specie il giudice era chiamato a decidere sull'attribuzione di poteri di rappresentanza esclusiva all'amministratore di sostegno, in favore di un soggetto in stato vegetativo. La Corte costituzionale con pronuncia n. 144/2019 respinge la questione di legittimità costituzionale, affermando che "il conferimento della rappresentanza esclusiva in ambito sanitario non reca con sé, anche e necessariamente, il potere di rifiutare i trattamenti sanitari necessari al mantenimento in vita dell'amministrato"³³. Pertanto, si può affermare che non vi sia alcuna "attribuzione ex lege" della possibilità dell'amministratore di sostegno con poteri di rappresentanza esclusiva in ambito sanitario, di rifiutare i cd. "trattamenti sanitari di mantenimento in vita" del beneficiario; ma è compito del giudice tutelare, qualora le condizioni di salute del beneficiario lo richiedano, conferire all'amministratore, la facoltà di rifiutare tali trattamenti sanitari³⁴.

³¹ Art. 410 c.c. Doveri dell'amministratore di sostegno: "[...] L'amministratore di sostegno deve tempestivamente informare il beneficiario circa gli atti da compiere nonché il giudice tutelare in caso di dissenso con il beneficiario stesso. In caso di contrasto con [...] le richieste del beneficiario, questi, il pubblico ministero o gli altri soggetti all'art. 406 possono ricorrere al giudice tutelare [...]"

³² Tribunale di Vercelli, 31 maggio 2018, *Ilfamiliarista.it* 28 SETTEMBRE 2018, in *De Jure* – banca dati editoriali

³³ Corte Costituzionale, 13/06/2019, n.144, *Guida al diritto* 2019, 28, 38, in *De Jure* – banca dati editoriali.

³⁴ Corte Costituzionale, 13/06/2019, n.144, *Giurisprudenza Costituzionale* 2019, 3, 1629; *Diritto di Famiglia e delle Persone (II)* 2019, 4, I, 1527; in *De Jure* – banca dati editoriali.

Di diverso avviso è il Tribunale di Roma che ha recentemente disposto che qualora all'amministratore di sostegno sia stata attribuita la rappresentanza esclusiva in ambito sanitario, potrà ritenersi legittimato ad esprimere il consenso informato in favore del beneficiario, ai sensi dell'art. 3 della l. 219/2017. Il giudice nella pronuncia ritiene di non poter "assumere alcuna determinazione in ordine all'eventuale autorizzazione dell'amministratore a disporre la sospensione della terapia che assume rifiutata, ritenuto, al contrario, che l'amministratore di sostegno, accertata la volontà del beneficiario in merito al trattamento in questione, sia pienamente abilitato a rifiutare le cure proposte"³⁵. A titolo applicativo, si riporta un caso del Tribunale di Gorizia inerente al peggioramento di salute di un ragazzo affetto da sclerosi multipla progressiva, affiancato dalla madre nominata di recente sua amministratrice di sostegno. Le condizioni dell'amministrato si erano aggravate nel tempo, cosicché il reparto ospedaliero in cui era ricoverato, chiedeva il consenso all'intubazione tracheale. La madre del ragazzo, in qualità di AdS, richiedeva l'autorizzazione a prestare, in nome e per conto del beneficiario, il dissenso all'intervento di intubazione, salvo le terapie palliative e del dolore. Il giudice tutelare, prima di emettere la decisione, richiamava alcuni concetti fondamentali della sentenza della Corte Costituzionale n. 144/2019³⁶ quali punti fermi di "qualsiasi provvedimento in materia"; e disponeva un'istruttoria per l'accertamento della "volontà univoca del paziente", mediante l'analisi di vari elementi quali la sua personalità e i suoi convincimenti etici, religiosi e culturali, circa il rifiuto al trattamento sanitario vitale. Solo in seguito il giudice autorizzava l'amministratrice di sostegno a prestare il dissenso in favore del beneficiario, permettendogli in questo modo di "lasciare con dignità una vita che evidentemente non gli apparteneva più."³⁷

In conclusione, possiamo citare quanto disposto dalla Corte Costituzionale, con decisione n. 242/2019, per la vicenda relativa al suicidio assistito di Antoniani Fabiano. La Corte ha dichiarato costituzionalmente illegittimo l'art. 580 c.p. per violazione degli artt. 2, 3, 13 e 32

³⁵ Tribunale di Roma, 23 settembre 2019, Massima redazionale, 2019, in Leggid'Italia.it

³⁶ Corte Costituzionale, 13/06/2019, n.144, Diritto di Famiglia e delle Persone (II) 2019, 4, I, 1527, in De Jure – banca dati editoriali. "Nella logica del sistema dell'amministrazione di sostegno è, infatti, il giudice tutelare che, con il decreto di nomina, individua l'oggetto dell'incarico e gli atti che l'amministratore ha il potere di compiere in nome e per conto del beneficiario, alla luce delle concrete condizioni di salute del beneficiario. Occorre, quindi, negare che il conferimento della rappresentanza esclusiva in ambito sanitario rechi con sé, anche e necessariamente, il potere di rifiutare i trattamenti sanitari necessari al mantenimento in vita."

³⁷ Tribunale di Gorizia, 23 gennaio 2020. Avv. M. MORGIA, Trattamento sanitario per il mantenimento in vita. L'ads può rifiutare il consenso per conto del beneficiario?, consultabile su www.asSostegno.it

Cost., nella parte in cui “non esclude la punibilità di chi, con le modalità previste dagli artt. 1 e 2 della legge n. 219/2017, [...], agevola l’esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitali e affetta da patologia irreversibile, [...], ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli [...]”³⁸.

Dunque, passando al tema delle disposizioni anticipate di trattamento, la legge n. 219/2017 se ne occupa all’art. 4, comma I prevedendo che “ogni persona maggiorenne e capace di intendere e volere, in previsione di un’eventuale futura incapacità di autodeterminarsi [...], può attraverso le DAT, esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, [...]”. Al II comma viene introdotta la “figura del fiduciario”, affinché rappresenti il disponente nelle relazioni con il medico e con la struttura sanitaria. È inoltre previsto al IV comma che, qualora manchi la nomina di un fiduciario, le DAT restino valide e che sia onere del giudice tutelare nominare un amministratore affinché attui le volontà del disponente. Al V comma viene sancita la vincolatività delle DAT: tuttavia il medico è legittimato a discostarsene qualora, in accordo con il fiduciario, documenti la non corrispondenza della condizione clinica attuale a quella precedente, o dimostri che sussiste una terapia che, al momento della sottoscrizione delle DAT, non era prevedibile e che gli offrirebbe concrete possibilità di miglioramento. Nel caso in cui sorgessero gravi contrasti tra medico e fiduciario, il giudice tutelare sarà chiamato ad intervenire, come previsto ai sensi dell’art. 3, comma V. Potrebbe anche verificarsi l’ipotesi in cui, a capo di un paziente, sussistano sia un amministratore di sostegno che un fiduciario: sarà necessario verificare di quali facoltà sia munito l’amministratore. Qualora il giudice gli abbia conferito poteri di rappresentanza, il medico dovrà attenersi alle direttive dell’amministratore; se nel decreto di nomina fossero stati disposti poteri di assistenza, il sanitario dovrà riferirsi unicamente al fiduciario per assumere una decisione “il più vicino possibile alla volontà del designante”³⁹.

Con la definizione di “biotestamento” o “testamento biologico” si indicano le volontà della persona in merito alla previsione di una futura incapacitazione. Il Comitato Nazionale di Bioetica definisce “testamento biologico” il complesso di disposizioni con cui una “persona,

³⁸ Corte costituzionale decisione n. 242/2019, Rivista Italiana di Diritto e Procedura Penale 2019, 4, 2158; Il familiarista.it, 17 dicembre 2019; Diritto di Famiglia e delle Persone (II) 2020, 1, I, 68; in De Jure – banca dati editoriali.

³⁹ R. ROSSI, Amministrazione di sostegno: questioni e soluzioni, Milano, 2020, p. 73.

dotata di piena capacità, esprime la sua volontà circa i trattamenti ai quali desidererebbe o non desidererebbe essere sottoposta nel caso in cui, nel decorso di una malattia o a causa di traumi improvvisi, non fosse più in grado di esprimere il proprio consenso o il proprio dissenso informato”; per il Consiglio Nazionale del notariato, esso rappresenta “la dichiarazione che viene resa da una persona in condizioni di piena capacità mentale al fine di disporre in merito ai trattamenti sanitari ai quali intende sottoporsi o rinunciare, qualora in futuro fosse colpita da una malattia o lesione cerebrale irreversibile o invalidante [...], tali da impedire una normale vita di relazione nonché la capacità di esprimere la propria volontà”⁴⁰. Di seguito si riporta il caso di un soggetto che, affetto da disturbi fisici e psichici, si trovava in condizioni di incapacità nel conferimento del consenso in ambito sanitario. Date le sue condizioni di scarsa ed intermittente lucidità, si decideva di procedere alla nomina di un amministratore di sostegno, piuttosto che all’elaborazione di un testamento biologico. Il giudice tutelare accoglieva così la richiesta e nominava il coniuge suo amministratore, conferendogli poteri di rappresentanza esclusiva, limitatamente all’ambito sanitario. Considerando il rilievo delle decisioni rimesse in capo all’amministratore di sostegno, il legislatore, come già indicato, afferma che qualora non siano state previste delle disposizioni anticipate di trattamento, o non sia stato preventivamente nominato un fiduciario, si dovrà decidere tenendo conto “della volontà del beneficiario, in relazione al suo grado di capacità di intendere e volere”. Nel caso di specie, il giudice tutelare provvedeva a disporre che, qualora il beneficiario volesse rifiutare un trattamento sanitario che gli era stato consigliato dai sanitari e dall’amministratore di sostegno, la decisione sarebbe stata rimessa al giudice medesimo nel rispetto della volontà del beneficiario nonché in considerazione della “gravità” della situazione.

Da questa moltitudine di pareri discordanti, e sentenze di volta in volta diverse, nasce la mia curiosità rispetto all’esperienza degli Assistenti Sociali, che lavorano sul territorio dell’A.ULSS6, a proposito delle segnalazioni per la nomina di Amministratore di Sostegno connesse alle decisioni sanitarie e alle Disposizioni Anticipate di Trattamento.

Prima di presentare la mia ricerca però, vorrei fare una panoramica sul ruolo dei Servizi Socio-Sanitari, e in particolare degli Assistenti Sociali, rispetto alla legge n. 6/2004.

⁴⁰ A cura di P. LODDO, L’amministratore di sostegno, Milano, 2019, p. 416 e ss. 244 Ivi, Tribunale di Vercelli, 31 maggio 2018.

3. IL RUOLO DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI RISPETTO ALLA NOMINA DELL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Il Giudice Tutelare, definendo l'oggetto del sostegno ed i poteri dell'Amministratore, crea una sorta di vestito giuridico ad hoc per quel soggetto in quel momento.

Ma la Legge 6/2004, introducendo l'art. 406 c.c., prevede un'altra novità: "i responsabili dei servizi sanitari e sociali direttamente impegnati nella cura ed assistenza della persona, ove a conoscenza di fatti tali da rendere opportuna l'apertura del procedimento di amministrazione di sostegno, sono tenuti a proporre al Giudice Tutelare il ricorso o a fornirne comunque notizia al Pubblico Ministero".

I servizi sanitari e sociali, che generalmente in talune situazioni sono tenuti solo alla segnalazione, alla denuncia o alla trasmissione del referto all'autorità giudiziaria, in questo caso godono di una legittimazione attiva.

Trattasi di una vera rivoluzione istituzionale: rappresenta l'esplicito dovere dello Stato di proteggere i soggetti deboli, nel rispetto dei doveri di solidarietà politica, economica e sociale sanciti dall'art. 2 della Costituzione.

Gli interventi dei Servizi socio-sanitari, in quanto opportuni ad assicurare adeguata protezione alla persona, realizzano al contempo un interesse generale.

La legittimazione riconosciuta ai responsabili dei servizi socio-sanitari si fonda sul potere di chiedere l'attuazione del diritto obiettivo e non sul voler far valere un diritto soggettivo proprio o altrui.

"Tra le figure tecniche più impegnate per affrontare e gestire questi bisogni troviamo l'Assistente Sociale, che possiede le competenze professionali necessarie a gestire ed aiutare l'utente, ad individuare la soluzione ottimale e a procedere con un iter corretto."⁴¹

La legge n. 6/2004 pone risalto alla funzione assunta dai Servizi Sociali territoriali impegnati nella cura e assistenza della persona che si trova in stato di fragilità. L'azione dei Servizi Sociali si configura così all'interno delle strategie di empowerment e del principio democratico della sussidiarietà.

⁴¹ Linee di indirizzo Croas Lombardia, p. 15

3.1 Sussidiarietà e servizi sociali⁴²

La protezione delle persone in condizioni di fragilità può essere vista come un dovere dell'intervento pubblico che rientra nel principio di sussidiarietà là dove l'individuo trova delle limitazioni in sé o nel contesto di vita alla libera espressione della propria personalità e autodeterminazione. La sussidiarietà regola infatti i rapporti tra Stato e società ed è un fondamentale principio di libertà e di democrazia, cardine della nostra concezione dello Stato. Il principio di sussidiarietà prevede che lo Stato non intervenga nelle aree di vita dei cittadini che loro stessi possono già regolare. L'individuo nel suo essere persona singola o nel suo costituirsi in forma aggregata è portatore di competenza, iniziativa, creatività, capacità di fronteggiare i problemi e apprendere nei processi abilità di soluzione. La persona è vista come il principio regolatore e costituente della Società e gli ordinamenti statali sono opera dell'uomo al suo servizio. Le varie articolazioni dell'Amministrazione dello Stato debbono porre le condizioni affinché il cittadino e le aggregazioni sociali nelle sue manifestazioni quali la famiglia, i gruppi, le associazioni possano agire con libertà senza che vengano sostituiti da interventi di tipo «pubblico» se non necessario. In tal modo viene risaltata la libertà individuale, garantito il valore della democrazia e rinforzato il senso di responsabilità personale e sociale. Ne consegue che lo Stato attraverso la propria amministrazione interviene solo quando la persona e le forme aggregate societarie, non sono in grado di autodeterminarsi da sole. L'intervento della funzione pubblica, quindi, avrà solamente una durata temporale utile a permettere agli individui e ai gruppi sociali di poter riappropriarsi delle proprie competenze ed essere così nuovamente autonomi. L'intervento pubblico, tuttavia, si attiva secondo un criterio di gradualità e prossimità al contesto di vita della persona – Comuni, Province, Regioni, Stato – garantendo in tal modo una maggior efficienza ed efficacia degli interventi e consentendo al cittadino di poter esprimere direttamente una propria valutazione circa le azioni promosse. Lo Stato, nella funzione promozionale e protettiva, deve favorire tutti quei processi che diano competenza e potere alle persone in modo che queste possano apprendere nuove capacità di fronteggiare e di rispondere, l'*empowerment*. Solitamente si usa fare una distinzione nella sussidiarietà: tra quella orizzontale e quella verticale⁴³. La sussidiarietà orizzontale si manifesta attraverso i rapporti che intercorrono tra la società civile e le istituzioni (art. 118 della Costituzione italiana), principio introdotto con la legge costituzionale del 2001 (Legge Costituzionale n. 3, 2001) ed esplicitato anche nella

⁴² Daniele Venturini, Il ruolo dei servizi sociali nell'attuazione della legge sull'amministratore di sostegno: una ricerca in Veneto, in *Autonomie Locali e Servizi Sociali*, n. 3/2009, Il Mulino, ISSN: 0392-2278

⁴³ G. Brienza, (2002) *Famiglia, sussidiarietà e riforma dei servizi sociali*

giovane legge quadro sul sistema dei servizi sociali (l. n. 328/00) che prevede tra l'altro, un sistema di servizi sociali in un modello di rete tra attori del settore «pubblico» e quello del «privato» di cittadinanza attiva⁴⁴. La sussidiarietà verticale invece «concerne la distribuzione di poteri e competenze all'interno delle pubbliche amministrazioni»⁴⁵. L'azione del servizio sociale nella tutela delle persone adulte svantaggiate potrebbe essere intesa sia come la manifestazione di una sussidiarietà orizzontale qualora ne promuova le potenzialità espressive delle persone in condizioni di fragilità, sia come una sussidiarietà verticale qualora intervenga come il potere pubblico più vicino al cittadino che si trova in condizione di inibizione della propria libera espressività. È così che le competenze o le capacità di empowerment della persona che per vari motivi vengono ad essere deficitarie in alcune circostanze della vita, non vengono assunte direttamente dallo Stato in un'ottica tradizionalmente assistenziale ma questi le favorisce e le rinforza in tutti quei processi e quelle politiche che possono condurre ad una maggiore autonomia della persona svantaggiata, autonomia intesa non in senso autoreferenziale ma come finalità tesa a promuovere la competenza interattiva della persona stessa con il servizio sociale per l'avvio di un processo relazione di aiuto⁴⁶. Tutto ciò è frutto di un progressivo cambiamento avvenuto in questi ultimi anni all'interno delle politiche di welfare. Gli interventi su vasta scala delle politiche statali avvenuti nei lustri trascorsi hanno adottato, in prevalenza, criteri basati sull'erogazione di benefici assegnati sull'esistenza di uno status di inclusione sociale rispetto all'appartenenza ad una categoria. La categorizzazione dei cittadini in base ad una sorta di «status» di bisogno non ha favorito tuttavia lo sviluppo o la manifestazione delle loro reali potenzialità che quindi, potevano rimanere tendenzialmente inesprese. Anzi l'effetto ottenuto è stato la radicalizzazione ad una marginalizzazione per chi si trovava in uno stato di fragilità visto «che ciascuna modalità di includere comporta una pluralità di forme di esclusione»⁴⁷. Le nuove politiche di welfare, in un'ottica di protezione ed inclusione, debbono invece mirare non più al fatto di concedere o non concedere un certo beneficio di cittadinanza ma alla valorizzazione di appartenenze a contesti relazionali all'interno delle frange societarie ove si manifesta il vivere quotidiano delle persone. L'aspetto relazionale con lo Stato viene pertanto ad assumere un altro valore non più basato su un criterio di appartenenza dicotomica di inclusione/esclusione ma viene modulato sugli aspetti di contesto e di dinamicità che

44 Albanese A., Marzuoli C. (a cura di), (2003), Servizi di assistenza e sussidiarietà, ... (2013), La forza riformatrice della cittadinanza attiva, Carocci.

