

# Le persone anziane tra vulnerabilità, vita attiva e inclusione sociale: quale tutela giuridica?

*a cura di*

Luisa Casseti, Federico Gustavo Pizzetti, Anna Papa



**Giappichelli**

**Le persone anziane tra vulnerabilità,  
vita attiva e inclusione sociale:  
quale tutela giuridica?**

*In copertina:*

Gian Lorenzo Bernini, *Enea, Anchise e Ascanio* (particolare), 1619, Roma, Galleria Borghese.



IUSTITIAM COLIMUS

ESTRATTO

# **Le persone anziane tra vulnerabilità, vita attiva e inclusione sociale: quale tutela giuridica?**

*a cura di*

Luisa Casseti, Federico Gustavo Pizzetti, Anna Papa



**Giappichelli**

© Copyright 2026 – G. GIAPPICHELLI EDITORE - TORINO

VIA PO, 21 - TEL. 011-81.53.111

<http://www.giappichelli.it>

ISBN/EAN 979-12-211-1892-6

ISBN/EAN 979-12-211-6706-1 (ebook-pdf)

ISBN/EAN 979-12-211-6707-8 (ebook-epub)

La pubblicazione del volume è stata finanziata con i fondi del Progetto di ricerca “Elderly People, Vulnerability, Inclusive Society. Ageing and Law (ELVIS)” finanziato dall’Unione Europea - Next Generation EU, PNRR, Missione 4, Componente 2, Investimento 1.1. - Bando PRIN 2022 (D.D. n. 104 del 02/02/2022) (codice id.: 2022YP7KH5; CUP: J53D23006050006 - G53D23002340006 - I53D23003010006). (Principal Investigator Luisa Cassetti). Sito web: <https://www.elvisproject.it/>



UNIPG  
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI  
DI PERUGIA



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI  
DI MILANO



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI  
PARTHENOPE



G. Giappichelli Editore



Questo libro è stato stampato su carta certificata, riciclabile al 100%



Stampa: LegoDigit s.r.l. - Lavis (TN)



Le fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941, n. 633.

Le fotocopie effettuate per finalità di carattere professionale, economico o commerciale o comunque per uso diverso da quello personale possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da CLEARedi, Centro Licenze e Autorizzazioni per le Riproduzioni Editoriali, Corso di Porta Romana 108, 20122 Milano, e-mail [autorizzazioni@clearedi.org](mailto:autorizzazioni@clearedi.org) e sito web [www.clearedi.org](http://www.clearedi.org).

# L'anziano vulnerabile nella disciplina della relazione di cura e nelle scelte di "fine-vita": criticità e prospettive

Federico Gustavo Pizzetti\*

**SOMMARIO:** 1. Le vulnerabilità della persona anziana. – 2. Anziano vulnerabile e decisioni sui trattamenti sanitari. – 3. Anziano vulnerabile e decisioni di "fine-vita". – 4. Considerazioni conclusive (e una proposta).

**ABSTRACT:** This essay examines the legal protection of vulnerable elderly individuals under Italian law, specifically regarding healthcare and end-of-life decisions, with a focus on Law No. 219/2017 and Legislative Decree No. 29/2024. It presents a taxonomy of elderly vulnerability, emphasizing its heterogeneous nature, driven by factors such as frailty, cognitive decline, dependency, and social isolation. The analysis observes that the legal framework on informed consent and advance care planning does not specifically address the vulnerable elderly a distinct category; rather, they are subsumed under the general categories of competent or incompetent adults. However, the essay argues that the existing legal framework governing healthcare decision-making – including end-of-life matters – as interpreted and applied to vulnerable elderly persons, is overall adequate and consistent with constitutional principles of dignity, self-determination and health protection. Nonetheless, the essay identifies some areas for improvement, particularly the formal recognition of representative health care powers for caregivers regulated under Legislative Decree No. 29/2024.

## 1. Le vulnerabilità della persona anziana

Il mutamento della composizione demografica dell'Italia nel senso di un progressivo invecchiamento della popolazione residente<sup>1</sup>, ha comportato la progressiva emersione di una classe di soggetti di *età avanzata* potenzialmente affetti da diverse *vulnerabilità*, spesso fra di loro intersecate, *non* tutte accompagnate anche da una condizione di conclamata *incapacità*<sup>2</sup>.

Si tratta, come è stato osservato in dottrina<sup>3</sup>, di vulnerabilità diverse, vuoi di tipo "*psico-fisico*", legate al progressivo affievolimento della forza corporea, della

---

\* Professore Ordinario di Diritto costituzionale e pubblico, Responsabile Unità di Ricerca EL.V.I.S., Università degli Studi di Milano.

<sup>1</sup> Cfr. A. GOLINI, A. ROSINA (a cura di), *Il secolo degli anziani. Come cambierà l'Italia*, il Mulino, Bologna, 2011.

<sup>2</sup> Cfr. M.G. BERNARDINI, *La capacità vulnerabile*, Jovene, Napoli, 2020.

<sup>3</sup> Cfr. V. SANCHINI, *La vulnerabilità dell'anziano in chiave filosofico-morale*, in questo Volume.

capacità sensoriale e della brillantezza cognitiva; vuoi di vulnerabilità di natura “*relazionale*”, innescate dalla rarefazione dei rapporti interpersonali dovuta alla premorte di familiari e amici o, all’opposto, causate dalla crescente dipendenza dall’apporto altrui anche in attività semplici, un tempo di autonoma gestione; vuoi di vulnerabilità “*esistenziali*”, determinate dal possibile venir meno del (sempre) dovuto riconoscimento dell’identità, della dignità e dell’autonomia decisionale della persona (anche anziana) che conduce ad atteggiamenti di “*infantilizzazione*” e di “*degradazione*”; vuoi di vulnerabilità di stampo “*socio-economico*”, connesse alla povertà, alla precarietà abitativa o alla difficoltà di accesso ai servizi socio-assistenziali e sanitari<sup>4</sup>; vuoi, infine, di vulnerabilità di carattere “*culturale*”, derivanti dalla propria storia individuale<sup>5</sup>, da pratiche di emarginazione sociale o dall’esclusione dal godimento dei benefici della società digitale<sup>6</sup>.

Vulnerabilità, tutte quelle sin qui appena accennate, che, come è evidente, possono ulteriormente esacerbarsi nel caso in cui il soggetto, già *anziano* e *vulnerabile*, sia *anche* affetto da una o più *patologie* (croniche, acute o degenerative), nonché, a maggior ragione, laddove le sue condizioni di salute – critiche, penose, o senza speranza – siano tali da prospettare addirittura la possibilità di compiere vere e proprie scelte “*di fine-vita*”.

Si tratta di scenari nei quali, come noto, vengono in rilievo sia diritti di spessore costituzionale, alla dignità, alla cura, alla salute e all’autodeterminazione terapeutica dell’individuo (artt. 2 e 32 Cost.), sia talune normative, anche recenti, di rango primario, in materia di consenso informato nella relazione di cura (legge n. 219/2017) e di politiche in favore della popolazione anziana (d.lgs. n. 29/2023).

Nel quadro del Progetto di ricerca di interesse nazionale (PRIN 2022) “*Elderly People, Vulnerability, Inclusive Society – Ageing and Law*” (EL.V.I.S.), appositamente dedicato a un’indagine in chiave giuridico-costituzionale ed etico-morale sulla condizione delle persone anziane e sulle loro vulnerabilità<sup>7</sup>, il presente contributo si soffermerà – dunque – su alcuni elementi del vigente quadro (costituzionale e) legislativo in materia di decisioni sui trattamenti sanitari e di scelte di “*fine-vita*” collocandosi nella specifica prospettiva della popolazione anziana e vulnerabile.