45 G. Brienza, (2002) Famiglia, sussidiarietà e riforma dei servizi sociali

46 I.Colozzi , Sussidiarietà, p.672, in Dal Pra Ponticelli M. (a cura di) (2005), Dizionario di Servizio Sociale, Carocci, Roma

47 P. Donati , Sussidiarietà e nuovi welfare, p. 28 , in Vittadini G. (a cura di) (2007), Che cos'è la sussidiarietà, op. cit.

connotano le diverse appartenenze nei loro mondi vitali. Nell'ambito delle politiche sociali si tratta quindi di superare una visione puramente sistemica dei servizi e degli interventi dato che questi presuppongono la predisposizione di un organismo attivo con meccanismi ben funzionanti di strutture e funzioni interdipendenti. In tale visione infatti le soggettività sociali e personali diventano secondarie rispetto alle esigenze funzionali di sistema⁴⁸. L'aspetto relazionale invece, nel sistema dei servizi, facilita e promuove il dispiegamento di potenzialità – empowerment – nel reticolo vitale del tessuto societario e delle persone.

3.2 Empowerment e servizi sociali

Dalla sussidiarietà al concetto di empowerment il «passo» è breve. Il termine, nella sua traduzione letterale significa «rendere potenti» ma può anche essere inteso come «sentire di avere potere» o «sentire di essere in grado di fare». Infatti non è da intendersi come un potere che uno detiene su un'altra persona ma come «patrimonio personale di chi lo possiede, lo ha in sé, lo può poi usare nel rapporto con le cose e le persone importanti nella sua vita»⁴⁹. L'empowerment esprime sia un modello teorico di riferimento interpretativo della realtà sociale sia un approccio all'interno delle politiche sociali secondo gli intenti perseguiti attraverso gli interventi degli operatori sociali. È un concetto «poliedrico» assunto da più discipline che analizzano, ognuna per il proprio ambito, gli aspetti di empowerment individuali, di comunità e delle organizzazioni. Gli aspetti individuali e comunitari sono tuttavia imprescindibili l'uno dall'altro dato che la dimensione dell'esistenza umana si realizza in contesti societari. L'empowerment è quindi anche un concetto che si distribuisce su più livelli nell'ambito dell'esistenza umana: quella individuale, quella organizzativa e quella sociale comunitaria⁵⁰. L'empowerment dal punto di vista degli operatori sociali e nello specifico dell'assistente sociale viene inteso come una abilità tecnica che mira a favorire nelle persone il loro senso di competenza o la possibilità di poter fare o al contrario attivare delle competenze che tendano ad evitare situazioni di impotenza o fallimento. Dal punto di vista della persona, del cittadino o chiunque esso sia in condizioni di vita più o meno favorevoli, significa saper esercitare un proprio potere e competenza all'interno della propria dimensione di vita. L'empowerment

⁴⁸ G. Brienza (2002), *Famiglia, sussidiarietà e ...* op. cit.

⁴⁹ M. Brusaglioni, S. Gheno (2000), *Il gusto del potere* op. cit.

⁵⁰ C. Picardo. (1995), *Empowerment*, op. Cit.

diventa allora un processo o uno stato attraverso il quale la persona assume competenza, il potere, la capacità di agire sull'ambiente e di controllarlo. Sussidiarietà ed empowerment richiamano pertanto, per alcuni aspetti, uno all'altro. Se nel principio di sussidiarietà vige infatti il principio di non fare o agire per conto di altri se già riescono a fare⁵¹, con l'empowerment si dice che l'esperto anche quando lui debba necessariamente fare, perché ce n'è davvero bisogno, faccia in un modo tale da chiamare ancora in gioco, ulteriormente, gli interessati, senza lasciarsi fuorviare dalla constatazione che, tutti quanti, chi più chi meno, dichiaratamente sono carenti nel fare⁵². La strategia dell'operatore nel processo di empowerment sta nel fatto di agire in modo tale da permettere alla persona di agire un po' di più rispetto a quanto non farebbe senza l'operatore ossia se fosse lasciato da solo o, al contrario, se fosse lasciato con terzi referenti che non gli permetterebbero di raggiungere un senso di competenza come con l'operatore. L'assistente sociale assume così una funzione relazionale in grado di dare al suo interlocutore dei segnali atti all'attivazione di risorse ed energie residue che nell'utente possano favorire sviluppo, cambiamento, spostamento da un livello minore ad uno maggiore di autonomia e autodeterminazione. L'operatore sociale è oggi all'interno di cruciali maglie di reti che interessano i soggetti deboli nelle loro capacità di empowerment e, configurandosi come nodo «strategico» di tale rete, può riuscire con le proprie azioni ad influire sulle motivazioni, sulle speranze, sulle attese, sulle competenze delle persone nei loro diversi gradi di abilità. L'operatore assume come proprio il principio che nelle persone vi possa essere una modulazione nella manifestazione delle loro capacità di agire in funzione delle loro limitazioni e fragilità esistenziali. L'azione professionale incontra quindi l'intenzionalità dell'altro all'interno delle sue limitazioni. Un'azione dell'assistente sociale incrocia così un'intenzionalità di una persona svantaggiata. In tale azione egli quindi cede potere [...] di problem solving ai suoi interlocutori, evitando di bloccarli [...]. L'operatore si toglie parte del suo potere tecnico e colloca idealmente quel corrispondente potere da lui perso in capo ai suoi interlocutori⁵³. Una relazionalità che diventa da parte dell'operatore una sorta di rinforzo del potere d'azione nella persona in quanto l'assistente sociale non è più l'unico detentore di una competenza specialistica nel fronteggiare problemi e trovare soluzioni per le fragilità degli individui, ma attraverso l'amministratore di sostegno, l'operatore favorisce

51 F. Folgheraiter (2000), L'utente che non c'è, op. cit.

52 M. Brusaglioni, S. Gheno (2000), Il gusto del potere op. cit.

53 F. Folgheraiter (2000), L'utente che non c'è, op. cit.

la competenza e l'intenzionalità della persona che si trova in quel momento in condizioni di sofferenza. Diventa questa, nell'insieme delle attività esperite, un'azione congiunta all'interno di una rete di attori entro la quale si trovano i servizi sociali con al centro delle maglie di tale rete, la persona beneficiaria del provvedimento giudiziario. L'assistente sociale diviene così un interlocutore delle persone⁵⁴ che contribuisce al processo di empowerment della persona: la cultura dell'empowerment è [...] una cultura di protagonismo personale e questo sia a livello individuale, dove sviluppare empowerment vuol dire essenzialmente per la persona diventare più protagonista della propria vita, sia a livello collettivo, dove sviluppare empowerment vuol dire avere persone o gruppi di persone responsabili del proprio sviluppo e, quindi, del proprio potere sulla realtà. Il servizio sociale così inteso non è un servizio generale, standardizzato e impersonale, ma un servizio alla persona che si fa carico della sua specifica esistenza tanto da divenire in se stesso come servizio personalizzato che persegue l'aspetto relazionale quale modalità operativa che si viene a creare tra operatore ed attore ove l'individuo può ed è in grado di affermare se stesso grazie alla natura interattiva venutasi a creare.

3.3 Il servizio sociale e la tutela degli adulti: la legge n. 6/2004 sull'Amministrazione di Sostegno

I cambiamenti in corso di questi anni nella società civile⁵⁵ hanno portato ad un'evoluzione anche nel sistema delle competenze e delle professioni di aiuto come quella dell'assistente sociale. Tali cambiamenti inevitabilmente incidono sul tipo di professionalità agita e pensata. Da una parte serve competenza e conoscenza tecnica, dall'altra sono sempre più necessarie abilità di tipo relazionale, di mediazione, di lavoro in equipe, in un lavoro che sappia coniugare competenze che si distribuiscono su procedure ma anche su processi, progetti e reti sociali e di contesti. Tra le finalità del mandato istituzionale, sociale e professionale dell'assistente sociale vi sono tra le altre quelle che mirano alla prevenzione di tutte le condizioni non favorevoli al benessere della persona e a tutte quelle che richiedono una tutela dei soggetti più fragili. Tali obiettivi tendono a promuovere l'esercizio dei diritti di cittadinanza e della partecipazione delle persone nei loro percorsi ed

54 *Ibidem*

55 V. Cesareo (a cura di), *I protagonisti della società civile*, Soveria Mannelli (Cz), Rubbettino, 2003, p. 346. La società civile è talvolta un concetto impercettibile e sfumato anche se l'essere umano ne dà una connotazione positiva come «un'entità vitale e importante, di cui si avverte la necessità per migliorare la qualità della nostra vita [...], la società civile è un riferimento alto, quasi un ideale irraggiungibile, una meta a cui ispirarsi, un obiettivo a cui tendere, pur nella consapevolezza che la sua concreta attuazione può essere molto diversa».

interessi di vita. Infatti l'assistente sociale come tutore di diritti sociali e promotore di una cittadinanza attiva coglie come opportunità l'istituzione dell'amministratore di sostegno in quanto strumento utile a tutelare e sostenere le persone prive in tutto o in parte di autonomia e individua la responsabilità dei servizi e degli operatori a cogliere il bisogno e ad attivarsi per permettere l'utilizzo di tale istituto giuridico oltre alla responsabilità di collaborare alla costruzione di progetti individualizzati di aiuto per persone disabili, malati psichici, anziani parzialmente o completamente non autosufficienti⁵⁶. Tale responsabilità dei servizi – art. 406 c.c. – può interessare tutti i servizi sociali, sociosanitari e sanitari all'interno dei quali operano gli assistenti sociali. Sono aumentati in questi anni beni, servizi e opportunità di cui le persone possono disporre o di cui potrebbero disporre se sostenute da adeguati supporti. Le aspirazioni e le aspettative verso il miglioramento della qualità di vita attraversano l'animo delle persone come una sorta di meta esistenziale da raggiungere. Talvolta, alcune circostanze ambientali o personali non permettono tuttavia il raggiungimento di una soddisfacente qualità di vita. In tali casi, gli assistenti sociali perseguono degli intenti istituzionali e deontici a vantaggio delle persone che si trovano, per vari motivi, in uno stato di difficoltà e fragilità. Il lavoro da parte del servizio sociale mira quindi ad un approccio che aiuti le persone a cogliere le opportunità, ad aprire possibilità, a beneficiare di un ambiente ricco, a perseguire desideri e non solo bisogni, a superare impossibilità obsolete, a fronteggiare ed usare con piacere il cambiamento [...], ad avere molte possibilità, poter scegliere, sentire responsabilità e protagonismo sulla propria vita⁵⁷. I bisogni, nella loro complessità, richiedono sempre più progetti personalizzati, continuità assistenziale, valutazione multiprofessionale del bisogno, condivisione degli obiettivi, progettazione integrata delle risposte, valutazione partecipata degli esiti e trova nell'integrazione tra comparto sociale e sanitario il fondamento per affrontare l'ampliamento dell'area di utenza connotata da cronicità e da complessità⁵⁸. La l. n. 6/2004 allinea il nostro sistema codicistico agli altri ordinamenti europei⁵⁹ e si inserisce quindi come un'importante norma per la protezione delle persone fisiche che vivono in condizioni di disagio psichico, fisico o esistenziale superando la vecchia disciplina dell'interdizione per le persone mentalmente inferme che ha caratterizzato molti dei decenni scorsi. La norma regola tutte quelle situazioni ove la persona si trova limitata per vari motivi, nel perseguire i propri interessi⁶⁰. I principi ispiratori della legge hanno

56 F. Dente, *Ruolo dei Servizi nell'ambito della normativa sull'Amministratore di Sostegno*, op. cit.

57 M. Brusciaglioni, S. Gheno (2000), *Il gusto del potere* op. cit.

58 F. Dente, *Ruolo dei Servizi nell'ambito della normativa sull'Amministratore di Sostegno*, op. cit.

59 S. Ardesi (2008), *Amministrazione di sostegno e servizi sanitari e sociali*, in «*Prospettive Sociali e Sanitarie*», 22, pp. 17-18

60 P. Cendon (2008), *L'amministrazione di sostegno*, Regione Veneto

considerato tra l'altro che all'interno del sistema di protezione debbano essere considerate tutte quelle situazioni ove, come nell'ambito della disabilità, la condizione di difficoltà non sia una fragilità irreversibile ma uno status [...], un processo segnato da gradualità ed oscillazioni, anche in riferimento ad uno stesso soggetto, tra fasi evolutive o involutive⁶¹. Sul piano operativo l'istituto dell'amministratore di sostegno necessita di un valido supporto a livello territoriale – oltre che di tipo organizzativo-logistico, di risorse umane, di amministrazione, di tipo finanziario, di sensibilizzazione, ecc. La nuova legge attribuisce un ruolo saliente ai servizi sociali «in funzione della posizione e del ruolo istituzionale dagli stessi svolto sul territorio comunale»⁶² per la loro diffusione capillare negli ambiti comunali o distrettuali sia per l'elevato grado di prossimità con le realtà sociali nelle loro dimensioni di problematicità e complessità sia per il loro ruolo assunto nel fornire assistenza materiale e relazionale alle persone che si trovano in situazioni di disagio. Il ruolo assunto dai servizi sociali così inteso assume quindi una funzione cardine nell'intero iter giudiziario tant'è che «essi coadiuvano l'attività del giudice tutelare nel modo più vario, redigendo relazioni [...], informative, curandone l'attuazione dei provvedimenti, ecc.»⁶³. La l. n. 6/2004 richiede quindi una molteplicità di impegni su più fronti, quello informativo nel territorio e formativo di operatori e volontari, sostegno degli uffici giudiziari, potenziamento degli assistenti sociali sul territorio, coordinamento tra servizi e uffici. Esistono a livello nazionale varie iniziative in tal senso, ministeriali, regionali, locali e del privato sociale. Il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali ha affidato nel 2008 alla Regione Veneto con protocollo di intesa un progetto nazionale finalizzato alla realizzazione di un piano formativo per accrescere la sensibilizzazione, l'informazione, il coinvolgimento di vari referenti e attori a livello territoriale sull'istituto dell'amministrazione di sostegno. Il progetto, nella sua attuale fase, sta raccogliendo le adesioni di tutte le regioni italiane. È già attivo in Veneto anche un coordinamento tra la conferenza dei Sindaci Ulss 8, il tribunale di Treviso sezione staccata di Castelfranco veneto, il Dipartimento di Scienze giuridiche dell'Università degli Studi di Trieste, il Dipartimento di Diritto privato comparato dell'Università degli Studi di Padova, la Direzione regionale dell'agenzia delle entrate, il difensore civico, il Centro di servizio per il volontariato della Provincia di Treviso ed alcune associazioni di volontariato con l'obiettivo di fornire assistenza tecnica e giuridica agli operatori del territorio, alle persone in stato di fragilità e alle loro reti di supporto, allo

61 F. Gabrielli, P. Cardinale (2008), L'amministratore di sostegno nella realtà ospedaliera, Giappichelli, Torino, p.11

62 P Baccarini (2006) "L'amministrazione di sostegno" - Milano

63 Ibidem

sviluppo della cultura dell'amministrazione di sostegno ed in genere, all'applicazione di tale istituto giuridico⁶⁴.

3.4 Salute, bioetica e Servizio Sociale⁶⁵

Alla luce di quanto sopra è chiaro che il Servizio sociale assume un ruolo centrale nell'integrazione sociosanitaria, con azioni a tutela e promozione della salute, dei diritti e della qualità di vita dei cittadini. La salute è infatti un principio dell'identità costituzionale, un diritto individuale e interesse della collettività (art. 32 della Costituzione). È un bene della persona e può essere visto attraverso un approccio ecologico-comunitario, dinamico, costituito da diverse componenti tra queste anche quelle sociali, relazionali e sistemiche che si interfacciano nel rapporto individuo-ambiente. Tale dimensione è così importante che il perseguimento e mantenimento della salute è tutelato come diritto soggettivo esigibile nei confronti dei pubblici e privati poteri. L'aspetto essenziale di tale diritto consiste nella pretesa all'astensione da parte di tutti di «qualsiasi comportamento che possa mettere a repentaglio l'integrità della salute fisica e psichica dell'individuo» nella coerenza e nel rispetto della sua personalità (art. 2 della Costituzione). Salute quindi intesa sotto l'aspetto sociale oltre che biologico per il perseguimento di benessere (anche nel mal-essere) attraverso il sistema dei servizi sociosanitari con azioni coordinate in diversi settori della vita pubblica e privata e nel rendere più consapevoli e responsabili le persone nelle decisioni e scelte che le riguardano.

In tale processo il Servizio sociale è sempre più chiamato a esprimere il proprio contributo anche nel campo della bioetica a livello regionale e locale con scenari in progressivo sviluppo in tema di integrazione sociosanitaria e della salute. La bioetica si caratterizza infatti per l'oggetto materiale (il comportamento umano nelle sue manifestazioni espressive nel campo delle scienze della vita e della salute), per il metodo (lo studio delle scienze) e per l'oggetto formale (i valori, i principi morali ed etici). Può pertanto essere intesa come la riflessione professionale sulle dimensioni morali di un tema ed essere interrogata da parte delle scienze della vita e della cura della salute, cercando di dare risposte usando diverse metodologie etiche in un quadro interdisciplinare. Il campo di interesse di questa disciplina riguarda quindi lo studio morale «nel campo della vita e della salute» con risvolti sociali e giuridici. La bioetica attraverso proprie metodologie e risposte

⁶⁴ Ibidem

⁶⁵ Venturini D. Servizio sociale e bioetica: cure palliative e amministrazione di sostegno nell'integrazione sociosanitaria. BioLaw [Internet]. 27 novembre 2019 [citato 9 ottobre 2022];(3):43-66.

in grado di orientare i dettati deontologici delle professioni, l'elaborazione legislativa e gli interventi nella vita umana e del suo ambiente. La sostanziale differenza dal passato di questo nuovo campo di indagine e riflessione scientifica è quello che la bioetica non è più intesa come disciplina che afferisce unicamente alle sole professioni mediche come attenzione unicamente clinica ma si contestualizza all'interno della relazione uomo-ambiente ed è inerente a tutti i dilemmi etici della vita, la salute, la demografia, i fenomeni sociali, la qualità di vita, la qualità del morire collocando la visione dell'uomo in un quadro più globale del benessere e di concezione della dignità umana, di ricerca di un benessere nella malattia sviluppando modalità di coping che permettano alla persona «nuove forme di adattamento alla vita sociale». La bioetica si caratterizza oggi per il suo approccio integrato tra diverse discipline inerente agli aspetti della salute della persona e la sua qualità, anche nelle condizioni di malattia invitando ad un atteggiamento responsabile del singolo e della collettività. Temi ad esempio come la qualità della vita e il rapporto dell'uomo con il suo ambiente debbono assumere sempre più una visione generale e interdisciplinare che superi la sola visione tecnologica, scientifica, formale e procedurale di interventi specifici e settoriali. Le tematiche che sollecitano l'interesse su tali questioni, nel Servizio sociale possono essere così sintetizzate: attenzione verso la persona; promozione e la difesa della vita e la sua qualità; impegno all'unità ed integrità della persona contro qualsiasi strumentalizzazione e manipolazione; valorizzazione della responsabilità nella difesa della salute da parte dei professionisti e chiunque nella società possa esserne comunque coinvolto. L'organizzazione del sistema sanitario e sociosanitario non è infatti costituita solo da aspetti tecnici nell'offerta di risposte ma è anche determinata da scelte di valore quali la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, il rispetto della dignità e libertà della persona, la destinazione universale dei servizi, l'uguaglianza dei cittadini nei confronti dei servizi erogati. Questi ambiti possono essere limitati nella loro attuazione anche a fronte della contrazione delle risorse di welfare di questo ultimo decennio ed è dovere deontologico dell'assistente sociale rilevarne gli aspetti dilemmatici o di criticità. L'assistente sociale come abbiamo visto opera nelle aree di intervento della salute mentale, delle dipendenze e patologie correlate, delle migrazioni, della salute della donna e del minore di età, della senescenza, della disabilità, delle cure palliative, della tutela per le persone fragili. In tutte questi settori la bioetica, in ottica interdisciplinare, può coinvolgere anche il punto di vista del Servizio sociale vista l'importanza di mettere la persona al centro degli interventi

rispetto ai propri valori e bisogni, nel potenziamento della vita umana e della espressione esistenziale di ciascuno.