---

<sup>4</sup> Cfr. C. SANGALLI, M. TRABUCCHI (a cura di), *Età anziana: tempo di diritti e responsabilità*, il Mulino, Bologna, 2023; M. ARLOTTI, *Anziani, povertà e diseguaglianze sociali*, il Mulino, Bologna, 2024.

<sup>5</sup> Cfr. G. CAVAGGION, *Anziano e inclusione socio-culturale: i diritti culturali degli immigrati di “prima generazione”*, in questo Volume.

<sup>6</sup> Cfr. M. TRABUCCHI, C. SANGALLI (a cura di), *Ipotesi per il futuro degli anziani. Tecnologie per l’autonomia, la salute e le connessioni sociali*, il Mulino, Bologna, 2022; F. DI BLASI, *Anziani digitali. La risposta della tecnologia a una popolazione che invecchia*, Armando, Roma, 2024; A. PAPA, *Generazione anziana e tecnologia digitale: prospettive (poche) e criticità (molte) degli attuali processi di alfabetizzazione e inclusione*, in questo Volume.

<sup>7</sup> Si v. il sito ufficiale del Progetto: [www.elvisproject.it](http://www.elvisproject.it).

## 2. Anziano vulnerabile e decisioni sui trattamenti sanitari

Giova sin da subito avvertire che la legge 27 dicembre 2017, n. 219<sup>8</sup>, recante la disciplina organica della relazione di cura e fiducia medico-paziente, a tutela dei diritti alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona secondo gli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione, *non* contiene alcun riferimento alla specifica figura dell'"anziano vulnerabile"<sup>9</sup>.

La legge, infatti, distingue (unicamente) fra il soggetto *minorenne*, da una parte (art. 3, commi 1 e 3), la persona *maggiorenne* (di qualunque età) *capace di autodeterminarsi*, dall'altra parte (artt. 1, 4 e 5), e la persona *maggiorenne* (di qualunque età) *incapace naturale* o sottoposta a *interdizione, inabilitazione*<sup>10</sup> o *amministrazione di sostegno*, dall'altra parte ancora (art. 3, commi 1, 3, 4 e 5)<sup>11</sup>.

Figure, queste ultime, che, proprio in quanto collegate, ai sensi degli artt. 404 e 414 c.c.<sup>12</sup>, a una situazione di comprovata *manca*za di *lucidità mentale* o di

---

<sup>8</sup> Cfr. M. RIDOLFI, *Consenso informato e DAT: tutte le novità*, Giuffrè, Milano, 2018; M.G. DI PENTIMA, *Il consenso informato e le disposizioni anticipate di trattamento*, Giuffrè, Milano, 2018; G. RAZZANO, *La legge n. 219/2017 su consenso informato e DAT fra libertà di cura e rischio di innessi eutanasi*, Giappichelli, Torino, 2019; A. SIROTTI GAUDENZI, *Il biotestamento*, Maggioli, Rimini, 2019; M. MAINARDI (a cura di), *Testamento biologico e consenso informato. Legge 22 dicembre 2017, n. 219*, Giappichelli, Torino, 2018; E. CALÒ (cura di), *Consenso informato e disposizioni anticipate*, ESI, Napoli, 2019.

<sup>9</sup> Cfr. B. SALVATORE, *Il minore e la persona incapace nella l. n. 219/2017: la rilevanza della volontà del soggetto vulnerabile nelle scelte sanitarie*, in *Jus civile*, 6, 2020, 1494-1508.

<sup>10</sup> Cfr. T. MONTECCHIARI, *Della interdizione, della inabilitazione e della incapacità naturale. Artt. 414-432*, in P. SCHELSINGER, F.D. BUSNELLI, G. PONZANELLI (diretto da), *Commentario al Codice civile*, Giuffrè-Francis Lefebvre, Milano, 2024.

<sup>11</sup> Per una generale panoramica, si v. G. FERRANDO (a cura di), *L'amministrazione di sostegno*, Giuffrè, Milano, 2005; per una disamina con specifico riferimento alla relazione terapeutica, cfr. B. VIMERCATI, *Consenso informato e incapacità. Gli strumenti di attuazione del diritto costituzionale all'autodeterminazione terapeutica*, Giuffrè, Milano, 2014; più, recentemente, per l'analisi critica, cfr. M.N. BUGETTI, *Verso... e oltre l'amministrazione di sostegno: una retrospettiva su un criticato istituto di successo*, in *Fam. e dir.*, 3, 2024, 309-317; U. ROMA, *Luci e ombre dell'amministrazione di sostegno. Quale riforma?*, in A. FUSARO, M. PICCINNI (a cura di), *Un diritto gentile per la persona anziana*, Pacini, Pisa, 2023, 109-119; per l'inquadramento con specifico riferimento alla condizione dell'anziano vulnerabile, cfr. C. IRTI, *La persona anziana tra famiglia e società. Problematiche di diritto civile*, Pacini, Pisa, 2023, 50-57; C.M. CASCIONE, *Il lato grigio del diritto. Invecchiamento della popolazione e tutela degli anziani in prospettiva comparatistica*, Giappichelli, Torino, 2022, 116-113.

<sup>12</sup> Si segnala che il Parlamento, con l'art. 17, legge di semplificazione 10 novembre 2025, n. 167, ha delegato il Governo ad adottare uno o più decreti legislativi per il riordino e la semplificazione degli istituti dell'interdizione, dell'inabilitazione, dell'amministrazione di sostegno nell'ottica del graduale superamento dei primi due e della rimodulazione del terzo in favore di misure di protezione giuridica che assicurino al beneficiario adeguata tutela nei casi di assente o limitata capacità di autodeterminarsi o di attendere alle ordinarie occupazioni e di provvedere ai propri interessi, con attribuzione, all'amministratore di sostegno, di poteri graduati e proporzionati alla condizione del beneficiario e introduzione di adeguati strumenti di verifica e controllo in capo al giudice. La stessa delega

conclamata *infermità* o *menomazione psico-fisica*, non sembrano, invero, coprire tutte le variegiate sfaccettature nelle quali la vulnerabilità dell'anziano si può esprimere e che comprendono, come si è visto<sup>13</sup>, anche le sole “*notevoli difficoltà*” nel districarsi in tutte le complicazioni della vita moderna che il soggetto in età avanzata può incontrare anche *senza* avere una menomazione della sfera cognitiva e volitiva<sup>14</sup>.

Dal canto suo, il decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29, varato in tema di politiche di favore per la popolazione anziana, ai sensi della legge delega n. 33/2023 e volto a promuovere la dignità, l'autonomia, l'inclusione sociale, l'invecchiamento attivo e la prevenzione della fragilità della popolazione anziana alla luce degli articoli 2, 3 e 32 della Costituzione, detta sì la definizione di *persona “anziana”* – riferita all'individuo di età pari o superiore ad anni 65 – e di *persona “grande anziana”* – individuata nel soggetto che abbia compiuto almeno 80 anni di età – [art. 2, comma 1, lett. a) e b)], ma tace del tutto rispetto al soggetto *anziano* (o *grande anziano*) che sia, in particolare, “*vulnerabile*”.

Ben è vero che lo stesso decreto delegato contempla la definizione di *persona anziana “non autosufficiente”*<sup>15</sup> – intesa dal legislatore governativo come l'individuo “*over 65*” che, anche in considerazione dell'età e delle disabilità pregresse, presenta «gravi limitazioni o perdita dell'autonomia nelle attività fondamentali della vita quotidiana e del funzionamento bio-psico-sociale»<sup>16</sup> [art. 2, comma 1, lett. c)] – ma tale figura, come si può ben notare, pur in parte sovrapponendosi a quella di *anziano vulnerabile* (soprattutto nelle più gravi manifestazioni di fragilità), *non* sembra per intero esaurire il multiforme spettro delle debolezze che la persona di età avanzata può manifestare<sup>17</sup>, soprattutto laddove si faccia riferimento

---

prevede, inoltre, che il Governo riveda gli «istituti che dettano una disciplina specifica in presenza di una dichiarazione di inabilitazione o di interdizione», fra i quali, pur se non menzionati nella legge delega, potrebbero anche rientrare quelli relativi alla rappresentanza sanitaria del tutore di cui all'art. 3, legge n. 219/2017.

<sup>13</sup> V. *supra*, §1.

<sup>14</sup> Cfr. B. GARDELLA TEDESCHI, *L'invecchiamento della popolazione e il diritto*, in V. CAPPELLATO, B. GARDELLA TEDESCHI, E. MERCURI, *Anziani. Diritti, bisogni, prospettive. Un'indagine sociologica e giuridica*, il Mulino, Bologna, 2021, 183.

<sup>15</sup> Cfr. T. VECCHIATO, *Non autosufficienza: un linguaggio negativo per cure positive*, in A. FUSARO, M. PICCINI (a cura di), *Un diritto gentile per la persona anziana*, cit., 43-55.

<sup>16</sup> Da valutare, ai sensi dell'art. 2, comma 1, lett. c), d.lgs. n. 29/2024, in base a metodiche standardizzate che tengano conto anche delle indicazioni fornite dalla “*Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute – International Classification of Functioning Disability and Health (ICF)*”, adottata dall'Organizzazione mondiale della sanità, nonché dei livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socioassistenziali e delle condizioni di fragilità, di multimorbilità e di vulnerabilità sociale che concorrono alla complessità dei bisogni della persona, alla luce di specifiche condizioni sociali, familiari e ambientali e in coerenza con quanto previsto dal d.m. salute 23 maggio 2022, n. 77.

<sup>17</sup> Osservano, in proposito, S. GIOVA, V. ROTONDO, M. EPIFANIA, *La protezione legale nelle relazioni di cura agli anziani*, in C. TOMASSINI, M. ALBERTINI, C. LALLO (a cura di), *Avanzare insieme*

a quelle *vulnerabilità* ancora solo incipienti o di più ridotta portata che *non* determinano (almeno nell'immediato) una «grav[e] limitazion[e]» o una vera e propria «perdita» dell'autonomia e del funzionamento biologico, psichico e sociale<sup>18</sup>.

Pur in assenza di specifici riferimenti nella legge n. 219/2017 e nel d.lgs. n. 29/2024, sembra, tuttavia, possibile riferire all'*anziano vulnerabile* (autosufficiente o meno secondo il d.lgs. n. 29/2024<sup>19</sup>), ancora *in grado di autodeterminarsi*<sup>20</sup> nelle scelte sanitarie<sup>21</sup>, le disposizioni di cui agli artt. 1, 4 e 5, legge n. 219/2017, dettate per l'*individuo maggiorenne e capace*; mentre per l'*anziano vulnerabile* (e *non* autosufficiente secondo il decreto delegato<sup>22</sup>), sottoposto a regime di *tutela o amministrazione di sostegno*, si applicheranno le norme previste dall'art. 3, legge n. 219/2017 per l'*adulto interdetto o beneficiario di amministrazione di sostegno*.

Ai sensi dell'art. 1, commi 1 e 2, della legge n. 219/2017 spetterà, quindi, all'anziano vulnerabile ancora in grado di autodeterminarsi – così come ad ogni altro adulto di età inferiore ai 65 anni rimasto lucido – esercitare direttamente il proprio diritto all'*autodeterminazione terapeutica*<sup>23</sup>, di cui è costituzionalmente titolare (artt. 2, 13

---

*nella società anziana. Considerazioni multidisciplinari sulla domanda di assistenza agli anziani in Italia*, il Mulino, Bologna, 2024, 170, come il concetto di vulnerabilità, se riferito alla persona, sia da considerarsi «nozione aperta».

<sup>18</sup> Così C.M. CASCIONE, *Il lato grigio del diritto*, cit., 105.

<sup>19</sup> L'anziano in condizioni di *vulnerabilità*, che sia ancora in grado di autodeterminarsi nelle decisioni "esistenziali" (ivi comprese quelle sui trattamenti sanitari e di "fine-vita"), potrebbe nondimeno considerarsi *non autosufficiente*, ai sensi dell'art. 2, comma 1, lett. c), d.lgs. n. 29/2024, se risulta affetto da una limitazione parziale della propria autonomia che *non* intacca, però, la lucidità di comprensione e raziocinio.

<sup>20</sup> Da intendersi nel senso di essere in grado di rendersi *consapevolmente* conto della portata e delle decisioni assunte, sia nell'attualità che in via pianificata, rispetto ai trattamenti sanitari ai quali sottoporsi.

<sup>21</sup> La *vulnerabilità* del soggetto *anziano* che *non* incida sulla sua capacità di autodeterminarsi nelle scelte sulla salute può, tuttavia, costituire terreno fertile per la formazione di una volontà di cura (attuale o anticipata) *non* genuina. In proposito va segnalato che legge n. 219/2017 *non* contiene alcuna disposizione specifica relativa ai presupposti, e al regime sanzionatorio, dei *vizi della volontà* del disponente anziano vulnerabile (come di chiunque altro). Alla luce delle disposizioni generali previste per gli atti negoziali, si può, tuttavia, ritenere *viziata* la volontà del soggetto anziano vulnerabile che, al momento della formulazione delle DAT, risulti essere stata afflitta da *errore*, coartata da *violenza* (essenzialmente di tipo "psicologico") oppure carpita con *dolo* (mediante artifici e raggiri determinanti). In tali casi, le DAT devono ritenersi invalide e, perciò, sottoposte al regime dell'annullabilità proprio degli atti *unilaterali*, non recettizi, *non* a contenuto patrimoniale. Cfr. G. MIOTTO, *Problematice, attualità e prospettive delle dichiarazioni anticipate di volontà tra diritto vivente e proposte legislative*, in *Fam. pers. succ.*, 7, 2012, 533.

<sup>22</sup> In tali casi è ragionevole presumere che l'anziano in questione sia anche *non autosufficiente* in base all'art. 2, comma 1, lett. c), d.lgs. n. 29/2024 in quanto la situazione di perdita, specie se completa, del funzionamento bio-psico-sociale integra i presupposti per il ricorso alle misure dell'amministrazione di sostegno o dell'interdizione di cui agli artt. 404 ss. e 414 ss. c.c.

<sup>23</sup> Cfr. L. CHIEFFI, *Il diritto all'autodeterminazione terapeutica. Origine ed evoluzione di un*

e 32 Cost.), prestando *consenso*<sup>24</sup>, oppure opponendo rifiuto o ancora revocando l'adesione precedentemente prestata in relazione a tutti i trattamenti sanitari<sup>25</sup> (di carattere diagnostico, terapeutico, preventivo, riabilitativo e palliativo) ai quali può essere sottoposto nel corso della relazione di cura.

A tal fine, dovranno, quindi, essere fornite al paziente anziano vulnerabile (e a lui solo) tutte le informazioni – complete, aggiornate e comprensibili – sulle condizioni di salute in cui versa, sulla diagnosi e prognosi della malattia di cui è affetto e sui rischi e i benefici degli interventi sanitari prospettati ivi comprese le possibili alternative e le conseguenze prevedibili in caso di eventuale rifiuto o successiva rinuncia (art. 1, comma 3, legge n. 242/2019)<sup>26</sup>.

Da questo punto di vista, non si può non mettere in risalto come, proprio in ragione dell'età avanzata e della situazione di fragilità in cui il malato anziano vulnerabile si trova, ben potrebbero emergere “difficoltà” od “ostacoli”, di ordine cognitivo o esistenziale, ovvero culturale, nel ricevere ed elaborare adeguatamente i contenuti informativi necessari ad assumere una scelta sulle proprie cure. La comunicazione col malato anziano vulnerabile dovrà, quindi, sempre avvenire (pur se la legge non lo indica a chiare lettere) con *particolare attenzione* proprio alla *vulnerabilità* riscontrata in concreto affinché la consapevolezza della decisione assunta sia il più possibile *solida e piena* a tutela dello stesso diritto all'autonomia terapeutica dell'individuo, fragile e di età avanzata.