Per limiti di spazio non potremmo soffermarci su tutti gli ambiti di intervento sopra citati ma indagheremo su uno in particolare: quella delle cure palliative e la tutela della persona nelle proprie fragilità. Prima di analizzare tale campo di interesse del Servizio sociale, risulta inevitabile parlare di informazione, segretariato sociale e consenso informato rientrando tale campo in quello del diritto alla salute delle persone.

Il diritto alla salute e alle cure è quindi un diritto fondamentale nell'identità della persona che deve essere tutelato nel suo valore intangibile della vita. La salute è un concetto dinamico «basato sulla resilienza e sulla capacità di fronteggiare, di mantenere, ripristinare il proprio equilibrio e senso di benessere» ma anche come manifestazione non limitata a qualità espressive del singolo ma come una interazione di tipo sistemico-relazionale tra persone e contesti socio-ambientali di vita. Come accennato al secondo capoverso del presente paragrafo, il consenso informato non ha una esplicita trattazione nella Costituzione ma la Corte costituzionale ne ha fornito nel tempo dei solidi riferimenti. L'obbligo di conoscenza consapevole per accedere ai trattamenti è costituito da due aspetti concettuali autonomi: l'informazione e il consenso. Si prefigura pertanto una sorta di due diritti alla salute: uno che riguarda l'essere informati, l'altro invece inerente all'esprimere la propria volontà con libertà ed autodeterminazione.

Sostanziale nel consenso è certamente la volontà dell'interessato al diritto alle cure ma anche al diritto di scelta (se e come curarsi fino anche al diritto di non essere curato). Nel caso di persona incapace va ulteriormente distinto se tale condizione era, per esempio, congenita o se invece è stata acquisita durante il corso di vita (e ulteriormente in questo ultimo caso va distinto ancora se la persona nella fase di vita consapevole abbia espresso delle volontà per circostanze che si rappresentano poi nella situazione attuale problematica). Alla luce della recente normativa in tema di consenso informato per la persona incapace il consenso deve essere espresso (o rifiutato) dal tutore (art. 3, L. 219/2017), mentre per la persona inabilitata il consenso deve essere espresso da questa. Nel caso di amministrazione di sostegno il consenso trova invece soluzioni diverse in rapporto ai contenuti previsti nel decreto di nomina.

Non esiste invece una giurisprudenza storicamente consolidata sul consenso informato nel Servizio Sociale. Di fatto l'informazione ed il consenso anche sul piano formale viene

spesso assolta nel Social Work in situazioni ad approccio integrato ed interdisciplinare (es. un progetto di cura della persona, riabilitazione e assistenza nel proprio domicilio con l'intervento di medico, infermiere, assistente sociale) o nel caso di lavoro monodisciplinare (es. assistente sociale) limitatamente alle situazioni decisionali piuttosto complesse in termini di tutela e protezione (come per esempio il ricorso al giudice tutelare per nomina di amministrazione di sostegno o un esposto all'autorità giudiziaria minorile). Attraverso una prima informazione alle persone (segretariato sociale), il cittadino può quindi decidere di accedere al sistema dei Servizi Sociosanitari ove è coinvolta direttamente anche la figura dell'Assistente Sociale nella erogazione di una prestazione diretta al suo stato di bisogno e vulnerabilità. In tal caso, come già avviene per le professioni sanitarie, nelle attività di Servizio Sociale (sanitarie a rilevanza sociale e sociali a rilevanza sanitaria) risulta comunque necessario predisporre con l'utente e fin dall'inizio una chiara cornice di interventi, di attività, di approcci, di metodologie che rappresentano una maggior garanzia verso l'utente dei criteri adottati dal professionista secondo profili etici, deontologici, di accuratezza nel processo metodologico, della rispetto e tutela privacy e riservatezza, del segreto professionale, delle responsabilità, all'interno di una relazione di aiuto fiduciaria, per il sostegno e l'accompagnamento rispetto a vicende che creano sofferenza o dolore nell'arco della vita o anche del fine vita.

Il processo sostanziale e l'atto formale che racchiude procedimenti modulati, anche negli aspetti interattivi, tra il tecnico e l'utente sono materialmente espressi attraverso il consenso informato di Servizio Sociale che avviene nel rispetto del principio della beneficenza e protezione dei diritti della persona. Un accordo comunque in continuo divenire tra l'Assistente Sociale e la persona a partire dalla formulazione iniziale del contratto di intervento concordato tra le parti modulato a seconda del divenire del percorso di aiuto e del suo manifestarsi temporale.

L'informazione ed il consenso all'intervento di Servizio sociale fanno parte di un processo comunicativo che ha lo scopo di dare notizie sui possibili percorsi di sostegno per l'accesso alle risorse, le potenzialità ed i limiti dei piani di aiuto percorribili, le metodologie impiegate per l'appoggio a tali percorsi, i possibili risultati raggiungibili, le alternative in caso di insuccesso. Il tutto al fine di porre il fruitore in una condizione di scelta consapevole. Del resto, già il Codice deontologico dell'assistente sociale prevede che verso gli utenti vi sia il «dovere di dare [...] la più ampia informazione sui loro diritti, sui

vantaggi, svantaggi, impegni, risorse, programmi e strumenti dell'intervento professionale, per il quale si deve ricevere esplicito consenso».

La Legge n. 6/2004, anche nel suo recepimento con normative regionali, pone infatti risalto alla funzione assunta dai servizi sociali territoriali impegnati nella cura e assistenza della persona che si trova in stato di fragilità come quella nelle cure palliative. L'azione dei Servizi Sociali si configura così all'interno delle strategie di *empowerment* e del principio democratico della sussidiarietà, della solidarietà e del diritto alla salute.

Il mandato istituzionale, sociale e professionale dell'assistente sociale mira, tra le altre cose, alla prevenzione di tutte le condizioni non favorevoli al benessere della persona e a tutte quelle azioni che richiedono una tutela giuridica dei soggetti più fragili in tutte le loro limitazioni, comprese quelle che necessitano del consenso al trattamento sanitario e assistenziale qualora la persona non sia in grado di esprimerlo. Tale mandato tende a promuovere l'esercizio dei diritti di cittadinanza e della partecipazione delle persone nei loro percorsi ed interessi di vita. Infatti l'assistente sociale «come tutore di diritti sociali e promotore di un cittadinanza attiva coglie come opportunità l'istituzione dell'amministratore di sostegno in quanto strumento utile a tutelare e sostenere le persone prive in tutto o in parte di autonomia e individua la responsabilità dei servizi e degli operatori a cogliere il bisogno e ad attivarsi per permettere l'utilizzo di tale istituto giuridico oltre alla responsabilità di collaborare alla costruzione di progetti individualizzati di aiuto per persone disabili, malati psichici, anziani parzialmente o completamente non autosufficienti».

La legge attribuisce un compito importante ai Servizi Sociali «in funzione della posizione e del ruolo istituzionale dagli stessi svolto sul territorio» per la loro diffusione capillare negli ambiti comunali o distrettuali sia per l'elevato grado di prossimità con le realtà sociali nelle loro dimensioni di problematicità e complessità sia per il ruolo assunto nel fornire assistenza materiale e relazionale alle persone che si trovano in situazioni di disagio. L'assistente sociale nel promuovere l'amministrazione di sostegno verso persone che vivono una condizione di particolare fragilità amplia le possibilità di aiuto inteso come «valore di cura [...] di una persona considerata nella sua dimensione esistenziale [...] un atto che richiama solidarietà e responsabilità e garanzie di protezione» e tutela a favore delle persone qualora questa si renda necessaria o utile. Il lavoro concreto dell'assistente sociale nell'area dell'amministrazione di sostegno (anche con supporto degli uffici amministrativi del proprio Ente) si può esprimere quindi attraverso queste azioni:

- valutazione del bisogno di aiuto e protezione giuridica della persona fragile (analisi della situazione specifica; raccolta dati e informazioni attraverso figure sanitarie, assistenti domiciliari, parenti);
- affiancamento, accompagnamento e supporto verso tutti gli attori coinvolti (beneficiario e sua rete di aiuto, famigliari);
- mediazione all'interno delle complesse dinamiche famigliari;
- identificazione della persona che possa assumere l'incarico di amministratore di sostegno e che si armonizzi con il profilo personale del beneficiario;
- raccolta della documentazione utile e necessaria ai fini della formulazione del ricorso di nomina di amministratore di sostegno da presentarsi al giudice tutelare;
- formulazione del ricorso e condivisione con il beneficiario e famigliari compatibilmente con le limitazioni anche personali che hanno motivato il ricorso;
- deposito del ricorso e notifiche da farsi al beneficiario, conviventi e parenti;
- eventuale organizzazione del trasporto del beneficiario all'udienza;
- partecipazione all'udienza da parte dell'assistente sociale qualora necessario;
- proseguo del supporto al beneficiario anche dopo la nomina dell'amministrazione di sostegno e rinforzo al progetto assistenziale;
- erogazione di servizi, fruibilità delle risorse, collaborazione con l'amministratore di sostegno nella implementazione del progetto assistenziale.

Il Social Work è una professione incardinata nel sistema dei servizi di Welfare e Sanitari che contribuisce all'integrazione sociosanitaria per la promozione della salute delle persone. L'integrazione sociosanitaria si esprime nel riconoscimento della vita dal suo sorgere alla sua conclusione. La tutela della salute interseca l'approccio disciplinare della bioetica, non più dominio della sola medicina ma anche delle altre professioni di aiuto come quella dell'assistente sociale. Salute oggi intesa all'interno di un concetto dinamico basato sulla resilienza e sulla capacità di fronteggiare, mantenere, ripristinare il proprio equilibrio e senso di benessere ed anche come manifestazione non limitata a qualità espressive del singolo ma come una interazione di tipo sistemico-relazionale tra persone e contesti socio-ambientali di vita. In tale concezione la salute non può quindi essere intesa come risultato finale da raggiungere o uno stato completo di benessere fisico, mentale e sociale senza alcuna forma di disagio e sofferenza ma come la capacità di adattarsi alle avversità e turbolenze di vita e intesa come competenza da parte della persona in stato di vulnerabilità di gestire le proprie necessità e aspirazioni anche con dei supporti esterni a fronte delle avversità incontrate in un'ottica sistemico-relazionale. La malattia è infatti un accadimento che sottopone l'individuo a preoccupazione, paura, ansia, stress, disidentificazione dalla storia biografica ed evolutiva fino a quel momento percorsa

soprattutto se l'accadimento patologizzante prefigura scenari con esiti infausti. La persona può trovarsi a perdere importanti funzioni, anche complesse e che riguardano gli aspetti fisici (perdita di autonomie operative, limitazioni delle abilità), psicologici (limitazione nelle autonomie decisionali, nelle responsabilità, sviluppo della dipendenza relazionale da persone), sociali (marginalizzazione, affievolimento delle reti secondarie o anche primarie, isolamento), spirituali (assopimento e affievolimento degli interessi, remissività, ottundimento). La patologia sradica la persona da una condizione precedente di normalità ove questa aveva trovato una forma di adattamento ai propri ambienti di vita biograficamente costituitisi nel tempo e alle esigenze che questi ponevano in rapporto anche alle sue necessità esistenziali.

La condizione di forte sofferenza determinata dalla malattia diventa, tuttavia, la nuova dimensione di vita per la persona a livello biologico, psicologico, sociale entro la quale deve trovare una nuova forma di adattamento. In queste condizioni di nuova identità e del rischio che questa possa smarrirsi nei meandri dell'isolamento e solitudine, il Servizio sociale può inserirsi nel contesto ambientale di vita della persona, supportandola nelle sue capacità di adattamento e fronteggiamento, nello sviluppo della resilienza, fornendo supporto anche là dove la sofferenza può essere significativamente elevata per la rilevante patologia come quella derivante da malattia cronico-degenerativa-oncologica, fino a promuovere ulteriori processi di aiuto attraverso iter di tutela e protezione con l'istituto dell'amministrazione di sostegno quando ciò risulta opportuno o necessario. L'approccio di Servizio sociale alle cure palliative è un esempio in tal senso.

4. L'ESPERIENZA DI TIROCINIO PRESSO IL SERVIZIO A SUPPORTO ALL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Dall'esperienza di tirocinio di ricerca che ho svolto presso il Servizio a Supporto all'Amministratore di Sostegno, che si trova all'interno del Distretto Sanitario Padova Bacchiglione dell'A.ULSS6 Euganea, è nata inizialmente la curiosità rispetto alla disponibilità di figure formate a ricoprire il ruolo di Amministratore di Sostegno, rispetto alla richiesta del territorio dell'AULSS6.

Grazie alle rilevazioni effettuate dal Servizio a Supporto all'Amministratore di Sostegno, sul territorio dell'ULSS6, dal 2019 al 2021 è stata rilevata una crescente richiesta/necessità di figure formali, quali quella dell'Amministratore di Sostegno, a supporto di persone fragili che possano rappresentare e tutelare queste ultime.

I numeri dell'ULSS 6 da fine marzo 2019:

318 ricorsi presentati

150 femmine, 168 maschi

8% delle richieste di cittadini stranieri

ANNO 2019: 64 ricorsi presentati

ANNO 2020: 88 ricorsi presentati

ANNO 2021: 90 ricorsi presentati

ANNO 2022: 78 ricorsi presentati

Rispetto alla disponibilità di figure a ricoprire tale incarico, in base ai corsi di formazione organizzati dall'ULSS 6 Euganea in collaborazione con l'Associazione Amministratore di Sostegno che sono stati svolti nel 2019 e nel 2020, sono state raccolte le disponibilità ad iscriversi ad un elenco di "Amministratori di Sostegno" creato dall'ULSS stessa come da indicazioni date dal Progetto Regionale.

Nel 2019 si sono rese disponibili 22 persone (di cui 5 hanno successivamente revocato la propria disponibilità) e nel 2020 15 persone. Numeri molto bassi rispetto alla necessità di avere un pool preparato e disponibile alla gestione di persone fragili. Nella creazione di questo elenco, creato parallelamente a quello creato da avvocati afferenti al Tribunale di Padova, ma non congiuntamente, è emersa chiaramente la difficoltà di trovare persone volontarie disponibili alla gestione di persone fragili che richiedono un lavoro di

amministrazione e supporto importante a fronte di una possibilità di rimborso economico minima o impossibile, dovuta soprattutto alle condizioni socioeconomiche dell'amministrato medio, in carico ai Servizi Sociali di competenza.

Inoltre dai dati emersi è risultato che su 122 nomine di AdS prese in esame nel periodo dal 2019 al 2021, sono stati nominati 103 AdS professionisti (rappresentati quasi per la totalità da avvocati), 1 parroco, 1 amico di famiglia, 6 altre figure non specificate e 12 persone della rete familiare.

Da qui è sorta la curiosità di indagare quali fossero per gli Assistenti Sociali le figure più idonee ad essere nominate AdS, sia per quanto riguarda le questioni legali e amministrative, sia per quanto riguarda le decisioni sanitarie e di fine vita.

4.1 Caratteristiche del territorio dell'Azienda Ulss6

L'ambito territoriale in cui ho deciso di svolgere la mia ricerca è l'Azienda Ulss 6 Euganea, che si compone di 101 Comuni nella provincia di Padova e ha una popolazione di circa 936.000 abitanti. Il territorio complessivo dell'A.Ulss 6 è diviso in 5 Distretti Socio Sanitari che garantiscono i servizi di livello primario e costituiscono il polo di integrazione tra i servizi sanitari, socio-sanitari e sociali.

I cinque Distretti dell'Ulss 6 Euganea sono:

Distretto Padova Bacchiglione

Distretto Padova Terme Colli

Distretto Padova Piovese

Distretto Alta Padovana

Distretto Padova Sud

Le funzioni distrettuali sono esercitate dalle seguenti Unità Operative Complesse:

- Cure primarie

- Infanzia, Adolescenza, Famiglia e Consultori
- Cure palliative
- Disabilità e non autosufficienza
- Dipendenze
- Assistenza farmaceutica territoriale.

Il Servizio a Supporto dell'Amministratore di Sostegno afferisce come sede al Distretto Padova Bacchiglione, ma è il riferimento per tutta l'A.ULSS6 Euganea.



Sono stati presi in esame i dati relativi alla popolazione residente sul territorio dell'A.ULSS6 per rappresentare i bisogni crescenti di tutela che, in relazione

all'invecchiamento della popolazione, con un conseguente aumento di persone non autosufficienti. Tali condizioni potrebbero far aumentare i ricorsi alla nomina di una figura di tutela, quale quella dell'Amministratore di Sostegno.

Emerge infatti dai dati del Censimento permanente della popolazione in Veneto (Fonte ISTAT) del 11 febbraio 2021, dal confronto dei dati del 2019 con quelli del Censimento 2011, il progressivo invecchiamento della popolazione veneta, analogamente a quanto accade alla popolazione italiana. I bambini con meno di 10 anni diminuiscono di oltre 64 mila unità (-13,9%, a fronte del -11,5% dell'Italia). Crescono, invece, del 4,1% sia la popolazione tra i 10 ed i 19 anni sia quella di età compresa fra 20-24 anni; a livello nazionale la classe 10-19 anni cresce dello 0,7%, la classe 20-24 registra un calo del -3,2%. L'aumento più rilevante si registra nella fascia d'età 50-59 anni, che in otto anni passa da 650 mila a 800 mila unità (+23,1%, +19,6% a livello nazionale). Crescono anche peso e consistenza delle classi più anziane: sono 1,1 milioni i residenti con più di 64 anni (+13,6% in Veneto e +11,9% in Italia) e i grandi anziani (con 85 anni e più) passano da 140 mila a 177 mila unità (+26,3% per il Veneto, +29,4% per l'Italia).

Il Dossier invecchiamento della popolazione veneta negli ultimi dieci anni redatto dalla SPI (Sindacati pensionati Italiani Veneto) CGIL, confrontando i dati dal 2006 al 2016, conferma che la popolazione veneta è sempre più anziana.

Gli over 65 sono circa un quarto dei residenti della Regione e in molti casi si tratta di persone sole, perché vedove, celibi o divorziate. L'anziano solo presenta, in linea generale, maggiori e differenti bisogni di protezione rispetto a quanti vivono con un partner o familiare. La popolazione over 65 come emerge dai dati molto e che da un lato si presenta come componente attiva e presente della comunità, fonte di supporto e spesso unico ammortizzatore sociale per figli e nipoti; dall'altra si trova necessariamente di fronte a esigenze fisiche e sanitarie connesse all'avanzare dell'età, e che porta a richiedere una forte presenza sul territorio del welfare sociale e sanitario, senza il quale per molti anziani non sarebbe possibile sopravvivere. A tal proposito bisogna ricordare che per gli ultra sessantacinquenni sono previste politiche di agevolazioni soprattutto sul fronte sanitario, mentre il tema della non autosufficienza diventa centrale per gli over 80.

Da questi dati emerge la necessità crescente di figure di tutela, quale quella dell'Amministratore di Sostegno, formate alla presa in carico di situazioni complesse, afferenti alle aree della non autosufficienza, della Salute mentale, e delle Dipendenze.

4.2 Progetto Amministrazione di Sostegno all'interno della Regione Veneto

Con DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 241 del 6 marzo 2018 è stato approvato il modello organizzativo per l'intero territorio regionale del sistema di interventi per l'attuazione della legge regionale 14 aprile 2017 n. 10 "Norme per la valorizzazione dell'amministratore di sostegno a tutela dei soggetti deboli". Art. 3 comma 1 della L.R. 14 aprile 2017 n. 10.DGR n. 123/CR del 14.12.2017.

La Legge Regionale 14 aprile 2017 n. 10 "Norme per la valorizzazione dell'amministratore di sostegno a tutela dei soggetti deboli" detta norme per la promozione dell'istituto dell'amministratore di sostegno, quale strumento di aiuto e di tutela dei soggetti legittimati ad avvalersene, sostenendo percorsi di conoscenza, sensibilizzazione e divulgazione dell'amministrazione di sostegno.

A partire dal 2004 la Regione del Veneto con la D.G.R. 4471 ha promosso e sostenuto la realizzazione di percorsi di sensibilizzazione, formazione e sviluppo nella attuazione della normativa sull'amministrazione di sostegno, favorendo il coinvolgimento della rete territoriale dei servizi sociali e socio-sanitari e il collegamento tra questi e i tribunali regionali.

Con DGR n. 241 del 6.03.2018 avente per oggetto: "Approvazione del modello organizzativo per l'intero territorio regionale del sistema di interventi per l'attuazione della legge regionale 14 aprile 2017 n. 10 "Norme per la valorizzazione dell'amministratore di sostegno a tutela dei soggetti deboli". Art. 3 comma 1 della L.R. 14 aprile 2017 n. 10. DGR n. 123/CR del 14.12.2017." la Giunta Regionale ha approvato il modello organizzativo per l'intero territorio regionale individuando i servizi adeguati e le iniziative a supporto dell'amministratore di sostegno nell'ambito della programmazione regionale e in raccordo con altri enti ed autorità coinvolti nell'attivazione e promozione dell'amministrazione di sostegno. Con DGR del Veneto N° 337 del 21/3/2018 è stata avviata la sperimentazione presso le Aziende ULSS del veneto che ha come obiettivo principale l'attuazione della legge regionale n. 10/2017, attivando la rete relazionale tra i diversi attori coinvolti nel sistema: Aziende ULSS, Enti Locali e Terzo Settore e per quanto possibile i Tribunali e Giudici Tutelari valorizzando tutte le risorse "pubbliche e private" nella prospettiva di un efficiente ed uniforme sistema di interventi.

In adempimento a quanto disposto dalla Regione Veneto, l'Azienda ULSS 6 Euganea ha tentato di promuovere un modello organizzativo valido per il territorio dell'ULSS ai fini

dell'implementazione di servizi e interventi di supporto all'Istituto dell'Amministratore di Sostegno, di cui alla legge 6/04.

La rete dei Servizi Sociali presenti nell'ambito dell'ULSS 6 già da tempo era attiva per la promozione e il sostegno dell'Istituto dell'Amministratore di Sostegno anche attraverso la presa in carico diretta, in casi particolari, di tutte le procedure necessarie. Inoltre, all'interno delle competenze degli assistenti sociali dei servizi dell'ULSS 6, si assicurano in modo capillare e trasversale a tutte le aree, interventi di informazione, orientamento, supporto all'utente e ai familiari riguardo all'Istituto dell'Amministratore di Sostegno.

Più precisamente è data continuità alla prassi operativa già in essere nei Servizi Sociali secondo cui l'Assistente Sociale:

- verifica se vi siano risorse parentali, di rete, o personali attivabili affinché promuovano in autonomia il ricorso all'Amministratore di Sostegno;
- supporta e orienta i singoli e/o le famiglie con tutte le informazioni utili per promuovere in autonomia il ricorso all'Amministratore di Sostegno (come procedere, dove rivolgersi, ecc);
- si attiva per dare un supporto tecnico ai familiari o singoli che convergono sulla decisione di attivare il ricorso...).

L'intervento diretto del Servizio Sociale si attiva quando si valuti la necessità di Amministratore di Sostegno e si presentino:

- situazioni di grave conflittualità familiari o un conflitto di interesse utente/familiari;
- grave fragilità, non autonomia o assenza della rete familiare.

Nel corso dell'anno 2017, al fine di semplificare e ridurre i tempi delle procedure di ricorso per la nomina di Amministratore di Sostegno, è stata raggiunta un'intesa istituzionale tra Tribunale di Padova, ULSS 6 Euganea, Azienda Ospedaliera di Padova e Comune di Padova, siglata nel giugno 2017 e operativa dal 01/9/2017, ed avviato un periodo di sperimentazione.

Gli obiettivi:

1. Promuovere e diffondere l'informazione e la sensibilizzazione sulla figura dell'Amministratore di Sostegno nel territorio dell'ULSS 6.

2. Migliorare le risposte e gli interventi a favore di coloro che hanno la necessità di ricorrere a questo istituto giuridico.
3. Fornire collaborazione, supporto e consulenza a coloro che sono già stati nominati Amministratori di Sostegno.
4. Avviare uno sportello di riferimento per i Servizi del territorio dell'ULSS 6.
5. Implementare, coordinare e monitorare azioni e interventi nell'ambito del progetto.
6. Avviare, in collaborazione con i Comuni, percorsi formativi, in materia di AdS, rivolti agli operatori dei servizi socio-sanitari dell'Azienda ULSS 6 e dei Servizi Sociali dei Comuni.
7. Consolidare la collaborazione con il Tribunale di Padova, e con gli Ordini Professionali interessati (Avvocati, Assistenti Sociali, ecc.).
8. Potenziare la rete tra Istituzioni (Tribunale, Comuni, ULSS), organizzazioni di volontariato/Terzo Settore e soggetti coinvolti (famiglia, beneficiario/a, professionisti) al fine promuovere percorsi e prassi di collaborazione e un sistema integrato di interventi che favoriscano la diffusione dell'Istituto dell'Amministrazione di Sostegno delle persone deboli.
9. Apertura di tre sportelli, dislocati nel territorio padovano ad accesso gratuito e prevedendo almeno un giorno di apertura settimanale al pubblico.

Le azioni previste:

- Attivazione del servizio a Supporto all'Istituto dell'Amministratore di Sostegno all'interno dell'Azienda Ulss 6, con funzioni di progettazione e avvio degli interventi di formazione e sensibilizzazione sul tema; implementazione, sviluppo e monitoraggio dei percorsi operativi in favore dell'Istituto dell'Amministratore di Sostegno; apertura di tre sportelli, dislocati sul territorio padovano ad accesso gratuito, prevedendo almeno un giorno di apertura settimanale al pubblico.
- Istituzione di una Cabina di Regia, in capo alla Direzione dei Servizi Socio-Sanitari e con le funzioni previste all'allegato A) della D.G.R. 241/2018, composta da referenti dell'ULSS 6 Euganea, del Comune di Padova e eventuali referenti dei comuni, individuati dalla Conferenza dei Sindaci, a garanzia dell'integrazione interistituzionale di tutti gli interventi e di tutti gli attori coinvolti.

4.3 Rete dei Servizi presenti, formali e informali, riferiti all'area di intervento del Servizio

Accanto allo Sportello a Supporto all'AdS è presente sul territorio di Padova l'Associazione Amministrazione di Sostegno Onlus, istituita nel 2008 (informazioni reperite sul sito web dell'Associazione).

L'Associazione persegue esclusivamente finalità di solidarietà sociale con l'obiettivo di:

- affiancare, valorizzare, sostenere ed assistere la persona, attraverso attività dirette in via prevalente a: promuovere la solidarietà umana e sociale verso i soggetti "vulnerabili" e in particolare verso coloro che per effetto di una infermità o menomazione fisica, psichica, sensoriali o altro grave disagio, si trovano nella impossibilità anche parziale o temporanea, di provvedere ai propri interessi nella vita quotidiana;
- promuovere i diritti e le opportunità a garanzia di pari dignità, qualità di vita e benessere della persona;
- promuovere processi di partecipazione e di inclusione sociale delle persone con disabilità/ fragilità e prestare la necessaria assistenza prevista dalla legge n. 6/04 istitutiva dell'Amministrazione di Sostegno.

L'associazione:

- Promuove e realizza campagne di sensibilizzazione e informazione rivolte a diffondere la conoscenza della legge 6/04 ed accrescere la consapevolezza sulla dignità e diritti della persona da proteggere e tutelare con la minore limitazione possibile delle sue capacità di agire.
- Realizza corsi di formazione per Amministratore di Sostegno con la finalità di preparare gli AdS a svolgere con competenza, lealtà e diligenza la funzione affidata dal Giudice tutelare ad esclusivo interesse della persona beneficiaria dell'amministrazione di sostegno.
- Offre consulenza giuridica, psicologica, socio educativa ed economico -finanziaria per contribuire attraverso la funzione di sostegno a realizzare, con il consenso e la partecipazione della persona beneficiaria, il progetto di vita, rispondente alle sue necessità, bisogni e aspirazioni.

- Gestisce un servizio /sportello di informazione e consulenza aperto al pubblico e un servizio informativo e di ascolto telefonico.
- Organizza corsi di aggiornamento e specifici incontri per AdS a supporto dell'esercizio della loro funzione .
- Partecipa a livello regionale e locale a tavoli di lavoro e progetti riguardanti il tema di protezione giuridica delle persone fragili ed opera in rete con le istituzioni ed altri soggetti ed organismi con finalità di promozione e sviluppo umano e sociale.

Lo sportello dell'Associazione è rivolto a tutti i cittadini che desiderano essere informati e/o accompagnati nella scelta e nelle procedure relative alla nomina dell'Amministratore di Sostegno ai sensi della L. n. 6/04

Lo sportello è rivolto a chi già svolge la funzione di Amministratore di Sostegno in relazione a nuove istanze per l'adempimento dei compiti affidati dal Tribunale.

Lo sportello infine è momento di supporto specifico alla redazione di progetti appropriati alla necessità e aspirazioni delle persone destinatarie dei provvedimenti della L. 6/04.

5. PROGETTO DI RICERCA E IPOTESI INIZIALI

Dopo aver illustrato la legislazione e le varie sfaccettature connesse all'applicazione della legge rispetto alla nomina preventiva dell'AdS rispetto alle diverse decisioni prese dalla Magistratura negli ultimi anni, è sorta la curiosità di capire quale sia la situazione sul territorio dell'AULSS6 e la linea che hanno deciso di prendere i Giudici Tutelari afferenti ai Tribunali di Padova e Rovigo.

Connesso a questa tematica ho pensato anche di indagare la propensione degli AS rispetto alla nomina di un AdS tra i familiari, oppure come persona esterna alla rete, connessa in particolare alle decisioni sanitarie e alle Disposizioni Anticipate di Trattamento.

Per questo motivo ho pensato di sottoporre il questionario che segue ai colleghi assistenti sociali dipendenti dell'AULSS6. Il questionario è stato predisposto online tramite la piattaforma Google Moduli e inviato a tutti gli indirizzi degli Assistenti Sociali dipendenti dell'A.ULSS6.

L'ipotesi iniziale è che i Giudici in genere non siano propensi a nominare un AdS in previsione di una futura incapacità della persona a prendere decisioni connesse alle disposizioni sanitarie e che, nel caso in cui decidano di nominarlo, che gli stessi non diano indicazioni specifiche rispetto alla possibilità per gli AdS di decidere in merito alle disposizioni sanitarie, lasciando discrezionalità agli stessi, e alla possibilità in molti casi quindi, di lasciare un margine di incertezza e vuoto, di volta in volta interpretabile in forma diversa da questi ultimi.

L'altra ipotesi è che gli Assistenti Sociali siano più predisposti verso la nomina di un AdS come figura esterna rispetto a quella di un familiare, per una questione legata soprattutto al coinvolgimento emotivo da parte del diretto interessato o dei suoi familiari, che non permetterebbe loro di essere obiettivi nel momento in cui si dovessero prendere delle decisioni sanitarie importanti.

5.1 Il questionario

La domanda: l'Amministratore di Sostegno è una figura che viene incaricata dal Giudice Tutelare di prendere decisioni insieme o per conto di persone fragili. Tali decisioni comprendono anche l'ambito sanitario, in alcuni casi possono essere connesse anche alle

disposizioni anticipate di trattamento. Rispetto a quest'ultima tematica, cosa comprendono i decreti di nomina? Tale figura è meglio che sia svolta da un professionista o da un parente? L'esperienza dei colleghi Assistenti Sociali dell'A.ULSS6.

1. Lei conosce la figura dell'Amministratore di Sostegno?: Sì - No

2. Ha mai presentato una segnalazione per la nomina di AdS?: Sì - No

3. L'AdS può prendere decisioni connesse a disposizioni sanitarie, nonché connesse al fine vita. Le è mai capitato di richiedere la nomina di un AdS connessa a questa tematica?:
Sì - No

Se sì alla precedente

3a Il G.T. l'ha accolta?: Sì - No

3b Con che declinazioni?: Il GT ha accolto la richiesta di nomina preventiva - Il GT ha accolto la richiesta di nomina preventiva ma con poteri limitati e demandando al momento specifico di fragilità della persona il potere decisionale all'AdS rispetto alle cure sanitarie e alle disposizioni di fine vita – Il GT non ha accolto la richiesta

3c La persona era totalmente incapace o la nomina è potuta avvenire anche prima della totale incapacità della persona?: Totalmente incapace – Parzialmente incapace - Persona lucida

3d La richiesta di nomina è partita dalla persona che ha chiesto un aiuto al Servizio, o quest'ultimo ha ritenuto utile presentare la richiesta anche in assenza di espresso consenso del soggetto?: La persona ha richiesto aiuto – il Servizio ha presentato richiesta anche in assenza di espresso consenso della persona

4. Nella sua esperienza, la persona nominata è stata una figura esterna (un professionista) oppure è una persona della rete familiare?: - Figura esterna – Persona della rete familiare

5. Rispetto ai compiti che deve svolgere l'AdS, è più frequente che siano connessi a pratiche amministrative e legali, oppure a questioni sanitarie?: - Pratiche amministrative e legali – Questioni sanitarie

6. Rispetto alle pratiche amministrative e legali è meglio che il ruolo di AdS sia svolto da un professionista. Quanto si trova d'accordo con questa affermazione? Misurazione su una scala da 1 (in totale disaccordo) a 10 (in totale accordo)

7. Rispetto alle questioni sanitarie è meglio che il ruolo di AdS sia svolto da un familiare. Quanto si trova d'accordo con questa affermazione? Misurazione su una scala da 1 (in totale disaccordo) a 10 (in totale accordo)

8. Quali ritiene che possano essere i pro e i contro della nomina di un AdS come figura esterna rispetto alle pratiche amministrative e legali?

9. Quali ritiene che possano essere i pro e i contro della nomina di un AdS come persona della rete familiare rispetto alle questioni sanitarie?

10. Ritiene che l'utilizzo di questo istituto sia stato efficace rispetto alla motivazione del ricorso? Misurazione su una scala da 1 (in totale disaccordo) a 10 (in totale accordo)

5.2 Analisi dei dati

In tutto ho inviato n. 155 questionari tra gli Assistenti Sociali dipendenti dell'A.ULSS6 (di cui differenziando anche l'ambito tra Comune, SER.D., C.S.M., Disabilità Adulta), delle Case di Riposo e dell'Azienda Ospedaliera, al fine di indagare nell'ambito socio-sanitario l'incidenza delle tematiche sopra enunciate. Di questi 155, solo 48 hanno risposto al questionario.

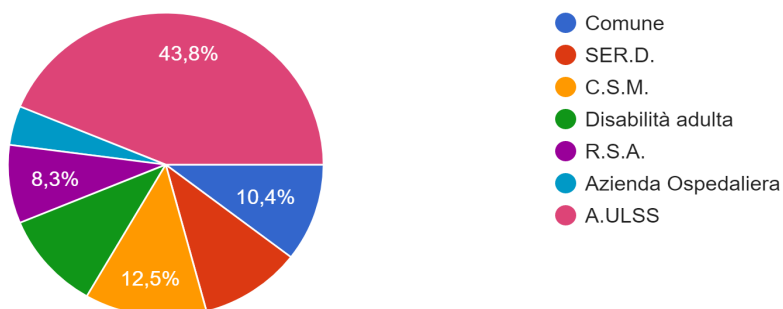
Ambiti di lavoro degli Assistenti Sociali (figura 1):

- il 10,4% (5 su 48) lavora in ambito Comunale;
- il 10,4% (5 su 48) lavora in ambito SER.D.;
- il 12,5 (6 su 48) lavora in ambito C.S.M.;
- il 10,4% (5 su 48) lavora in ambito Disabilità Adulta;
- il 8,3% (4 su 48) lavora in ambito R.S.A.;
- il 10,4% (5 su 48) lavora in ambito di Azienda Ospedaliera;
- il 43,8% (21 su 48) lavorano genericamente in Azienda Ulss (vale a dire Servizi per minori o altro).