Il consenso (o il rifiuto o la revoca), espresso dal paziente, può essere acquisito, da parte dei medici, con gli strumenti e nei modi ritenuti più consoni alle effettive condizioni psico-fisiche della persona<sup>27</sup> facendo, eventualmente, ricorso, ove necessario, alla videoregistrazione o a dispositivi che permettono la comunicazione dell'individuo con disabilità (art. 1, comma 4, legge n. 219/2017).

Si tratta di una disposizione che assume peculiare rilievo – nel caso di specie – a fronte della vulnerabilità dell'ammalato anziano che richiede l'adozione di strumenti e modalità peculiari “tarati” sulla sua condizione di fragilità, specialmente se si tratta di una debolezza di ordine fisico.

In qualunque forma sia stato espresso, il consenso informato (così come il rifiuto o la revoca) è versato nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico (art. 1, comma 4, legge n. 219/2017).

Fermo restando che il paziente anziano e vulnerabile (alla pari di chiunque altro)

---

*valore costituzionale*, Giappichelli, Torino, 2019. In giurisprudenza, *ex multis*, Corte cost., 23 dicembre 2008, n. 438.

<sup>24</sup> Cass., sez. I civ., 10 settembre 2024, n. 24251.

<sup>25</sup> Invero, anche quelli *obbligatori per legge* (purché *non anche coattivi*) in quanto, come avvertito dalla giurisprudenza costituzionale, il *consenso* non solo manifesta adesione all'obbligo ma permette, altresì, l'esecuzione della misura sanitaria sul *corpo* dell'obbligato: Corte cost., 9 febbraio 2022, n. 14.

<sup>26</sup> Cass., sez. III civ., 2 febbraio 2024, n. 3085.

<sup>27</sup> Cass., sez. III civ., 10 dicembre 2019, n. 32124.

*non* può esigere dal personale curante interventi *contra legem*, incluse le pratiche *non* consentite dalla deontologia professionale o dalle linee guida clinico-assistenziali, il consenso (o il rifiuto o la revoca), formulato dall'assistito, è da considerarsi *vincolante* per i medici e gli operatori sanitari (art. 1, comma 5, legge n. 219/2017)<sup>28</sup>.

Lo stesso soggetto anziano vulnerabile – inoltre – quando è *capace* di autodeterminarsi (lo stesso vale per l'adulto), può coinvolgere, nel rapporto con i medici curanti, anche i familiari<sup>29</sup>, la parte dell'unione civile, il convivente di fatto<sup>30</sup> o un'altra «persona di fiducia» (art. 1, comma 2, legge n. 219/2017).

Agli stessi familiari o alla persona di fiducia (e, pur nel silenzio della legge, anche alla parte dell'unione civile o al convivente) il malato può altresì conferire, di propria iniziativa, l'incarico di ricevere le informazioni medico-sanitarie al suo posto e di prestare, in sua vece, il consenso (o il rifiuto o la revoca) alle cure prospettate. L'indicazione dell'*incaricato* munito di tali *poteri di rappresentanza sanitaria* deve essere sempre registrata nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico (art. 1, comma 5, legge n. 219/2017).

Nel caso in esame, tale facoltà può, in effetti, giovare all'anziano che, per fattori di ordine meramente fisico o esistenziale, trovi difficile mantenere costante il rapporto con i medici curanti e preferisca, perciò, *di propria iniziativa*, affidare a parenti o a individui di cui ha piena fiducia il compito di interagire con l'equipe o la struttura sanitaria.

In base ai successivi artt. 4 e 5 della legge n. 219/2017, poi, il soggetto anziano vulnerabile capace (come qualunque altro adulto lucido), può esercitare, senza preclusione alcuna in ragione dell'età anagrafica, il proprio diritto costituzionale (artt. 2, 3, 13 e 32 Cost.) alla *pianificazione anticipata delle cure* in previsione di un'eventuale, futura, incapacità<sup>31</sup> mediante la predisposizione (nonché la successiva modificazione, rinnovo<sup>32</sup> o revoca<sup>33</sup>) di *disposizioni anticipate di trattamento* (DAT), oppure di una *pianificazione condivisa delle cure*.

Le DAT, da redigersi da parte del disponente solo dopo aver acquisito, autonomamente e senza bisogno di alcun consulto specialistico, adeguate informazioni

<sup>28</sup> Cass., sez. I civ., 3 febbraio 2025, n. 2549.

<sup>29</sup> Si devono ritenere, senz'altro, compresi anche il coniuge e i parenti in linea retta e collaterale, mentre è più dubbio che rientrino gli affini.

<sup>30</sup> Di cui alla legge 20 maggio 2016, n. 76 di disciplina delle unioni civili tra persone dello stesso sesso e delle convivenze anche fra persone di sesso diverso (c.d. "Legge Cirinnà").

<sup>31</sup> Sia consentito il rinvio a F.G. PIZZETTI, *Alle frontiere della vita. Il testamento biologico fra valori costituzionali e promozione della persona*, Giuffrè, Milano, 2008. In giurisprudenza, Cass., sez. I civ., 16 ottobre 2007, n. 21748.

<sup>32</sup> Giacché la legge n. 219/2017 *non* prevede che le DAT siano sottoposte a termini di validità, il rinnovo delle medesime è a cura dello stesso disponente laddove questi abbia voluto autonomamente fissare una qualche durata temporale alle proprie disposizioni.

<sup>33</sup> L'art. 4, comma 6, legge n. 219/2017, riconosce al disponente che si trovi in una situazione di «emergenza e urgenza», di poter revocare le proprie DAT mediante semplice dichiarazione verbale, raccolta o videoregistrata dal medico alla presenza di due testimoni.

mediche sulle conseguenze delle scelte compiute<sup>34</sup>, devono essere formulate per atto pubblico, per scrittura privata autenticata, oppure per scrittura privata consegnata personalmente all'ufficio dello stato civile del Comune di residenza o all'ASL territorialmente competente o alla struttura sanitaria di attuale ricovero o residenza (art. 4, commi 1 e 6, legge n. 219/2017)<sup>35</sup>.

In caso di impossibilità a ricorrere alle forme ordinarie previste, è ammesso servirsi della videoregistrazione o di dispositivi che permettano alla persona disabile di comunicare (art. 4, commi 1 e 6, legge n. 219/2017).

Previsione, quest'ultima, che riveste un significato interessante nel caso di specie, giacché consente al soggetto anziano vulnerabile di non vedersi impedito l'esercizio del proprio diritto alla pianificazione anticipata delle cure a causa di un'eventuale condizione di fragilità fisica che renda arduo l'utilizzo delle forme ordinarie prescritte.

Le DAT producono effetti solo dal momento in cui il paziente cade in stato d'incapacità, e sono, di regola, *vincolanti*. Esse, infatti, possono essere *disattese* dai clinici, d'intesa con il rappresentante legale dell'ammalato incapace, *unicamente* laddove contengano richieste contrarie alla legge, alla deontologia professionale o alla buona pratica clinico-assistenziale, oppure nel caso in cui risultino palesemente incongrue o appaiano *non* corrispondenti alla condizione clinica effettivamente verificatasi, o siano state redatte *prima* dell'avvento di terapie, all'epoca *non* prevedibili, in grado di offrire *concrete* possibilità di miglioramento delle condizioni di vita dell'infermo incapace (art. 4, comma 5, legge n. 219/2017).

L'art. 4, commi 1 e 2, legge n. 219/2017 attribuisce, inoltre, al disponente anziano vulnerabile ma *capace* (così come a ogni altro adulto lucido) la facoltà di

---

<sup>34</sup> Sembra ragionevole ritenere, con riferimento allo specifico caso di soggetto anziano e vulnerabile qui in esame, che il vaglio di "adeguatezza" posto dall'art. 4, comma 1, della legge n. 219/2017 in relazione alle informazioni mediche che il soggetto è tenuto ad acquisire, debba essere condotto con scrupolosa attenzione se, al momento della formulazione delle DAT, la persona si trovava in una condizione di età avanzata e di fragilità (senza compromissione della capacità di agire). Occorre, infatti, scongiurare che vi siano stati elementi, soprattutto di ordine relazionale, esistenziale o culturale, tali da inficiare, in concreto, la valutazione, da parte del disponente, circa la effettiva, genuina, provenienza da "*fonti mediche*" delle informazioni assunte e il relativo livello di approfondimento e chiarezza.

<sup>35</sup> Con successiva previsione, contenuta nell'art. 1, comma 418, legge 27 dicembre 2017, n. 205 e completata dal regolamento di esecuzione adottato con d.m. salute 19 dicembre 2019, n. 168, è stato istituito, presso il Ministero della salute, il *Registro nazionale delle DAT*. I soggetti che ricevono le DAT (notaio, ufficiale di stato civile, dirigente della struttura sanitaria, rappresentante diplomatico o consolare per le disposizioni formulate da cittadino italiano residente all'estero) sono tenuti a trasmettere, senza indugio, alla banca dati in questione, servendosi di rete telematica protetta da idonee garanzie di cyber-sicurezza, le informazioni identificative e di reperibilità dell'atto, ovvero, se così il disponente vuole, anche copia dell'atto medesimo. Al *Registro nazionale* (organizzato secondo protocolli informatici che assicurino la protezione dei dati ivi conservati) accedono, oltre al disponente, anche il fiduciario nominato nelle DAT e il medico curante, previa autenticazione informatica e dichiarazione di aver effettivamente in cura il paziente. I dati vengono conservati in banca dati sino al decimo anno successivo alla morte del disponente. In caso risultino più DAT registrate, senza formale revoca l'una dell'altra, si applicano quelle aventi data posteriore.

indicare, nelle proprie DAT, un «fiduciario», anche *non* appartenente alla cerchia familiare, purché maggiorenne e capace d'agire, al quale la legge attribuisce poteri di *rappresentanza* nelle relazioni con il medico, l'equipe curante e la struttura sanitaria di ricovero o assistenza a partire dal momento in cui il disponente, già caduto malato, diviene anche *incapace* di autodeterminarsi.

Il *fiduciario* in questione, che accetta la nomina mediante sottoscrizione delle DAT<sup>36</sup> di cui riceve copia, oppure con atto separato<sup>37</sup>, può, in qualunque momento, rinunciare all'incarico ricevuto per iscritto dandone comunicazione al disponente. Del pari, il disponente può, in qualsiasi momento, revocare l'incarico attribuito al fiduciario, senza motivazione, attraverso la modifica delle proprie DAT, oppure con separato atto pubblico, scrittura privata autenticata o scrittura privata consegnata al Comune di residenza o all'ASL territoriale (art. 4, commi 2 e 3, legge n. 219/2017).

Laddove il fiduciario non sia stato indicato, sia premorto, abbia rinunciato all'incarico o sia divenuto incapace, le DAT restano comunque valide ed efficaci per la parte relativa alle istruzioni di cura, e, se necessario, il giudice tutelare provvederà alla nomina di un amministratore di sostegno con poteri di rappresentanza sanitaria a beneficio del disponente malato e incapace (art. 4, comma 4, legge n. 219/2017).

In caso di *disaccordo* fra il fiduciario e i medici curanti in relazione all'attuazione delle istruzioni di cura contenute nelle DAT, è dato ricorso al giudice tutelare del luogo di dimora attuale del malato incapace da parte dei medici, del fiduciario, dei rappresentanti legali della struttura sanitaria di ricovero o assistenza, oppure degli altri soggetti indicati agli artt. 406 ss. c.c. (art. 4, comma 5, legge n. 219/2017)<sup>38</sup>.

Quanto, poi, alla "*pianificazione condivisa delle cure*", si tratta di istituto che la legge riserva ai *malati*<sup>39</sup>, già in cura, affetti da una patologia «cronica e invalidante» oppure da una malattia «caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta» (art. 5, comma 1, legge n. 219/2017).

Si tratta di uno strumento che, proprio per le condizioni richieste al fine di farvi

<sup>36</sup> Va da sé che la mancata sottoscrizione delle DAT da parte del fiduciario *non* determina invalidità-inefficacia delle medesime per quanto riguarda le istruzioni di cura che esse eventualmente contengano. In tali casi, si applicherà, perciò, per analogia, il comma 4 dell'art. 4, legge n. 219/2017, in forza del quale le DAT manterranno effetti in merito alle volontà del disponente sui trattamenti sanitari provvedendosi, in caso di necessità, alla nomina, da parte del giudice tutelare, di un amministratore di sostegno con compiti di rappresentanza sanitaria.

<sup>37</sup> L'istituzione del fiduciario, quindi, è un atto *bilaterale*, a differenza delle istruzioni di cura che costituiscono, invece, un atto *unilaterale* giacché si perfezionano con la mera sottoscrizione del disponente senza necessità di alcun accordo né col fiduciario, né coi medici (di medicina generale o curanti), né coi terzi.

<sup>38</sup> Il rinvio agli artt. 406 ss. c.c., disposto dall'art. 3, comma 5, legge n. 219/2017, al quale si rifà anche il successivo art. 4, comma 5, della stessa legge, individua il rito da seguire nel procedimento di cui all'art. 404 c.c.

<sup>39</sup> A differenza delle DAT, le quali possono essere formulate anche da parte del soggetto sano o ignaro della propria malattia (nella specie, si potrebbe trattare di una persona anziana *non* malata, la cui vulnerabilità è d'ordine esistenziale o economico).

ricorso, può essere diffuso nel contesto di gravi fragilità della persona anziana, e grande anziana, legate a malattie croniche o evolutive-infauste ricorrenti nell'età più avanzata.

La pianificazione in parola deve essere predisposta in forma scritta (senza bisogno di ricorso all'atto pubblico o alla scrittura privata autenticata); è inserita nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico; e può essere successivamente aggiornata. In caso di inabilità del malato, si può utilizzare la videoregistrazione o un dispositivo di comunicazione per la persona disabile (art. 5, comma 4, legge n. 219/2017): facoltà, questa, che appare di rilievo nell'ipotesi di anziano vulnerabile in quanto consente a quest'ultimo di poter godere del proprio diritto alla pianificazione delle cure superando le fragilità fisiche che impediscono la sottoscrizione.

Nella pianificazione, il malato, d'intesa con l'equipe curante<sup>40</sup>, esprime il proprio consenso (o dissenso) a tutti i trattamenti sanitari che gli vengono proposti, ivi compresi quelli "pro futuro" (art. 5, commi 1 e 3, legge n. 219/2017).

L'equipe medica è tenuta a seguire le indicazioni contenute nella pianificazione, anche una volta che sia sopravvenuto lo stato d'incapacità (art. 5, comma 1, legge n. 219/2017)<sup>41</sup>.

A differenza delle DAT, in relazione alle quali la legge non prevede – ma neppure esclude – un possibile coinvolgimento di terzi nella loro redazione, la pianificazione condivisa delle cure contempla, invece, purché col consenso del paziente, un attivo ruolo anche dei familiari, della parte dell'unione civile, del convivente o di una "persona di fiducia". Laddove tali figure siano coinvolte, infatti, esse ricevono, al pari del malato, informazioni adeguate sull'evolversi della patologia e sulle realistiche aspettative in termini di qualità della vita, possibilità di intervento clinico e offerta di cure palliative (art. 5, comma 2, legge n. 219/2017).