Figura 1 – Per quale Servizio lavora?

Per quale Servizio lavora?

48 risposte

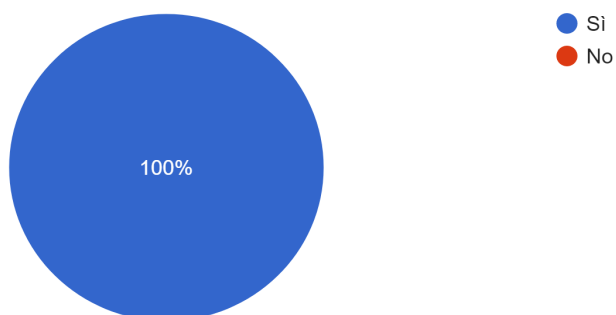


Il 100% (48 su 48) degli Assistenti Sociali conosce la figura dell'Amministratore di Sostegno (figura 2).

Figura 2 – Lei conosce la figura dell'Amministratore di Sostegno?

Lei conosce la figura dell'Amministratore di Sostegno?

48 risposte

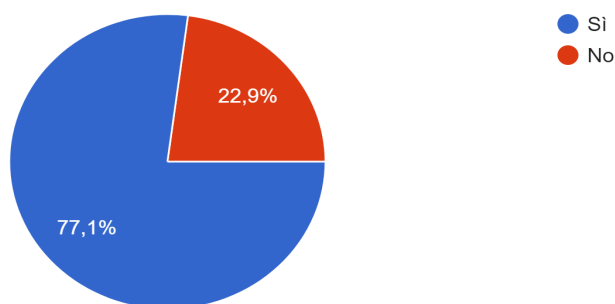


Il 77,1% ha presentato almeno un ricorso per nomina di Amministratore di Sostegno; il 22,9% non ne ha mai presentato uno (figura 3).

Figura 3 – Ha mai presentato un ricorso per la nomina di AdS?

Ha mai presentato un ricorso per la nomina di AdS?

48 risposte

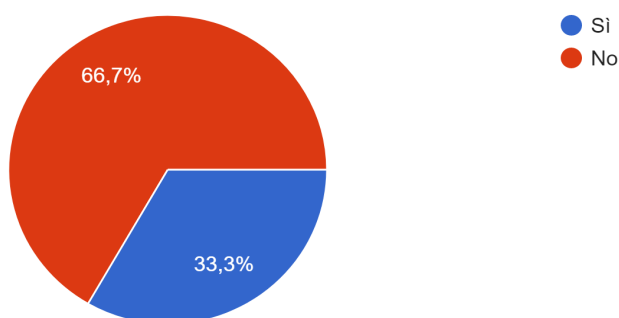


Il 33,3% ha richiesto almeno una volta la nomina di un AdS rispetto alle disposizioni sanitarie, nonché alle disposizioni anticipate di trattamento. Il 66,7% non ha mai presentato richiesta di nomina rispetto a quest'ambito (figura 4).

Figura 4 – L'AdS può prendere decisioni connesse a disposizioni sanitarie, nonché alle disposizioni anticipate di trattamento. Le è mai capitato di richiedere la nomina di un AdS rispetto a quest'ultimo ambito di intervento?

L'AdS può prendere decisioni connesse a disposizioni sanitarie, nonché connesse alle disposizioni anticipate di trattamento. Le è mai capitato di rich...n AdS rispetto a quest'ultimo ambito di intervento?

48 risposte

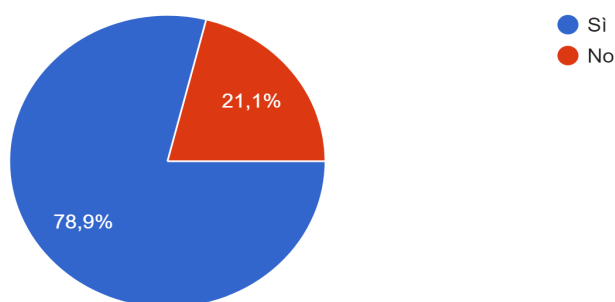


Di quel 33,3% di richieste presentate al G.T. per la nomina di AdS in connessione alle decisioni sanitarie e alle disposizioni anticipate di trattamento, il 78,9% sono state accolte; il 21,1% non sono state accolte (figura 5).

Figura 5 – Il Giudice Tutelare l'ha accolta?

Il G.T. l'ha accolta?

19 risposte

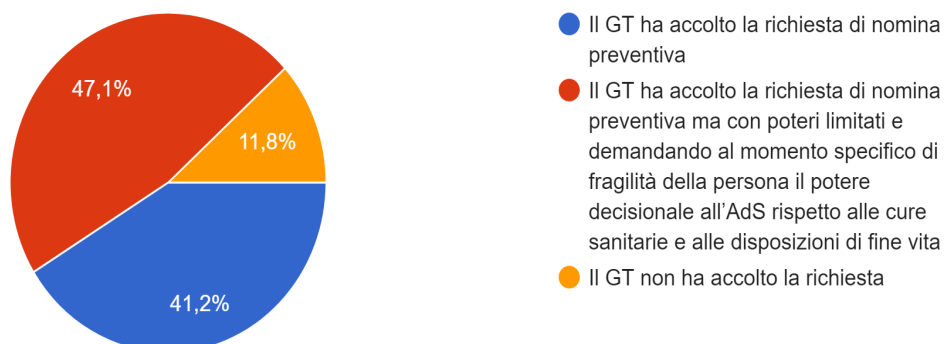


Di quel 78,9% che è stato accolto, nel 41,2% dei casi il G.T. ha accolto la richiesta di nomina preventiva; nel 47,1% il G.T. ha accolto la richiesta di nomina preventiva ma con poteri limitati e demandando al momento specifico di fragilità della persona il potere decisionale dell'AdS rispetto alle cure sanitarie e alle disposizioni di fine vita; nel 11,8% il G.T. non ha accolto la richiesta (figura 6).

Figura 6 – Con che declinazioni?

Con che declinazioni?

17 risposte

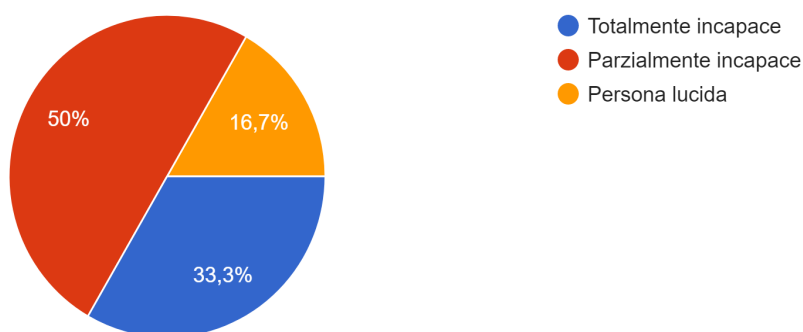


Il 33,3% delle persone al momento della nomina dell'AdS erano totalmente incapaci; il 50% delle persone erano parzialmente incapaci; nel 16,7% dei casi la persona era lucida (figura 7).

Figura 7 – La persona era totalmente incapace o la nomina è potuta avvenire anche prima della totale incapacità della persona?

La persona era totalmente incapace o la nomina è potuta avvenire anche prima della totale incapacità della persona?

18 risposte

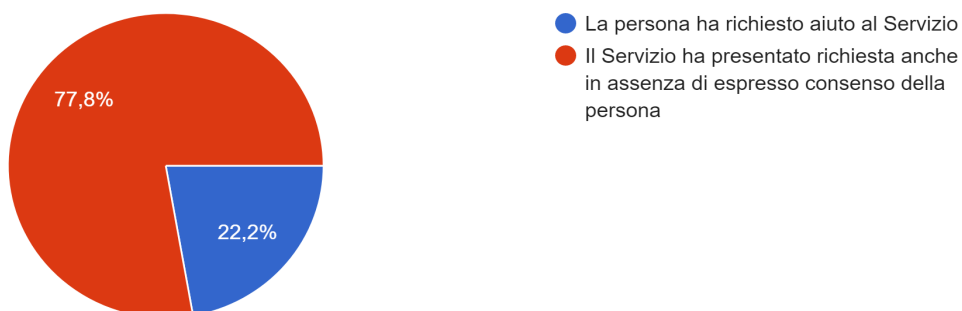


Nel 22,2% dei casi la persona ha chiesto aiuto al servizio; nel restante 77,8% dei casi il servizio ha presentato richiesta anche in assenza di espresso consenso da parte della persona (figura 8).

Figura 8 – La richiesta di nomina è partita dalla persona che ha chiesto un aiuto al Servizio, o quest'ultimo ha ritenuto utile presentare richiesta anche in assenza di espresso consenso del soggetto?

La richiesta di nomina è partita dalla persona che ha chiesto un aiuto al Servizio, o quest'ultimo ha ritenuto utile presentare la richiesta anche in assenza di espresso consenso del soggetto?

18 risposte

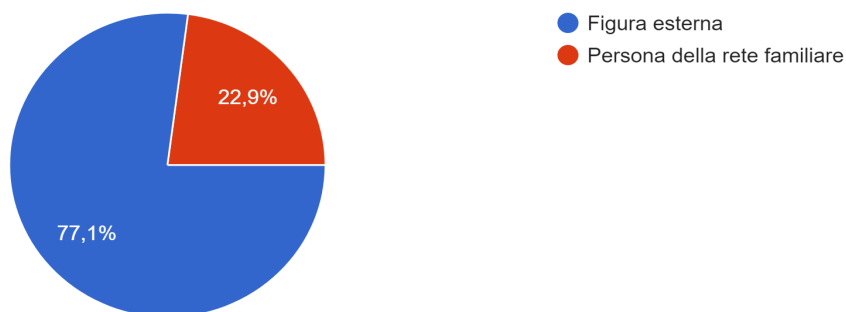


Nel 77,1% dei casi la figura nominata quale AdS è stata una figura esterna; nel 22,9% è stata nominata una persona della rete familiare (figura 9).

Figura 9 – Nella sua esperienza, la persona nominata è stata una figura esterna (un professionista) oppure una persona della rete familiare?

Nella sua esperienza, la persona nominata è stata una figura esterna (un professionista) oppure una persona della rete familiare?

48 risposte

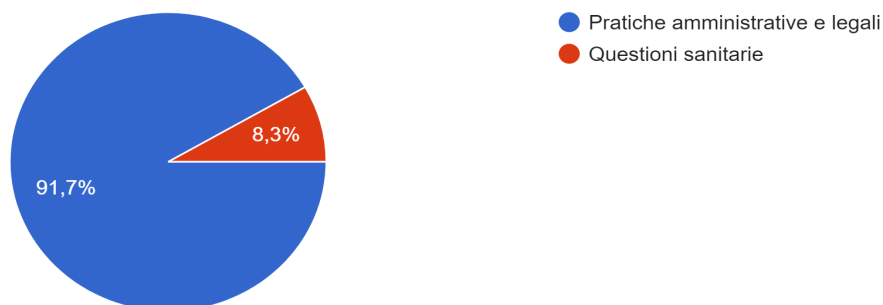


Il 91,7% degli Assistenti sociali ha risposto che è più frequente che i compiti che deve svolgere l'AdS siano connessi a pratiche amministrative e legali; il 8,3% ha risposto che è più frequente che sino connessi a questioni sanitarie (figura 10).

Figura 10 – Rispetto ai compiti che deve svolgere l'AdS, è più frequente che siano connessi a pratiche amministrative e legali, oppure a questioni sanitarie?

Rispetto ai compiti che deve svolgere l'AdS, è più frequente che siano connessi a pratiche amministrative e legali, oppure a questioni sanitarie?

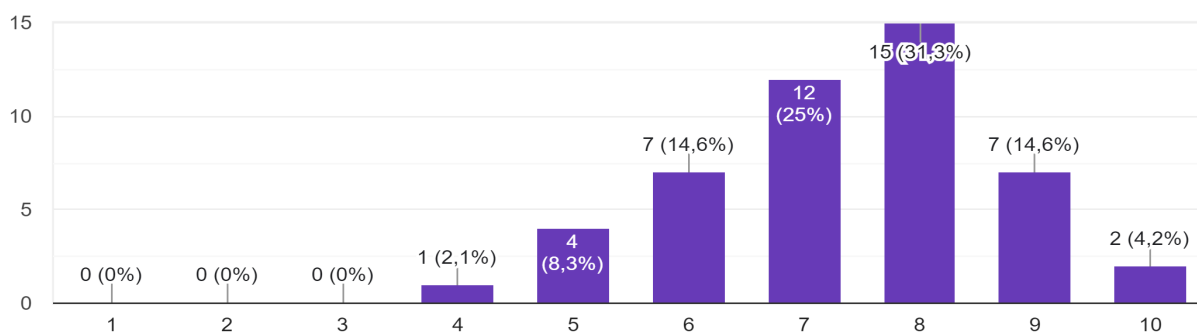
48 risposte



Su una scala da 1 (in totale disaccordo) a 10 (in totale accordo), il 4,2% (2 su 48) degli Assistenti Sociali è totalmente d'accordo sul fatto che sia meglio nominare un AdS professionista che possa occuparsi di pratiche amministrative e legali (valore 10); il 14,6% (7 su 48) è assolutamente d'accordo (valore 9); 31,3% (15 su 48) è molto d'accordo (valore 8); il 25% (12 su 48) è discretamente d'accordo (valore 7); il 14,6% (7 su 48) è abbastanza d'accordo (valore 6); il 8,3% (4 su 48) è d'accordo (valore 5); il 2,1% (1 su 48) è poco d'accordo (valore 4) (figura 11).

Figura 11 – Rispetto alle pratiche amministrative e legali è meglio che il ruolo di AdS sia svolto da un professionista. Quanto si trova d'accordo con questa affermazione?

Rispetto alle pratiche amministrative e legali è meglio che il ruolo di AdS sia svolto da un professionista. Quanto si trova d'accordo con quest... a 1 (in totale disaccordo) a 10 (in totale accordo)
48 risposte



Su una scala da 1 (in totale disaccordo) a 10 (in totale accordo) il 6,3% (3 su 48) degli Assistenti sociali è quasi totalmente d'accordo con l'affermazione che sia meglio che il ruolo dell'AdS, rispetto alle questioni sanitarie, sia svolto da un familiare (valore 9); il 14,6% (7 su 48) è molto d'accordo (valore 8); 14,6% (7 su 48) è discretamente d'accordo (valore 7); il 27,1% (13 su 48) è abbastanza d'accordo (valore 6); il 18,8% (9 su 48) è d'accordo (valore 5); il 10,4 (5 su 48) è poco d'accordo (valore 4); il 6,3% (3 su 48) è abbastanza in disaccordo (valore 3); il 2,1% (1 su 48) è totalmente in disaccordo (valore 1) (figura 12).

Figura 12 – Rispetto alle questioni sanitarie è meglio che il ruolo di AdS sia svolto da un familiare. Quanto si trova d'accordo con questa affermazione?

Rispetto alle questioni sanitarie è meglio che il ruolo di AdS sia svolto da un familiare. Quanto si trova d'accordo con questa affermazione? Misurazione da 1 (in totale disaccordo) a 10 (in totale accordo)
48 risposte

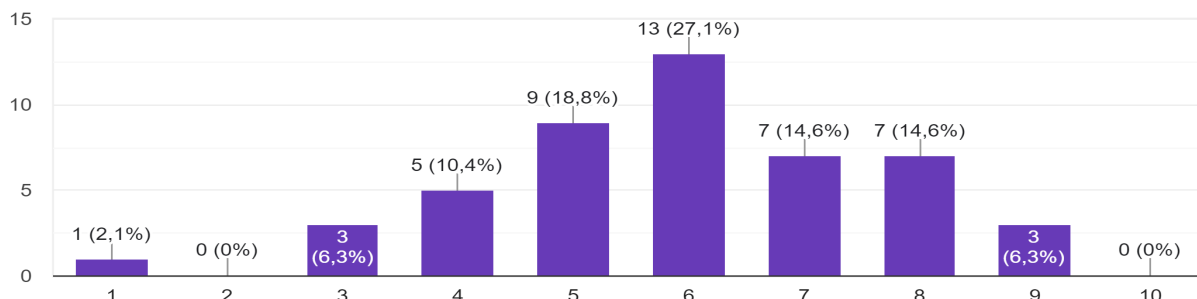


Tabella 13 - Quali ritiene che possano essere i pro e i contro della nomina di un AdS come figura esterna alla rete familiare rispetto alle pratiche amministrative e legali?

PRO

Spesso è maggiore la competenza dell'esperto esterno

Maggiore competenza, se l'amministratore è una persona che svolge con impegno e diligenza l'incarico

La nomina di una figura esterna garantisce l'imparzialità nella gestione delle pratiche amministrative o legali del proprio assistito.

Competenza tecnica

IMPARZIALI

Dipende dalla situazione, dalla storia della persona e dalle relazioni familiari esistenti. Ogni caso merita una valutazione specifica

CONTRO

I temi economici sono molto delicati da trattare in ambito familiare se vi sono conflittualità

Scarso tempo a disposizione per ogni singolo assistito da parte AdS;
Non sempre il professionista nominato è in grado o ha competenza nella gestione del proprio assistito

Scarsa consapevolezza delle dinamiche personali del beneficiario

Più competenza e più autorità
L'imparzialità nelle decisioni
che a volte colpiscono le
famiglie fragili
Competenza, conoscenza
delle pratiche, affidabilità
In caso di conflittualità
famigliare

In caso di difficoltà da parte
dei famigliari di gestire un
patrimonio diversificato e
importante.

La nomina di un ADS esterno
favorisce una relazione più
serena e chiara tra i familiari.