All'assistito anziano vulnerabile (come a chiunque altro) è inoltre riconosciuta facoltà di nominare, mediante la stessa pianificazione condivisa delle cure, un proprio "fiduciario", maggiorenne e capace di agire, individuandolo anche al di fuori della cerchia familiare, al quale la legge stessa conferisce poteri di rappresentanza sanitaria per il caso di sopravvenuta incapacità della persona malata a esprimere consenso ai trattamenti (art. 5, comma 3, legge n. 219/2017).

Da ultimo, in base all'art. 3, legge n. 219/2017, se la relazione di cura riguarda un anziano vulnerabile *interdetto* o *beneficiario di amministrazione di sostegno* (così come ogni altro adulto sottoposto alle medesime misure), *privo* di DAT o di

---

<sup>40</sup> La pianificazione condivisa delle cure è, dunque, atto *bilaterale* giacché necessita, a fine di validità-efficacia, della sottoscrizione (e dunque dell'accordo) del medico curante, che ne "condivide" i contenuti col malato.

<sup>41</sup> Proprio per la natura *condivisa* della "pianificazione" e per l'*attualità* della diagnosi, prognosi e terapia indicate, oltre che per la *presenza* del personale medico con funzione di garanzia, è, in effetti, implausibile che le istruzioni contenute nella pianificazione possano essere contrarie alla legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali, oppure "anacronistiche", incongrue o non corrispondenti alla situazione clinica data.

pianificazione condivisa delle cure, il consenso (o il rifiuto o la revoca) ai trattamenti sanitari è prestato, in nome e per conto dell'assistito, dal tutore o dell'amministratore di sostegno, sentito, ove possibile, l'incapace e avendo come scopo esclusivo la tutela della salute psico-fisica<sup>42</sup> e della vita nel pieno rispetto della dignità<sup>43</sup>.

Resta, comunque, fermo che il rappresentante legale dell'ammalato incapace (nella specie, anziano e vulnerabile per menomazione psicofisica) *non* può esigere l'effettuazione, da parte dei sanitari, di interventi illeciti, o contrastanti con le regole deontologiche e le linee guida professionali.

### 3. Anziano vulnerabile e decisioni di "fine-vita"

Nella giurisprudenza da essa sin qui sviluppata in materia di "fine-vita"<sup>44</sup>, più volte la Corte costituzionale ha richiamato l'attenzione del Parlamento sulla necessità, costituzionalmente fondata, di proteggere – fra gli altri – *proprio* il soggetto "anziano vulnerabile", non necessariamente malato o non autosufficiente, ma anche in condizioni di isolamento sociale o di debolezza economica<sup>45</sup>, dalle conseguenze di scelte irreparabili sul proprio corpo assunte in modo *non* libero e *non* consapevole, magari perché frutto della pressione sociale diffusa nel senso di sentirsi "di peso" per i familiari o per la collettività<sup>46</sup>.

Attualmente, l'ambito delle decisioni di "fine-vita" è perimetrato, in coerenza coi referenti costituzionali di autodeterminazione individuale e di protezione del bene della vita anche rispetto ai soggetti più vulnerabili (artt. 2 e 32 Cost.)<sup>47</sup>, dalle disposizioni di cui agli artt. 1 e 2 della legge n. 219/2017 e dalle norme di cui agli artt. 579 e 580 c.p. così come risultanti dalla declaratoria di incostituzionalità parziale pronunciata dalla Corte costituzionale nella (nota) sentenza 22 novembre 2019, n. 242 (c.d. "caso Cappato-DJ Fabo").

Si tratta di un quadro normativo che – giova ricordarlo – *non* isola specificamente la figura dell'anziano vulnerabile rispetto a quella di un qualunque altro soggetto.

<sup>42</sup> Cfr. D. MORANA, *La salute come diritto costituzionale*, V ed., Giappichelli, Torino, 2025.

<sup>43</sup> Cfr. S. AGOSTA, *Disposizioni di trattamento e dignità del paziente*, Aracne, Canterano, 2020.

<sup>44</sup> Corte cost., 29 dicembre 2025, n. 204; Corte cost., 25 luglio 2025, n. 132; Corte cost., 20 maggio, 2025, n. 66; Corte cost., 18 luglio 2024, n. 135; Corte cost., 2 marzo 2022, n. 50; Corte cost., 22 novembre 2019, n. 242; Corte cost., 10 maggio 2019, n. 114.

<sup>45</sup> Corte cost. n. 66/2025, cit.; Corte cost. n. 135/2024, cit.; Corte cost. n. 242/2019, cit. Cfr. P. SCARLATTI, *I diritti delle persone vulnerabili*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2022, 124-131.

<sup>46</sup> In particolare, Corte cost. n. 66/2022, cit.

<sup>47</sup> Corte cost. n. 50/2022, cit. sulla quale, anche per ulteriori riferimenti bibliografici, si rinvia a F.G. PIZZETTI, *L'autodeterminazione alla fine della vita: punti di riferimento costituzionali, disciplina legislativa e applicazioni giurisprudenziali*, in M.G. SALVADORI (a cura di), *Scelte e cure di fine vita: profili giuridici, etici, clinici. Scenari europei a confronto*, Giappichelli, Torino, 2023, 3-37.

Ai sensi della legge n. 219/2017, quindi, la persona anziana vulnerabile ancora *capace*, non diversamente da un individuo *maggiormente e lucido*, ha facoltà di compiere una scelta (e vincolante) scelta di “fine-vita” attraverso l’espressione del *rifiuto* (o la formulazione di una successiva *rinuncia*) rispetto a tutti i *trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza*<sup>48</sup>, tanto in via attuale, quanto in via anticipata attraverso il ricorso a una DAT o una pianificazione condivisa delle cure, con pieno diritto di ottenere l’erogazione delle terapie del dolore e delle cure palliative<sup>49</sup> di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38<sup>50</sup>.

Allo scopo di assicurare che la scelta di rinuncia o rifiuto dei trattamenti salvavita risulti pienamente meditata (finalità che, pur nel silenzio della normativa, acquista pregnante significato rispetto alla figura dell’anziano vulnerabile, in quanto scongiura scelte rinunciarie dettate da fragilità superabili), è stabilito che il medico prospetti al malato (nonché ai familiari, se coinvolti<sup>51</sup>) le conseguenze di siffatta decisione insieme alle possibili alternative (terapia del dolore e cure palliative incluse) promuovendo ogni azione necessaria di sostegno, anche psicologico, dell’assistito e offrendo un tempo sufficiente per un eventuale ripensamento (art. 1, comma 5, legge n. 219/2017).

Nel caso di paziente incapace – nella specie, si tratterà di un anziano vulnerabile

<sup>48</sup> Questi ultimi intesi, sulla scorta di Corte cost. n. 135/2024, cit., quali procedure, compiute normalmente da personale sanitario dotato di particolari competenze oggetto di specifica formazione professionale ma che potrebbero essere apprese anche da familiari o *caregiver*, tali che la loro omissione o interruzione determinerebbe, prevedibilmente, la morte del paziente in un breve lasso di tempo. L’art. 1, comma 5, legge n. 219/2017 qualifica, peraltro, espressamente, come trattamento sanitario che può essere rifiutato in qualsiasi momento dal malato (anche “ora per allora” mediante DAT o pianificazione condivisa delle cure), «la nutrizione artificiale e l’idratazione artificiale, in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici».

<sup>49</sup> Cfr., L. ORSI, *Le cure palliative*, in L. LENTI, E. PALERMO FABBRIS, P. ZATTI (a cura di), *I diritti in medicina*, in S. RODOTÀ e P. ZATTI (diretto da), *Trattato di biodiritto*, Giuffrè, Milano 2011, 603-623 e, se si vuole, F.G. PIZZETTI, *Scelte di “fine-vita” fra cure palliative, sedazione profonda continua e aiuto farmacologico a morire*, in R. PRODROMO, F. MEOLA e A. MACCARO (a cura di), *Bioetica e biodiritto: il dibattito contemporaneo tra autodeterminazione e sostenibilità*, Mimesis, Napoli, 2024, 69-89.