Maggiore competenza, tempi
più rapidi, canali preferenziali

Sono necessarie delle
competenze professionali

Minor tempo a disposizione
Lentezza delle risposte
perché di solito un esterno
ha molti altri casi
Minore conoscenza della
persona
Viene mal tollerato
dall'interessato e dalla
famiglia, diffidenza
Mancanza di investimento
emotivo, conoscenza della
persona e di conseguenza
difficoltà nella progettualità
di vita dell'amministrato
Non avendo un investimento
emotivo nelle situazioni
magari un professionista si
limita a svolgere le pratiche
necessarie senza magari
indagare altri bisogni latenti.
Spesso il problema è che la
figura esterna è un avvocato
che ha molti assistiti e quindi
non ha tempo di espletare in
modo celere le pratiche
amministrative anche se di
certo lo fa con maggiore
dimestichezza rispetto ad un
familiare poco avvezzo alle
procedure burocratiche
Una possibile
deresponsabilizzazione del
nucleo familiare

Mancanza di investimento
emotivo, oggettività nella
presa di decisioni,
competenze tecniche
contabilità, tecnologia,
burocrazia, istituzioni

Un professionista solitamente
è più facilitato per la fruizione
delle pratiche di tipo
amministrativo perché
conosce le procedure e sanno
di contattare e dove recarsi.

Maggiore affidabilità e
imparzialità, competenza

Neutralità del ruolo

Figura competente, super
partes, spesso più disponibile
di quanto lo possa essere un
familiare

Dipende dalle capacità, ma
soprattutto disponibilità
dell'ADS esterno nel farsi
carico

Miglior capacità di gestire i
redditi della persona e
soprattutto di tenere ordine
negli incartamenti

Poca conoscenza della
persona o della
problematica di cui è
portatore

Persona che non conosce
(da dentro) le dinamiche
familiari - non può
conoscere la storia
dell'assistito come un
familiare

Protrarsi delle tempistiche
d'intervento

E' comunque necessario
collaborare con la figura
esterna per recuperare
documenti e per spiegare
l'aspetto economico che
talvolta è un argomento
spinoso per le famiglie
Tempo da dedicare

Minore conoscenza
dell'interessato e
conseguente rischio di non
cogliere l'interesse in toto

Minor conflitto di interessi sul piano finanziario, maggior competenza si spera sul piano amministrativo burocratico

Lascia ad una terza persona le incombenze burocratiche che necessitano di tempo e capacità a scapito talvolta dell'assistenza diretta al familiare

Maggiore dimestichezza

Professionista potrebbe avere più competenze - neutralità - non implicazione emotiva

Il familiare svincolato da questioni amministrative può concentrarsi maggiormente sugli aspetti affettivi e mantenere una relazione più positiva con l'amministrato, spesso non sempre in accordo con la scelta dell'ADS

Mancanza di una conoscenza approfondita dell'amministrato

Conoscenza delle effettive volontà dell'amministrato in particolare nella condizioni in cui la persona non è in grado di esprimere più le proprie volontà, un familiare conosce meglio i desideri del proprio caro e cosa avrebbe voluto scegliere se ne avesse ancora la facoltà. A volte capita che venga nominato un professionista con già molti altri incarichi, con il rischio che non riesca a dedicare sufficiente tempo e attenzione alla situazione specifica.

La non immediata disponibilità ad essere contattato in caso di necessità

Potrebbe esserci un disaccordo con i parenti quindi risulta necessario avviare continue azioni di mediazione

Un professionista sia in grado di avere maggior conoscenza dell'iter da seguire per le pratiche amministrative
Maggiore lucidità nelle decisioni

Solitamente i professionisti hanno più competenze in materia; inoltre non essendo implicati nei legami familiari hanno una posizione più neutrale rispetto ai familiari (soprattutto nei casi di conflitto).

Essere esterno alle dinamiche familiari, talvolta non chiare, che possono mettere in secondo piano il reale interesse del beneficiario.

Solitamente la nomina di un ADS avviene quando non vi è rete parentale oppure la stessa presenta degli aspetti di criticità quindi avere una persona esterna diventa la

Non completamente a conoscenza del vissuto-passato del rappresentato

Può succedere che i familiari non si assumano alcuna responsabilità rispetto alle questioni pratiche amministrative e legali delegando totalmente all'AdS.

Lo svantaggio è rappresentato dal fatto che l'ADS non conosce l'amministrato e non sempre riesce ad instaurare un rapporto di fiducia. Molto dipende dalle capacità dell'ADS di creare una relazione che va al di là dei compiti

burocratico/amministrativi.

Il contro è che l'ADS esterno non sempre riesce ad instaurare un rapporto di fiducia nella relazione con l'utente e con la sua famiglia.

Difficoltà di trovare figure disponibili, eccessivo carico e mancanza di "tempo" nel seguire i processi, rimborsi eccessivi rispetto alle funzioni svolte senza

soluzione più opportuna
Competenza e professionalità

Il pro è che non ci siano conflitti di interesse.

Il vantaggio è rappresentato dal fatto che un ADS esterno spesso ha più competenze nello svolgimento delle pratiche burocratiche oltre che "spezzare" dinamiche familiari spesso difficili.

Il pro è che l'ADS esterno riesce ad agire in modo più efficace (essendo esterno a dinamiche di relazioni familiari che a volte rendono difficile l'attuazione della progettualità) e inoltre l'ADS esterno spesso ha maggiore conoscenza degli aspetti amministrativi e di collaborazione con gli enti.

Non coinvolgimento affettivo con l'utente, competenze amministrative/burocratiche, neutralità nei rapporti con il CSM

condivisione con l'utente
Poco coinvolgimento affettivo/emotivo e scarso dialogo/condivisione con l'amministrato

Non sempre però ha così a cuore la situazione del beneficiario da presentare diverse istanze che potrebbero invece essere importanti.

Potrebbe essere umanamente meno coinvolto nella gestione dell'assistito nella visione globale delle sue necessità umane.

Di contro rimane a volte una figura "distante" dai bisogni della quotidianità

Se ha approccio burocratico non investe nel mantenimento a domicilio ma più facilmente segue richieste di

Maggiore competenza

Un esterno, solitamente un professionista riesce a districarsi meglio negli uffici pubblici preposti.

La gestione di pratiche amministrative da parte di una figura esterna qualificata sulla soggettività del caso segnalato, prefigura che questi venga scelto nella migliore competenza per la gestione burocratica/amministrativa che spesso tali pratiche richiedono.

Se esiste una conflittualità relazionale nel nucleo è meglio che tale figura sia svolto da un terzo per garantire neutralità e

istituzionalizzazione

C'è, spesso, scarsa condivisione con la persona che si sta amministrando
L'aspetto sfavorevole della nomina di una figura esterna si connota nella difficoltà di stabilire un rapporto di fiducia con una persona sconosciuta e la percezione che tale figura "si appropri" dei beni e si "arruoli" il diritto di decidere. Quando la nomina investe la figura dell'avvocato vi è talvolta anche il rischio che tale professionista sia investito di compiti impropri.

Lontananza fisica dal beneficiario, mancanza di valore affettivo

imparzialità

Più lucidità e praticità nella gestione

Permette di uscire da conflittualità familiari sulle scelte di vita della persona

La figura esterna rappresenta in toto il beneficio anche per il futuro delle sue pratiche amministrative legali. Il familiare anche se dettato da buoni propositi e per il bene del congiunto in un certo qual senso è sempre coinvolto o invischiato, tale per cui l'oggettività di quanto può venire a mancare inficiando per il futuro il benessere dell'assistito.

Un esterno alla famiglia, spesso un professionista, è una figura maggiormente riconosciuta all'esterno (dagli enti) e spesso più esperta nell'approccio con i vari interlocutori (sanitari, amministrativi..) e con maggiore padronanza degli strumenti amministrativi e legislativi

Giusta distanza senza interessi diretti

La figura esterna e professionista è favorevole

quando la situazione patrimoniale è importante e sussistono aspetti di complessità. Inoltre quando sono presenti conflittualità nell'ambito della rete familiare Competenza, super partes, maggiore tutela in caso di conflittualità familiare e interesse o al contrario disinteresse

Tabella 14 - Quali ritiene che possano essere i pro e i contro della nomina di un AdS come persona interna alla rete familiare rispetto alle questioni sanitarie?

PRO	IMPARZIALI	CONTRO
Il familiare spesso era informato del volere del proprio fare ed è più disponibile a battersi per realizzare il volere del congiunto	Dipende sempre dal rapporto tra amministratore e amministrato e dalle caratteristiche personali del primo	Familiari molto coinvolti emotivamente, non sempre preparati, a volte condizionati da loro preconcetti, possibilità di fratture familiari qualora AdS si metta contro altri familiari
La nomina di un familiare come AdS nella gestione delle questioni sanitarie del proprio congiunto/assistito garantisce una maggiore empatia e rispetto delle scelte dello stesso in tempi precedenti alla malattia.	Se della rete familiare conosce bene il bisogno e le necessità dell'amministrato è vicino ma a volte può non avere le competenze per tematiche complesse o tecniche da seguire	L'AdS/famigliare può confondere le sue scelte con quelle del suo assistito.
Conoscenza della situazione personale e delle inclinazioni	Rispetto alle decisioni da parte di un familiare per quanto attiene lo stato di	Coinvolgimento emotivo

salute, il familiare in questione
onde evitare scelte dettate
dall'emotività potrebbe
richiedere un confronto con il
GT o altri professionisti del
settore.

Se la famiglia ha sempre
seguito il paziente di
conseguenza potrà farlo in
maniera efficace anche come
AdS

Dipende dalla situazione,
dalla storia della persona e
dalle relazioni familiari
esistenti. ogni caso merita una
valutazione specifica

L'AdS deve prendere delle
decisioni per quanto possibile
oggettive per il bene

adell'assistito, se è un

familiare è ovviamente
coinvolto emotivamente.

Rischio di coinvolgimento
emotivo

Se il rapporto non è
equilibrato tra beneficiario e
AdS familiare può essere
difficile farsi portavoce dei
desideri del beneficiario

La figura esterna riesce ad
accogliere con minore
"pesantezza" le indicazioni
degli operatori incaricati del
caso, ed essere quindi di
conseguenza più sereno
nelle sue decisioni

Troppo coinvolgimento
emotivo, scelte non lucide

Invischiamento affettivo e
mancanza di oggettività;

mancanza di competenze utili
all'amministrazione

(contabilità, tecnologia,

Conoscenza profonda della
persona e dei suoi desideri

Una persona interna alla
famiglia di solito conosce i
desideri del beneficiario.

Conoscenza delle volontà
pregresse della persona

Conosce la persona da vicino
e le sue esigenze

Coinvolgimento emotivo e
buona conoscenza dei veri
desideri della persona

Positivo è che i familiari sanno con precisione quali sono le volontà/interessi/prospettive del beneficiario ha e le decisioni rispettano con più facilità il principio di autodeterminazione

Maggiore facilità di dialogo con l'amministrato

Il legame parentale, la conoscenza delle abitudini di vita

Gli aspetti sanitari su cui si chiede di intervenire sono spesso di natura personale e intima, aspetti questi che un familiare conosce nel dettaglio

Spesso solo il familiare è veramente a conoscenza dei desideri e delle volontà dell'assistito. Un amministrato di sostegno spesso ha solo una

burocrazia, istituzioni)

Visione della persona AdS anche all'esterno solo come la "mamma" il "papà" senza tenere in considerazione che oltre ad un padre e una madre si ha davanti un persona demandata dal giudice di tutelare e proteggere l'interesse del beneficiario.

Potrebbero esserci conflitti all'interno della famiglia e il compito potrebbe essere svolto in modo poco adeguato e influenzato dai sentimenti e le dinamiche familiari

Possibile poca competenza sulla valutazione di cure, profilassi, percorsi terapeutici, vaccinazioni.

Essere troppo vicini può scatenare maggiori conflittualità

Non essere obiettiva, in difficoltà nel gestire la relazione problematica, possibile conflitto di interesse

superficiale conoscenza

dell'assistito e quasi mai ha
trattato con lo stesso il tema
del fine vita

Definizione del piano
d'intervento e quali azioni
intraprendere in accordo con i
medici se presenti delle
richieste e decisioni
antecedente la nomina

Per la pianificazione delle
cure è verosimile che sia il
familiare ad essere incaricato
della nomina di fiduciario e
con lui il paziente ha modo di
parlare e confrontarsi
direttamente

Coinvolgimento affettivo e
maggiore conoscenza della
persona

Neutralità - minor sofferenza
emotiva nel prendere
decisioni difficili - possibilità di
sostegno da parte della rete
familiare in modo che la
scelta sia una scelta comune

Il familiare spesso è colui che
si è sempre fatto carico delle
questioni sanitarie, quindi
sarebbe un incarico più in
continuità e basato su una
maggiore conoscenza
personale anche rispetto ai

Eccessivo coinvolgimento
emotivo nelle decisioni

Le idee del beneficiario
possono non coincidere con
quelle del familiare che
potrebbe non accettare la
richiesta o essere in
imbarazzo a portare avanti
l'istanza del familiare

Può però impedire di
prendere le decisioni
razionalmente

Mancanza di un'affettività che
a volte è necessaria nelle
scelte - mancanza di
conoscenza della persona -
rischio di entrare in collusione
con la rete familiare per
scelte non condivise

La vicinanza affettiva
potrebbe portare il familiare a
prendere delle decisioni in
maniera troppo autonoma

valori e scelte individuali

Il familiare ha una conoscenza maggiore di come era la persona e cosa avrebbe potuto scegliere

Maggiore conoscenza del beneficiario

Magari conosce le volontà del familiare e può rispettarle

Una conoscenza profonda dei bisogni e desideri del beneficiario.

Se la rete parentale è adeguata, le scelte sugli aspetti sanitari risultano garanti degli interessi della persona e nello stesso tempo tengono conto del vissuto emotivo dei familiari. Spesso le scelte sanitarie attivano delle dinamiche emotive importanti e i familiari, quando adeguati, hanno il diritto di sentirle rispettate

A volte però il familiare è legato emotivamente alla persona e potrebbe trovarsi in difficoltà di scelta.

Implicazioni emotive

La poca professionalità, l'incapacità di svolgere in autonomia determinati passaggi burocratici e quindi un appesantimento per l'as che deve seguire anche l'ads, il farsi invischiare in dinamiche familiari e in aspetti relazionali /affettivi che possono compromettere l'obiettività

Troppo coinvolto per essere obiettivo e rischio di impreparazione

Rispetto alle questioni sanitarie una persona interna alla rete potrebbe essere troppo coinvolta e non considerare realmente i bisogni del proprio familiare assistito

Vi sia una sensibilità e una capacità di comprendere meglio il proprio familiare nelle sue necessità

Il vantaggio si ha solo laddove esiste una buona relazione tra l'amministrato ed il familiare, fondata su un sentimento di fiducia

Il vantaggio si ha solo se c'è una buona relazione tra amministrato e il familiare, in questo modo si formalizza spesso una situazione che c'è già

Presenza in carico dei problemi, presenza nelle questioni che riguardano l'utente

Conoscenza profonda della persona e magari dei suoi desideri e stili di vita e sue volontà

Un esterno potrebbe "appoggiare" maggiormente decisioni che si avvicinano all'accanimento terapeutico mentre i familiari spesso sono contrari a questi aspetti.

Al contempo, l'assistito potrebbe riporre nel familiare quel giusto valore di fiducia

Lo svantaggio si manifesta quando la gestione di aspetti patrimoniali va ad incidere negativamente sulla relazione.

Lo svantaggio si manifesta quando la gestione di aspetti patrimoniali incide negativamente sulla relazione.

Scarsa competenza tecnica, coinvolgimento affettivo, presenza spesso di problematiche che rendono difficile valutare obiettivamente la situazione del congiunto

Troppo coinvolgimento

Un familiare AdS, potrebbe essere ostacolato nella scelta sanitarie a tutela dell'assistito per il maggiore investimento affettivo nei suoi confronti.

Confonde i suoi desideri personali con la volontà della persona a volte non lo ascolta decide lui cosa va bene

Lato emotivo può influire eccessivamente nei rapporti

indispensabile a gestire il momento difficile del percorso di vita: in momenti forti della vita una figura esterna potrebbe essere vissuta da paziente come poco rassicurante. Occorrerebbe un percorso di avvicinamento da preparare per tempo
Maggiore condivisione e conoscenza delle volontà del tutelato
Dirimere eventuali controversie con il parere di altri familiari

con i servizi

Minore dimestichezza delle procedure per tutela sanitaria

Troppo coinvolgimento emotivo

Il familiare può avere difficoltà ad assumere decisioni obiettive e neutrali, avvertire peso e responsabilità in conflitto con la parte affettiva. Coinvolgimento affettivo, incompetenza se non figura medica

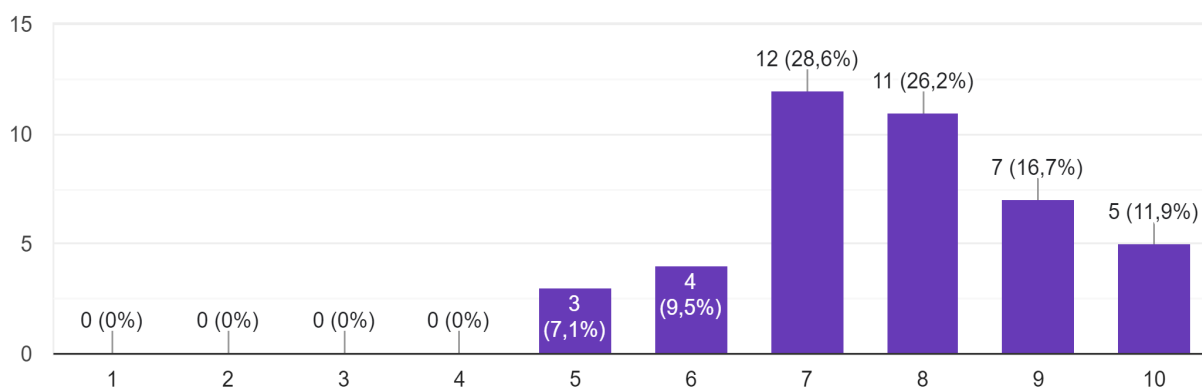
Su una scala da 1 (in totale disaccordo) a 10 (in totale accordo), il 11,9% (5 su 48) degli Assistenti Sociali è totalmente d'accordo sul fatto che l'istituto dell'AdS è stato efficace rispetto alla motivazione del ricorso (valore 10); il 16,7% (7 su 48) è quasi totalmente d'accordo (valore 9); il 26,2% (11 su 48) è molto d'accordo (valore 8); il 28,6% (12 su 48) è discretamente d'accordo (valore 7); il 9,5% (4 su 48) è d'accordo (valore 6); il 7,1% (3 su 48) è poco d'accordo (valore 5).

Tabella 15 – Ritiene che l'utilizzo di questo istituto sia stato efficace rispetto alla motivazione del ricorso?

Ritiene che l'utilizzo di questo istituto sia stato efficace rispetto alla motivazione del ricorso?

Misurazione su una scala da 1 (in totale disaccordo) a 10 (in totale accordo)

42 risposte



5.1 Risultati

Partendo dalle seguenti ipotesi iniziali:

- I Giudici in genere non sono predisposti a nominare un AdS in previsione di una futura incapacità della persona a prendere decisioni connesse alle disposizioni sanitarie e che, nel caso in cui decidano di nominarlo, gli stessi non danno indicazioni specifiche rispetto alla possibilità per gli AdS di decidere in merito alle disposizioni sanitarie, lasciando discrezionalità agli stessi, e alla possibilità in molti casi quindi, di lasciare un margine di incertezza e vuoto, di volta in volta interpretabile in forma diversa da questi ultimi.
- Gli Assistenti Sociali sono più predisposti verso la nomina di un AdS come figura esterna rispetto a quella di un familiare, per una questione legata soprattutto al coinvolgimento emotivo da parte del diretto interessato o dei suoi familiari, che non permetterebbe loro di

essere obiettivi nel momento in cui si dovessero prendere delle decisioni sanitarie importanti.

I risultati che sono emersi dai questionari sono i seguenti.

Di n. 155 questionari inviati agli Assistenti Sociali dipendenti dell'A.ULSS6 (di cui differenziando anche l'ambito tra Comune, SER.D., C.S.M., Disabilità Adulta), delle Case di Riposo e dell'Azienda Ospedaliera, al fine di indagare nell'ambito socio-sanitario l'incidenza delle tematiche sopra enunciate, solo 48 hanno risposto al questionario.

Una così scarsa risposta numerica sul totale, mi ha fatto pensare a tre motivazioni possibili:

- la tematica trattata non era interessante per la persona a cui è stata sottoposta;
- gli Assistenti Sociali sono oberati di lavoro e non riescono a dedicare tempo lavoro a ricerche di questo tipo, che non siano strettamente connesse alle loro esigenze lavorative;
- la richiesta di compilazione del questionario non veniva proposta da un Ente istituzionale, ma da un indirizzo di posta elettronica dell'Università, sconosciuto alla maggior parte degli Assistenti Sociali, per cui non è stato preso seriamente in considerazione.

Alla prima domanda (Per quale Servizio lavora?) sono state inserite 51 risposte, vale a dire che tre persone hanno risposto sia alla domanda rispetto ad un ambito specifico, sia all'ambito più generico dell'A.ULSS6. Non avendo specificato nel questionario che bisognasse indicare quest'ultimo ambito come alternativo agli altri, probabilmente qualcuno avrà interpretato di dover inserire anche quella risposta, essendo, oltre che un dipendente di un Servizio specifico, anche un dipendente dell'Azienda ULSS.

In ogni caso, la maggioranza dei colleghi che hanno risposto (21 su 48) dichiarano di lavorare genericamente presso l'Azienda ULSS, per cui in ambiti diversi rispetto a quelli da me individuati come prioritari per la ricerca (Comune, SER.D., C.S.M., Disabilità Adulta, R.S.A., Azienda Ospedaliera). Rispetto agli altri ambiti più specifici, e secondo me più connessi alle tematiche trattate, le risposte sono arrivate in numero omogeneo da tutti gli altri 6 ambiti (in media hanno risposto 5 persone per ogni ambito specifico).

Ambiti di lavoro degli Assistenti Sociali (figura 1): il 10,4% (5 su 48) lavora in ambito Comunale; il 10,4% (5 su 48) lavora in ambito SER.D.; il 12,5 (6 su 48) lavora in ambito C.S.M.; il 10,4% (5 su 48) lavora in ambito Disabilità Adulta; il 8,3% (4 su 48) lavora in

ambito R.S.A.; il 10,4% (5 su 48) lavora in ambito di Azienda Ospedaliera; il 43,8% (21 su 48) lavorano genericamente in Azienda Ulss (vale a dire Servizi per minori o altro).

Il campione non è molto rappresentativo, ma tenterò di analizzare comunque i dati emersi per poterne trarre alcune conclusioni rispetto alle ipotesi sopra enunciate.

Tutti gli Assistenti Sociali che hanno risposto conoscono la figura dell'Amministratore di Sostegno (figura 2), per cui l'ambito della ricerca sembra essere chiaro. In più la maggioranza di chi ha risposto (37 su 48) ha presentato almeno un ricorso per nomina di AdS (figura 3); ma solo 16 Assistenti Sociali di quei 48 hanno presentato richiesta di nomina AdS rispetto all'ambito di intervento delle decisioni connesse a disposizioni sanitarie, nonché alle decisioni connesse alle Disposizioni Anticipate di Trattamento (figura 4).

Alla domanda successiva, rispetto alla decisione del G.T. di accogliere la richiesta di nomina AdS rispetto all'ambito di intervento delle decisioni connesse a disposizioni sanitarie, nonché alle decisioni connesse alle Disposizioni Anticipate di Trattamento (figura 5), hanno risposto 19 Assistenti Sociali, invece che 16, come da esito della domanda precedente. Probabilmente qualcuno avrà interpretato la possibilità di rispondere alla domanda anche in assenza del requisito riferito alla specifica della domanda precedente. In ogni caso, su 19 risposte, 15 sono state accolte dal G.T., e 4 non lo sono state. Questo fa ben presupporre sul fatto che i Giudici siano ben disposti a nominare AdS che possano occuparsi di disposizioni sanitarie e DAT.

Tali disposizioni (anche qui 17 risposte su 16 riferite alle richieste presentate di nomina AdS rispetto all'ambito di intervento delle decisioni connesse a disposizioni sanitarie, nonché alle decisioni connesse alle Disposizioni Anticipate di Trattamento – figura 6), quasi la metà (7 su 17) indica che la richiesta di nomina preventiva dell'AdS è stata accolta, e l'altra metà (8 su 17) è stata accolta, ma con poteri limitati, demandando al momento specifico di fragilità della persona, il potere decisionale all'AdS rispetto alle cure sanitarie e alle disposizioni di fine vita; solo la minima parte (2 su 17) delle richieste non è stata accolta. Secondo questi dati sembra quindi che ci sia una buona predisposizione da parte dei G.T. di nominare AdS su proposta degli Assistenti Sociali ma, in riferimento alle decisioni sanitarie e le DAT, si riscontra una *cautela* da parte dei G.T., che demanda l'autorizzazione all'AdS a decidere in ambito sanitario al momento in cui la persona si troverà in difficoltà.

Al momento della nomina dell'AdS la metà (9 su 18) delle persone erano parzialmente incapaci; 6 su 18 persone erano totalmente incapaci; 3 su 18 dei casi la persona era lucida (figura 7), per cui la maggioranza delle nomine (15 su 18) sono avvenute in situazioni di totale o parziale incapacità. Questo dato conferma il *trend* precedente, ovvero che i G.T. propendono a nominare gli AdS nella maggior parte dei casi quando la persona si trova in una situazione di conclamato bisogno. Anche qui le risposte dovevano essere 16, ma probabilmente, come nelle due domande precedenti, i colleghi che hanno risposto avranno interpretato la possibilità di rispondere alla domanda anche in assenza del requisito riferito alla specifica della domanda n. 4.

Rispetto alla richiesta di nomina (figura 8), in 14 su 18 casi il Servizio ha presentato richiesta anche in assenza di espresso consenso da parte della persona; in 4 casi su 18 la richiesta è partita dalla persona che ha chiesto un aiuto al Servizio. Questi dati confermano il fatto che il mandato istituzionale, sociale e professionale degli Assistenti Sociali mira, tra le altre cose, alla prevenzione di tutte le condizioni non favorevoli al benessere della persona e a tutte quelle azioni che richiedono una tutela giuridica dei soggetti più fragili in tutte le loro limitazioni, comprese quelle che necessitano del consenso al trattamento sanitario e assistenziale qualora "la persona non sia in grado di esprimerlo".

Per quanto riguarda la figura che è stata nominata, nella maggior parte dei casi (37 su 48) il G.T. ha nominato una figura esterna (un professionista); per 11 casi su 40 è stata nominata una persona della rete familiare (figura 9). Questo ci fa pensare che si prediliga nominare una persona esterna alla rete perché più adatta ad affrontare sia le pratiche amministrative, sia le questioni inerenti la salute e le decisioni di fine vita. Altra opzione potrebbe essere invece la scarsa disponibilità da parte dei familiari ad assumere il compito di AdS, per questo motivo i G.T. sono costretti a nominare persone esterne. Altra ipotesi ancora potrebbero essere situazioni di conflittualità familiari che non permettano di svolgere obiettivamente il ruolo.

Rispetto ai compiti che deve svolgere l'AdS, la quasi totalità degli Assistenti Sociali (44 su 48) ha risposto che è più frequente che i compiti che deve svolgere l'AdS siano connessi a pratiche amministrative e legali; solo 4 su 48 hanno risposto che è più frequente che siano connessi a questioni sanitarie (figura 10). Questo coincide con il numero esiguo di ricorsi che sono stati presentati dagli Assistenti Sociali specificamente riguardanti le decisioni sanitarie (16 su 48).

I dati precedenti sono confermati anche dal fatto che la maggior parte degli Assistenti Sociali (43 su 48) che hanno risposto al questionario sono concordi sul fatto che sia meglio nominare un AdS professionista per quanto riguarda le pratiche amministrative e legali. Soltanto 5 su 48 sono poco d'accordo su questa affermazione, propendendo quindi su una figura legata alla sfera familiare (figura 11).

Rispetto alle questioni sanitarie invece le posizioni degli Assistenti Sociali non sono così nette, e la maggioranza (30 su 48) è d'accordo sul fatto che sia meglio che il ruolo dell'AdS, legato alle questioni sanitarie, sia svolto da un familiare. Una buona parte, ma comunque la minoranza (18 su 48) è più indecisa o comunque orientata verso una decisione diversa (figura 12).

Per quanto riguarda "i pro e i contro" rispetto alla nomina di un AdS esterno alla rete familiare rispetto alle pratiche amministrative (tabella 13), numericamente le risposte pervenute confermano la maggioranza di posizioni positive (i pro), indicando il professionista come detentore di maggiori competenze in campo amministrativo, con tempi più rapidi di risposta, canali preferenziali a cui accedere, e senza rischi di invischiamento emotivo; inoltre la nomina di un ADS esterno viene vista come assenza di conflitti di interesse e come un aiuto in favore di una relazione più serena e chiara tra i familiari.

Di contro molti Assistenti Sociali hanno evidenziato: la difficoltà per l'AdS esterno alla rete di dedicare il tempo necessario ad ogni beneficiario; difficoltà da parte di quest'ultimo di stabilire un rapporto di fiducia con una persona sconosciuta e la percezione che tale figura "si appropri" dei beni e si "arruoli" il diritto di decidere; scarsa condivisione con la persona che si sta amministrando; poco investimento nel mantenere a domicilio la persona, prediligendo la via dell'istituzionalizzazione; mancanza di investimento emotivo, conoscenza della persona e di conseguenza difficoltà nella progettualità di vita dell'amministrato.

Una sola posizione neutrale che invita a valutare specificamente ogni caso.

Per quanto riguarda invece la nomina di un familiare come AdS nella gestione delle questioni sanitarie (tabella 14) del proprio congiunto/assistito le posizioni a favore indicano: garanzia di una maggiore empatia e rispetto delle scelte dello stesso in tempi precedenti alla malattia; più disponibilità a battezzare per realizzare il volere del congiunto; le decisioni rispettano con più facilità il principio di autodeterminazione; maggior dialogo;

Neutralità - minor sofferenza emotiva nel prendere decisioni difficili - possibilità di sostegno da parte della rete familiare in modo che la scelta sia una scelta comune.

Per quanto riguarda i “contro” viene evidenziato che il familiare può avere difficoltà ad assumere decisioni obiettive e neutrali, avvertire peso e responsabilità in conflitto con la parte affettiva. Inoltre lo svantaggio si manifesta quando la gestione di aspetti patrimoniali incide negativamente sulla relazione; scarsa competenza tecnica, coinvolgimento affettivo, presenza spesso di problematiche che rendono difficile valutare obiettivamente la situazione del congiunto.

Rispetto alla domanda precedente (“i pro e i contro” rispetto alla nomina di un AdS esterno alla rete familiare rispetto alle pratiche amministrative) sono state inserite anche diverse idee neutrali (senza polarizzarsi solo sugli aspetti positivi e negativi), quali ad esempio: dipende sempre dal rapporto tra amministratore e amministrato e dalle caratteristiche personali del primo; la rete familiare conosce bene i bisogni e le necessità dell'amministrato, ma a volte può non avere le competenze per tematiche complesse o tecniche da seguire; rispetto alle decisioni da parte di un familiare per quanto attiene lo stato di salute, il familiare in questione onde evitare scelte dettate dall'emotività potrebbe richiedere un confronto con il G.T. o altri professionisti del settore; dipende dalla situazione, dalla storia della persona e dalle relazioni familiari esistenti; ogni caso merita una valutazione specifica.

La quasi totalità (45 su 48) degli Assistenti Sociali è d'accordo sul fatto che l'istituto dell'AdS sia stato efficace rispetto alla motivazione del ricorso (tabella 15); solo tre persone hanno espresso disaccordo mettendo un valore basso intorno al 5 (su una scala da 1 a 10). Questo fa desumere che l'istituto dell'AdS sia divenuto una figura riconosciuta come utile dagli Assistenti Sociali rispetto al ruolo di tutela che l'AdS assume nei confronti della persona fragile. Per quel che riguarda la questione delle decisioni sanitarie sembra dalle risposte che, anche in relazione alle esigue domande relative alla nomina di AdS connessa alle decisioni sanitarie, l'istituto sia stato efficace.

Conclusioni

Lo scopo di questa ricerca era capire l'evoluzione che sta avendo il ruolo dell'AdS in relazione alle decisioni connesse alle cure sanitarie e alle direttive anticipate di trattamento, sul territorio dell'A.ULSS6.

L'ipotesi iniziale era che i Giudici in genere non fossero inclini a nominare un AdS in previsione di una futura incapacità della persona a prendere decisioni connesse alle disposizioni sanitarie e che, nel caso in cui decidessero di nominarlo, che gli stessi non dessero indicazioni specifiche rispetto alla possibilità per gli AdS di decidere in merito, lasciando discrezionalità agli stessi, e alla possibilità in molti casi quindi, di lasciare un margine di incertezza e vuoto, di volta in volta interpretabile in forma diversa da questi ultimi.

Siamo partiti considerando le varie interpretazioni della legge rispetto all'importanza dell'attualità della richiesta come requisito per l'avanzamento della domanda di tutela. Abbiamo citato l'art. 408 del c.c., il quale ammetteva la "designazione preventiva" dell'Amministratore di Sostegno da parte dell'interessato, in previsione di un'eventuale futura incapacità, mediante atto pubblico o scrittura privata autenticata. Le varie interpretazioni della legge negli anni da parte della Corte di Cassazione sono cambiate: inizialmente non era possibile "richiedere l'apertura del procedimento ora per allora"; in seguito la Cassazione affermava che non era richiesto che la persona versasse in un generale stato di incapacità di intendere e volere, ma che fosse sufficiente che la stessa fosse priva, in tutto o in parte, di autonomia, a causa di una qualsiasi infermità o menomazione fisica, anche se parziale o temporanea, che la ponesse nell'impossibilità di provvedere ai propri interessi. La questione sembrava essere superata con l'entrata in vigore della legge n. 219/2017. La stessa sentenza n. 12998/2019 prevedeva che la designazione anticipata avesse un ulteriore scopo, ossia quello di consentire al designante, che fosse ancora capace di intendere e volere, di impartire direttive vincolanti in merito alle decisioni sanitarie o terapeutiche, da far assumere in un futuro all'Amministratore di Sostegno.

Abbiamo visto però che nel territorio dell'A.ULSS6 i ricorsi di nomina preventiva di AdS presentati dagli Assistenti Sociali connessi alle decisioni sanitarie e alle DAT sono stati accolti solo in 7 casi su 17, e in situazioni in cui i beneficiari erano già in una situazione di parziale o totale incapacità; solo in tre casi la persona era lucida. Inoltre nessun Assistente

Sociale ha citato le Disposizioni Anticipate di Trattamento nel questionario e, anche se la legge le prevede dando per scontato che siano stati superati tutti i dubbi rispetto alla nomina anticipata dell'AdS e rispetto alle questioni sanitarie, nella pratica questo strumento viene ancora pochissimo applicato. Per questo motivo attualmente nella sostanza, nel territorio dell'A.ULSS6, sembra che le decisioni in ambito sanitario rimangano comunque in capo ai familiari, ai medici, agli AdS (quando già presenti) e al G.T., che devono gestirsi insieme al beneficiario, quando questi sia in grado di comprendere, le decisioni sanitarie nei momenti più difficili.

Abbiamo evidenziato che la Legge 6/2004, introducendo l'art. 406 c.c., prevede che "i responsabili dei servizi sanitari e sociali direttamente impegnati nella cura ed assistenza della persona, ove a conoscenza di fatti tali da rendere opportuna l'apertura del procedimento di amministrazione di sostegno, sono tenuti a proporre al Giudice Tutelare il ricorso o a fornirne comunque notizia al Pubblico Ministero". I servizi sanitari e sociali, che generalmente in alcune situazioni sono tenuti solo alla segnalazione, alla denuncia o alla trasmissione del referto all'autorità giudiziaria, in questo caso godono di una legittimazione attiva.

Dal questionario emerge questa legittimazione attiva che gli Assistenti Sociali dell'A.ULSS6 sentono di poter esercitare anche senza l'espreso consenso del beneficiario, in virtù del principio del suo *best interest* di cui si parlava rispetto alle decisioni in ambito sanitario (caso Englaro), ma che si può applicare anche in ambito sociale, nel caso della miglior tutela della persona. Gli interventi dei Servizi socio-sanitari, in quanto opportuni ad assicurare adeguata protezione alla persona, realizzano infatti al contempo un interesse generale. La legittimazione riconosciuta ai responsabili dei servizi socio-sanitari si fonda sul potere di chiedere l'attuazione del diritto obiettivo e non sul voler far valere un diritto soggettivo proprio o altrui.

La seconda ipotesi della ricerca era che gli Assistenti Sociali fossero più inclini verso la nomina di un AdS come figura esterna rispetto a quella di un familiare, per una questione legata soprattutto al coinvolgimento emotivo da parte del diretto interessato o dei suoi familiari, che non permettesse loro di essere obiettivi nel momento in cui si dovessero prendere delle decisioni sanitarie importanti. Questa ipotesi si fonda sui dati emersi dalla ricerca che ho effettuato durante il tirocinio svolto presso il Servizio a Supporto dell'Amministrazione di Sostegno dell'A.ULSS6, che rilevava una netta prevalenza di nomine di professionisti a dispetto di nomina di AdS tra i familiari. Questo in

controtendenza con i numeri di professionisti disponibili ad assumere l'incarico, che sono risultati in numero nettamente inferiore rispetto all'aumento delle richieste di nomina.