<sup>50</sup> Cure, queste, che proprio incidendo sulla sintomatologia algica e offrendo un insieme di interventi clinico-assistenziali rivolti al malato e al suo nucleo familiare, fungono da prezioso strumento affinché sia attutita la sofferenza, anche psicologica ed esistenziale, che può colorare l’ultimo tratto del decorso infausto dell’anziano fragile (come di un qualunque altro adulto) evitando che, magari perché in preda a patemi che sembrano non alleviabili, il malato si abbandoni alla scelta di rinuncia alle cure di sostegno vitale o alla richiesta di morte medicalmente assistita.

Non è un caso, da questo punto di vista, che l’art. 32, d.lgs. n. 29/2024, nel delineare le politiche di sostegno alla fragilità dell’anziano non autosufficiente, affetto da patologia evolutiva ad andamento cronico e priva di cure adeguate ed efficaci, abbia garantito espressamente proprio l’accesso alle cure palliative nel quadro del PAI e dell’eventuale pianificazione condivisa delle cure di cui all’art. 5, legge n. 219/2017.

<sup>51</sup> Oltreché, pur nel silenzio in punto della legge, al coniuge, alla parte dell’unione civile, al convivente o alla persona di fiducia.

non autosufficiente – il rifiuto o la rinuncia ai trattamenti vitali sarà espresso dal rappresentante legale dell'assistito (fiduciario, tutore o amministratore di sostegno) sulla base delle preve indicazioni in tal senso contenute nelle DAT o nella pianificazione condivisa delle cure.

Peraltro, anche in assenza di DAT o di pianificazione condivisa delle cure, *non* è del tutto escluso che il diniego all'applicazione di trattamenti sanitari di sostegno vitale<sup>52</sup> sia opposto dal tutore o dall'amministratore di sostegno (eventualmente previa autorizzazione del giudice tutelare se così è disposto nel decreto di nomina giudiziale dell'amministratore<sup>53</sup>).

Il rappresentante legale, infatti, nell'assumere le decisioni sanitarie che riguardano l'assistito incapace, è sì tenuto a perseguire il fine di tutela della salute psicofisica e della vita ai sensi dell'art. 3, legge n. 219/2017 – il che parrebbe, almeno a prima vista, escludere qualunque scelta interruttiva o rinunciataria di presidio salva-vita che non sia stata preventivamente formulata dall'assistito ancora capace a mezzo DAT o pianificazione condivisa delle cure – ma sempre “*nel*” rispetto della *dignità* dell'interdetto o del beneficiario. E la dignità comprende, come la giurisprudenza ha più volte rimarcato, anche l'*identità personale*<sup>54</sup> quale frutto dei convincimenti morali, filosofici o spirituali maturati dall'individuo nel tempo. Ne consegue che, qualora emerga, sulla base di elementi di prova chiari, univoci e convincenti<sup>55</sup>, che la prosecuzione dell'esistenza in vita mediante dispositivi medici, farmaci o manovre sanitarie, in condizioni di salute compromessa e di lucidità irrecuperabile, risulti radicalmente lesiva della dignità-identità dell'incapace (nella specie, anziano vulnerabile), l'amministratore di sostegno o il tutore, può, al fine di rispettare la dignità dell'assistito, esprimere il dissenso all'attivazione o prosecuzione delle terapie di sopravvivenza consentendo, così, al paziente di andare incontro alla morte naturale (che egli avrebbe voluto, se fosse stato ancora capace di esprimersi) quale inevitabile e repentina conseguenza del venir meno dei sostegni biomedicali a un corpo *non* più in grado di sostenere autonomamente la vita.

Qualora, in *assenza* di preve istruzioni del malato incapace, i medici si oppongano al rifiuto dei trattamenti salva-vita, espresso dal rappresentante legale sulla base della volontà presunta dell'assistito, ritenendo tali trattamenti necessari e opportuni, la scelta

<sup>52</sup> Cass., sez. I, 15 maggio 2019, n. 12998; Trib. Roma 22 febbraio 2021; Trib. Roma 23 settembre 2019.

<sup>53</sup> Corte cost. n. 114/2019, cit.

<sup>54</sup> In questi termini, Cass., sez. I civ., n. 21748/2007, cit.; Cons. St., sez. III, 5 settembre 2014, n. 4460; Corte cost. n. 135/2024, cit.; Corte cost. n. 242/2019, cit.

<sup>55</sup> Il dovere dello Stato di tutelare la vita umana, derivante dal valore cardinale del bene in questione e dalla considerazione che ogni vita umana è portatrice di inalienabile dignità, indipendentemente dalle concrete condizioni in cui essa si svolge (Corte cost. n. 242/2019, cit.; Corte cost. n. 50/2022, cit.), richiede, infatti, di prevedere una disciplina che consenta al rappresentante legale del malato incapace di assumere decisioni che possono condurre alla morte naturale dell'assistito per cessazione o inattivazione dei trattamenti artificiali di sostegno vitale, soltanto qualora la *volontà presunta* del paziente sia stata inequivocabilmente ricostruita: così Cass., sez. I civ., n. 21748/2007, cit.

è rimessa al giudice tutelare previo ricorso dei medici stessi, del rappresentante legale della struttura sanitaria, del rappresentante legale dell'ammalato incapace o di uno degli altri soggetti indicati all'art. 406 ss. c.c. (art. 3, comma 5, legge n. 219/2017).

In caso di prognosi infausta a breve termine, oppure di imminenza di morte, il medico è, comunque, obbligato ad astenersi – anche laddove il malato (o il suo rappresentante legale) diversamente richieda – da «ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati», eventualmente attivando, ma solo su consenso del paziente, la *sedazione palliativa profonda continua*<sup>56</sup> in presenza di sofferenze refrattarie ai trattamenti analgici e palliativi (art. 2, legge n. 219/2017).

Non è invece previsto come obbligatorio, dalla legge n. 219/2017, l'intervento del comitato etico locale (CEL) nelle decisioni che riguardano i trattamenti sanitari salva-vita e di sostegno vitale, nonostante la loro caratura.

Si tratta, peraltro, di un intervento che non si può neppure ritenere *escluso* posto che, ai sensi dell'art. 1, comma 3, d.m. salute 30 gennaio 2023, l'organo in parola è comunque competente a esercitare «funzioni consultive in relazione a questioni etiche connesse con le attività [...] assistenziali allo scopo di proteggere e promuovere i valori della persona» fra cui, indubbiamente, rientrano quelle che possono sorgere in relazione alle scelte sanitarie di “fine-vita”.

Inoltre, l'anziano vulnerabile che, alla pari di un qualsiasi altro individuo maggiorenne<sup>57</sup>, ricada nelle condizioni *tassativamente* fissate dalla giurisprudenza costituzionale – a partire dalla ben nota pronuncia n. 242 del 2019 e in attesa di una compiuta legislazione parlamentare ancora di là da venire<sup>58</sup> – può “congedarsi dalla vita” rapidamente, e in coerenza con la propria visione soggettiva della dignità dell'esistenza, anche richiedendo al SSN<sup>59</sup> che gli venga consegnata, per successiva *auto-somministrazione*, una sostanza *letale* (insieme alla relativa apparecchiatura utile ad assumerla) con manleva del medico che coopera in tale proposito da ogni responsabilità penale per aiuto al suicidio ai sensi dell'art. 580 c.p.<sup>60</sup>.