In realtà, gli Assistenti Sociali dell'A.ULSS6 confermano la preferenza per la nomina di un AdS professionista per quanto riguarda le pratiche amministrative e legali, ma rispetto alle questioni sanitarie sono molto più orientati verso la nomina di un familiare. Nell'elenco dei pro e contro della nomina di un AdS professionista sono state inserite più osservazioni a favore rispetto alla nomina di AdS come persone esterne alla rete familiare, con meno dubbi sulla bontà di questa figura che sa essere più competente, obiettiva e, in certi casi, che sa mettersi in connessione anche con la persona amministrata.

Al contrario, rispetto alla nomina di un familiare che si occupi delle decisioni sanitarie, prevalgono i dati a favore, enfatizzando: la vicinanza alla persona e alla conoscenza dei suoi desideri, maggiore condivisione e conoscenza delle volontà del tutelato, l'assistito potrebbe riporre nel familiare quel giusto valore di fiducia indispensabile a gestire il momento difficile del percorso di vita, maggiore condivisione e dialogo; permangono comunque diverse posizioni rispetto alla connotazione negativa che potrebbe avere la connessione tra la gestione del patrimonio e le decisioni in ambito sanitario, che potrebbero creare delle tensioni, oltre che l'innescare di reazioni o dinamiche emotive che non renderebbero obiettivi questi ultimi nelle decisioni da prendere.

L'ipotesi iniziale quindi viene contraddetta dalle risposte che danno gli Assistenti sociali dell'A.ULSS6, che sembrano preferire quindi una figura di un familiare per quanto riguarda le decisioni in ambito sanitario. Gli stessi devono scontrarsi però con una disponibilità molto esigua di figure, sia professionisti che familiari, disponibili a ricoprire l'incarico, per cui a volte non si può scegliere, ma solo accogliere la disponibilità di chi si rende disponibile in quel momento. Nella mia esperienza di Assistente Sociale, ho riscontrato che molto spesso addirittura sono i familiari stessi che decidono di farsi da parte per non incrinare il rapporto già fragile con il familiare in difficoltà, per lasciare la gestione ad un professionista che sia al di fuori di dinamiche emotive che spesso non rendono obiettivi.

Questo fa riflettere sull'opportunità di valutare certamente caso per caso, ma che la nomina di una persona esterna al nucleo non sia per forza la soluzione peggiore, anzi, la stessa, coadiuvata dai familiari o dalle persone di riferimento del beneficiario nei momenti delle decisioni importanti, potrebbe divenire figura di fiducia competente per valutare anche le decisioni sanitarie o legate al fine vita.

In questo caso si può confermare senz'altro, come già richiamato in precedenza, l'importanza di lavorare in rete tra professionisti, con la persona e i suoi familiari, qualora questi ultimi siano presenti, nei momenti cruciali della vita, in un'ottica di tutela e promozione della salute, dei diritti e della qualità di vita della persona.

Bibliografia

Fonti primarie

Albanese A., Marzuoli C. (a cura di), (2003), *Servizi di assistenza e sussidiarietà* (2013), La forza riformatrice della cittadinanza attiva, Carocci.

Azzoni, G. (2009). *La disciplina giuridica delle sperimentazioni cliniche su adulti incapaci di prestare il loro consenso informato*. In *Anestesia Forum*, (Vol. 2, pp. 97-104).

Brienza, G. (2002). *Famiglia, sussidiarietà e riforma dei servizi sociali*. Città Nuova.

Bruscaglioni, M. & Gheno, S. (2000), *Il gusto del potere. Empowerment di persone e azienda*. Franco Angeli.

Buchanan, A. (2004). *Mental Capacity, Legal Competence and Consent to Treatment*. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 97 (9), pp. 415-420.

Calò, E. (2008), *Il testamento biologico tra diritto e anomia*, Milano: Ipsoa.

Cattinari, B. E. (2014). Amministratore di sostegno: quale futuro per le decisioni sanitarie?: alcuni rilievi alla luce del quadro legislativo internazionale e della recente giurisprudenza. *Amministratore di sostegno: quale futuro per le decisioni sanitarie?: alcuni rilievi alla luce del quadro legislativo internazionale e della recente giurisprudenza*, pp. 203-214.

Cendon, P. (2007). *Non abbandonare, non mortificare*. pp. 1000-1040.

Cendon, P. & Rossi, R. (2009). *Amministratore di sostegno. Motivi ispiratori e applicazioni pratiche*. (Vol. 1) Wolters Kluwer Italia.

Cesareo, V. (2003), *I protagonisti della società civile*, Soveria Mannelli (Cz), Rubbettino Editore, p. 346.

Colozzi, I. (2005). *Sussidiarietà*, in Dal Pra Ponticelli M. (a cura di) *Dizionario di Servizio Sociale*, Carocci, Roma, p.672.

Dimond, B. C. (2016). *Legal Aspects of Mental Capacity*. A practical guide for health and social care professionals. John Wiley & Sons.

Donati, P. (2007). *Sussidiarietà e nuovi welfare*, in Vittadini G. (a cura di), *Che cos'è la sussidiarietà*, op. cit. p. 28.

Folgheraiter, F. (2000), *L'utente che non c'è*, op. cit.

- Gabrielli, F. & Cardinale, P. (2008), *L'amministratore di sostegno nella realtà ospedaliera*, Giappichelli, Torino, p.11.
- Geremia, G. (2004). *L'amministratore di sostegno: una nuova figura a tutela di tutti gli incapaci*. Psicologia e Giustizia Anno 5, numero 1.
- Gorgoni, A. (2012). *Amministrazione di sostegno e trattamenti sanitari*. Europa e Diritto privato, pp. 547-616.
- Infantino, D. (2011). *L'amministratore di sostegno: uno strumento a tutela dei soggetti deboli e non solo*. Tigor: rivista di scienze della comunicazione - A. III n. 2.
- Loddo, P. (2019). *L'amministratore di sostegno*, Milano, p. 251.
- Grisso, T. & Appelbaum, P. S. (1998). *Assessing Competence to Consent to Treatment. A Guide for Physicians and Other Health Professionals*. New York-Oxford: Oxford University Press.
- Maturo, L. (2013). *L'esistenza di una condizione d'infermità attuale è l'unico presupposto per l'operatività dell'istituto*. Guida al diritto, 7: 32 ss..
- Morello Di Giovanni, D. (2006). *La tutela dei soggetti deboli nell'amministratore di sostegno*. *Materiali per una storia della cultura giuridica*, 2: 541 ss..
- Neresini, F. (2001). *Bioetica, medicina e società*. In Massimiano Bucchi & Federico Neresini (a cura di), *Sociologia della salute*. Roma: Carocci.
- Panuccio, F. (2010). *L'Amministratore Di Sostegno: una figura dai contorni ancora incerti*. Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico — <http://www.intersticios.es> pág. 257. Dattola Università di Messina (Italia), Vol. 4 (1).
- Patel, K. & Rushefsky, F. G. (2002). *Health-care Policy in an Age of New Technologies*. Armonk, N. Y.: M.E. Sharpe.
- Picardo, C. (1995), *Empowerment*, op. Cit.
- Pizzetti, F. G. (2008). *Alle frontiere della vita: il testamento biologico tra valori costituzionali e promozione della persona*. Milano: Giuffrè.
- Pocar, V. & Dameno, R. (2009). *Sessant'anni dopo. L'art. 32 della costituzione e il diritto all'autodeterminazione*. Sociologia del diritto, 3, pp. 159 ss.

- Provera, A. (2011). Recensione a Lenti-Palermo Fabris-Zatti (a cura di), I diritti in medicina, in Rodotà-Zatti (a cura di)(2010), *Trattato di biodiritto. I diritti in medicina*, vol. 3, Milano: Giuffrè.
- Reale, M. C. (2012). *Il diritto di non curarsi. Ancora uno scontro tra doveri medici e libertà di autodeterminazione*. Sociologia del diritto, 2: pp. 159-168.
- Rodotà, S. (2009). *Perché laico*. Roma-Bari: Laterza.
- Rodotà, S. (2012). *Il diritto di avere diritti*. Roma-Bari: Laterza.
- Rossi, R. (2020). *Amministrazione di sostegno: questioni e soluzioni*, Milano, pp. 7-69.
- Savorani, G. (2011). *Amministrazione di sostegno, designazione anticipata e testamento biologico*. Il Mulino – Rivisteweb. Politica del diritto, 42, Fascicolo 4, pp. 665-694.
- Scacchetti, M.G. (2008). *Il testamento biologico è già previsto e tutelato dalle norme sull'amministrazione di sostegno. Il leading-case del decreto del Giudice tutelare di Modena*. Bioetica, 2: pp. 227 ss.
- Selmann, K. (2007). *Dalla bioetica al biodiritto*, Napoli: Bibliopolis.
- Simeoli, D. (2008) *Il rifiuto di cure: la volontà presunta o ipotetica del soggetto incapace, in Giustizia Civile*, fasc.7-8, pag. 1727B
- Ulrich, L.P. (1999). *The Patient Self-determination Act: Meeting the Challenges in Patient Care*. Washington D.C.: Georgetown University Press.
- Venturini, D. (2009). 21. *Il ruolo dei servizi sociali nell'attuazione della legge sull'amministratore di sostegno: una ricerca in Veneto*. Autonomie locali e servizi sociali, 32 (3), pp. 417-430.
- Vitolo, F. (2004). L'amministratore di sostegno, il tutore, il curatore. In *Comunicación presentada en Forum: L'amministratore di sostegno, analisi e prospettive di un nuovo strumento giuridico a favore delle persone prive di autonomia*, Bologna. Recuperado de <http://www.grusol.it/informazioni/30-05-06>. PDF.
- Zamperetti, N. & Conti, G. (2004). *New Regulations for the Care of the Critically Ill Patients in Italy*. *Intensive Care Med.*, 30, pp. 1660 ss.

Zanetti, G. (2009). *Individui situati e trasformazioni del diritto*. In Patrick Nerhot (a cura di), *Identità plurale della filosofia del diritto*, pp. 99-111. Atti del XXVI Congresso della Società Italiana di Filosofia del Diritto. Napoli: ESI

Fonti secondarie

Codice Civile, Art. 404; art. 407

CONDIZIONE, R. S. Temi e prospettive dai lavori dell'Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza.

Corte di Cassazione, *sentenza n. 13584/2006*

Corte di Cassazione, *sentenza n. 21748/2007*.

Corte di Cassazione, *sentenza n. 23707/2012*

Corte di Cassazione, *sentenza n. 12998/2019*.

Corte Costituzionale, 13/06/2019, n.144, Guida al diritto 2019, 28, 38, in De Jure – banca dati editoriali.

Corte costituzionale decisione n. 242/2019, Rivista Italiana di Diritto e Procedura Penale 2019, 4, 2158; Il familiarista.it, 17 dicembre 2019; Diritto di Famiglia e delle Persone (II) 2020, 1, I, 68; in De Jure – banca dati editoriali.

La legge 219/2017, “*Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*”

Linee di indirizzo Croas Lombardia, p. 15

Trib. Modena, decr. g.t., 20 marzo 2008; Trib. Milano, decr. g.t., 5 aprile 2007; Trib. Milano, decr. g.t., 21 giugno 2006; Trib. Modena, decr. g.t., 28 giugno 2004 *relative all'ipotesi di prestazione del consenso sanitario informato*; Trib. Modena, decr. g.t., 15 settembre 2008.

Tribunale di Modena, Sez. II, 16 marzo 2018, in *Diritto di Famiglia e delle Persone* (II) 2018, 4, I, 1375, in De Jure – banca dati editoriali.

Tribunale di Vercelli, 31 maggio 2018, Ifamiliarista.it 28 SETTEMBRE 2018, in De Jure – banca dati editoriali

Tribunale di Roma, 23 settembre 2019, Massima redazionale, 2019, in Leggid'Italia.it

Tribunale di Gorizia, 23 gennaio 2020. Avv. M. MORCIA, Trattamento sanitario per il mantenimento in vita. L'ads può rifiutare il consenso per conto del beneficiario?, consultabile su www.asSostegno.it

Riassunto

L'Amministratore di Sostegno, nominato dal Giudice Tutelare, è una persona che assiste, sostiene e rappresenta chi, per effetto di una menomazione fisica o psichica, si trovi nell'impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere in tutto o in parte ai propri interessi. Si tratta di una figura introdotta con la Legge 6/2004 che ha lo scopo di garantire una sorta di "protezione giuridica" a chi versa in una situazione di difficoltà perché privo in tutto o in parte di autonomia, senza tuttavia limitarne in modo eccessivo la capacità di agire.

La figura dell'Amministratore di Sostegno (da qui in avanti nominato anche AdS), si lega alla tutela di persone fragili, che durante il loro percorso di vita necessitano di un supporto per la gestione di decisioni connesse al loro benessere, nonché alle decisioni connesse alle cure sanitarie e alle decisioni del fine vita.

L'art. 3 della L. 6/2004, intervenendo sull'articolo 408 del codice civile, riporta che "L'amministratore di sostegno può essere designato dallo stesso interessato, in previsione della propria eventuale futura incapacità, mediante atto pubblico o scrittura privata autenticata". Quest'ultimo tema, in particolare, è stato oggetto di discussione ed esame negli ultimi anni anche in considerazione dell'evoluzione della legislazione sul tema delle "direttive anticipate di trattamento".

Consultando l'attuale giurisprudenza in merito è possibile individuare la presenza di due correnti di pensiero principali e in contrasto tra loro: da un lato vi sono decreti di Giudici Tutelari favorevoli, e dall'altro contrari alla possibilità che l'AdS si sostituisca al soggetto beneficiario nel dare il proprio consenso in vicende che riguardano la salute. Le motivazioni poste alla base delle due diverse posizioni richiamano la presenza di una residua capacità del beneficiario, che dialoga con il Giudice e con l'AdS (art. 407 c.c.) e che non può essere compressa al punto tale che nei trattamenti sanitari e terapeutici l'AdS possa sostituirsi allo stesso totalmente, nell'esprimere il consenso.

Essendo convinta che subordinare il provvedimento giurisdizionale di nomina dell'Amministratore di Sostegno al requisito della condizione di incapacità comporterebbe un irragionevole irrigidimento dell'istituto, ho deciso di fare un'analisi della legislazione straniera, e di quella italiana, nonché di alcune ricerche finora effettuate rispetto al tema sopra citato, per tentare di raffrontare e capire come stiano evolvendo le decisioni in questa materia.

Tenendo conto del ruolo assunto dai Servizi Socio-Sanitari con la legislazione in vigore, ed in particolare dagli Assistenti Sociali, partendo dall'esperienza di tirocinio di ricerca effettuata presso il Servizio a Supporto all'Amministratore di Sostegno dell'A.Ulss 6 della Regione Veneto, ho voluto analizzare la situazione sullo stesso territorio, attraverso un questionario online. Tale questionario è stato somministrato ai colleghi Assistenti Sociali che lavorano per l'Azienda ULSS 6, indagando le decisioni in materia di nomina di AdS prese dai Giudici Tutelari dei Tribunali dello stesso territorio, connessa alle decisioni sanitarie, e alla loro predisposizione verso la nomina di un AdS facente parte della rete familiare, oppure verso una figura esterna alla rete.

Lo scopo di questa ricerca era capire l'evoluzione che sta avendo il ruolo dell'AdS in relazione alle decisioni connesse alle cure sanitarie e alle direttive anticipate di trattamento, sul territorio dell'AULSS6.

L'ipotesi iniziale era che i Giudici in genere non fossero predisposti a nominare un AdS in previsione di una futura incapacità della persona a prendere decisioni connesse alle disposizioni sanitarie e che, nel caso in cui decidessero di nominarlo, che gli stessi non dessero indicazioni specifiche rispetto alla possibilità per gli AdS di decidere in merito alle disposizioni sanitarie, lasciando discrezionalità agli stessi, e alla possibilità in molti casi quindi, di lasciare un margine di incertezza e vuoto, di volta in volta interpretabile in forma diversa da questi ultimi. Questa ipotesi è stata confermata dalla ricerca effettuata: anche se la legge ha previsto l'utilizzo delle Disposizioni Anticipate di Trattamento, dando per scontato che siano stati superati tutti i dubbi rispetto alla nomina anticipata dell'AdS e rispetto alle questioni sanitarie, nella pratica questo strumento viene ancora pochissimo applicato. Per questo motivo attualmente nella sostanza, nel territorio dell'A.ULSS6, sembra che le decisioni in ambito sanitario rimangano comunque in capo ai familiari, ai medici, agli AdS (quando già presenti) e al G.T., che devono gestirsi insieme al beneficiario, quando questi sia in grado di comprendere, le decisioni sanitarie nei momenti più difficili.

L'altra ipotesi era che gli Assistenti Sociali fossero più predisposti verso la nomina di un AdS come figura esterna rispetto a quella di un familiare, per una questione legata soprattutto al coinvolgimento emotivo da parte del diretto interessato o dei suoi familiari, che non permetterebbe loro di essere obiettivi nel momento in cui si dovessero prendere delle decisioni sanitarie importanti. Gli Assistenti Sociali dell'A.ULSS6 hanno confermato la preferenza per la nomina di un AdS professionista per quanto riguarda le pratiche

amministrative e legali, ma rispetto alle questioni sanitarie sono molto più orientati verso la nomina di un familiare. Gli stessi devono scontrarsi però con una disponibilità molto esigua di figure, sia professionisti che familiari, disponibili a ricoprire l'incarico, per cui a volte non si può scegliere, ma solo accogliere la disponibilità di chi si rende disponibile in quel momento.

Questo fa riflettere sull'opportunità di valutare certamente caso per caso, ma che la nomina di una persona esterna al nucleo non sia per forza la soluzione peggiore, anzi, la stessa, coadiuvata dai familiari o dalle persone di riferimento del beneficiario nei momenti delle decisioni importanti, potrebbe divenire figura di fiducia competente per valutare anche le decisioni sanitarie o legate al fine vita.

In questo caso si può confermare senz'altro, l'importanza di lavorare in rete tra professionisti, con la persona e i suoi familiari, qualora questi ultimi siano presenti, nei momenti cruciali della vita, in un'ottica di tutela e promozione della salute, dei diritti e della qualità di vita della persona.