Si deve trattare, in particolare<sup>61</sup>, di malato affetto da *patologia irreversibile*,

<sup>56</sup> Cfr. F.G. PIZZETTI, “*Ai confini delle cure*”: la sedazione palliativa (o terminale) tra diritto di non soffrire e diritto di morire, in P. MACCHIA (a cura di), *Ai confini delle cure. Terapia, alimentazione, testamento biologico. Profili clinici, giuridici, etici*, ESI, Napoli, 2012, 135-174.

<sup>57</sup> La disciplina sul ricorso alla morte medicalmente assistita, di cui all'art. 580 c.p., così come risultante all'esito della pronuncia n. 242/2019 della Corte costituzionale, *non differenzia*, infatti, in ragione dell'età anagrafica.

<sup>58</sup> Si v. il d.d.l. n. AS 104, in corso d'esame, in sede referente, da parte delle Commissioni parlamentari riunite II (Giustizia) e X (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale) del Senato della Repubblica.

<sup>59</sup> Corte cost. n. 132/2025.

<sup>60</sup> Cfr. S. CANESTRARI, *Ferite dell'anima e corpi prigionieri. Suicidio e aiuto al suicidio nella prospettiva di un diritto liberale e solidale*, Bononia University Press, Bologna, 2021.

<sup>61</sup> Corte cost. n. 242/2019; Corte cost. n. 132/2025.

fonte di *sofferenze fisiche o psicologiche che egli avverte come assolutamente intollerabili* e dipendente da *trattamenti di sostegno vitale* (anche solo indicati e rifiutati)<sup>62</sup>, ma *pienamente capace* di prendere decisioni *libere e consapevoli*.

Occorre, poi, che la richiesta venga avanzata, dal soggetto in questione, seguendo la procedura medicalizzata prevista dagli artt. 1 e 2, legge n. 219/2017 per il rifiuto delle cure vitali, nell'ambito della quale ha luogo sia la valutazione della capacità di agire del richiedente, sia l'accertamento del carattere libero e informato della scelta, oltre alla prospettazione delle alternative terapeutiche o dei percorsi di cure palliative.

A fini di tutela dei diritti costituzionali della persona<sup>63</sup> è *obbligatorio* ottenere il parere del CEL<sup>64</sup> ed è *necessaria* la verifica pubblica, da parte delle strutture del SSN<sup>65</sup>, della sussistenza delle condizioni che, rendono lecito l'aiuto medico al suicidio assistito<sup>66</sup>.

Da questo punto di vista, fermo restando che, come avvertito, l'attuale disciplina sull'accesso al suicidio medicalmente assistito *non* si differenzia in ragione di requisiti anagrafici, è plausibile ritenere che il comitato etico terrà comunque conto anche dell'età avanzata e della condizione di *fragilità* che essa comporta nel soggetto malato al fine di cogliere l'eventuale presenza di *controindicazioni* che sconsiglino l'espletamento della procedura di suicidio medicalmente assistito, in modo particolare se la condizione di vulnerabilità e anzianità concorre al formarsi di una scelta *non* pienamente autonoma e consapevole.

È, infatti, il CEL, territorialmente competente, a dover svolgere un apposito ruolo, "terzo" e "multidisciplinare", di presidio delle persone più fragili e vulnerabili (ivi comprese quelle di età anziana)<sup>67</sup>.

Resta in ogni caso fermo che ogni altra condotta compiuta da un terzo (medico o *non* medico) al fine di agevolare o di eseguire direttamente il proposito di congedarsi dalla vita formulato dall'anziano vulnerabile (così come da un qualunque altro individuo), incorre nei rigori della legge penale in termini di omicidio del consenziente (art. 579 c.p.) o di aiuto al suicidio (art. 580 c.p.).

<sup>62</sup> Nell'accezione di Corte cost. n. 135/2024: v. *supra*, nota 48.

<sup>63</sup> Corte cost. n. 204/2015, cit.

<sup>64</sup> Fermo restando che il legislatore, in sede di adozione della disciplina organica in materia di suicidio medicalmente assistito, può anche individuare strutture più calibrate dal punto di vista delle competenze di etica clinica: Corte cost. n. 66/2025, cit.

<sup>65</sup> In attesa del varo della legge nazionale che organicamente regoli la materia *de qua*, è consentito alle Regioni, nell'esercizio della loro potestà legislativa concorrente in materia di «tutela della salute», ex art. 117, comma 3, Cost., prevedere norme a carattere meramente organizzativo e procedurale al fine di disciplinare in modo uniforme l'assistenza, da parte del Servizio sanitario regionale, alle persone che lecitamente richiedano di essere aiutate a morire: Corte cost. n. 204/2025, cit. In dottrina, se si vuole, F.G. PIZZETTI, *La proposta di legge piemontese in materia di assistenza al suicidio, alla luce della giurisprudenza costituzionale e del riparto di competenze Stato-Regioni*, in *Il Piemonte delle Autonomie*, 1, 2024, 1-25.

<sup>66</sup> Corte cost. n. 242/2019, cit. e Corte cost. n. 132/2025, cit.

<sup>67</sup> Corte cost. n. 132/2025, cit.

#### 4. Considerazioni conclusive (e una proposta)

Il regime giuridico oggi applicabile alle decisioni sanitarie e a quelle di “fine-vita” che riguardano l’anziano vulnerabile, per quanto *non* espressamente dedicato a tale figura, appare, nei tratti sin qui sommariamente evidenziati, in linea con la promozione di quei valori di dignità, cura, salute, vita e autodeterminazione<sup>68</sup> che debbono guidare anche l’*ageing* alla luce dei principi costituzionali personalista e solidarista (artt. 2 e 3 Cost.) sui quali l’ordinamento italiano si fonda<sup>69</sup>.

Da una parte infatti – mediante i meccanismi di cui alla legge n. 219/2017 – è riconosciuto, anche al paziente anziano vulnerabile, ma capace di autodeterminarsi, il diritto di esprimere il proprio consenso, o rifiuto, informato, nell’attualità o in via anticipata, rispetto a qualsiasi trattamento sanitario, anche laddove si tratti di misura necessaria ad assicurare la sopravvivenza<sup>70</sup> potendo incaricare, se lo vuole, una persona di propria fiducia (un familiare, il coniuge, la parte dell’unione civile, il convivente o un terzo) di fare le proprie veci nei rapporti coi medici e il personale sanitario e socio-assistenziale.

È, altresì, possibile per l’anziano vulnerabile (così come per ogni altro adulto), che sia pienamente libero e capace di autodeterminarsi e che si trovi in condizioni di sofferenza insopportabile e di dipendenza da presidi vitali, ottenere, previo parere del comitato etico e con pubblico accertamento delle condizioni in cui si trova, l’aiuto farmacologico a morire, di propria mano, senza attendere il tempo del naturale “*exitus*” una volta che siano venuti meno quei trattamenti salva-vita (e quelle cure palliative) che ha rifiutato.

---

<sup>68</sup> Osserva A.F. FONDRIESCHI, *La tutela negoziale dell’anziano nella prospettiva delle capabilities approach*, in *Pol. dir.*, 3, 2024, 382, 384-388, che se è vero che gli «anziani sono, per così dire, tutti orfani», in quanto «non godono della protezione, in qualche modo naturale, delle figure genitoriali in grado di provvedere al loro interesse e il loro destino è comunque legato a un processo degenerativo che, al contrario dei minori, molto difficilmente condurrà alla (ri)acquisizione delle capacità psichiche perdute», va pur sempre evitato che gli istituti volti a offrire supporto e tutela all’anziano finiscano per rinchiudere tale soggetto, quasi per eccesso di protezione, all’interno di una sorta di «“gabbia”, più o meno “dorata”, a seconda dei casi», che potrebbe risultare offensiva della sua dignità e autonomia, soprattutto se tale gabbia viene forgiata sul parametro “astratto” del soggetto adulto, capace, i cui bisogni, interessi e visioni della vita divergono “strutturalmente” da quelli della persona d’età avanzata.

L’esigenza di proteggere l’anziano in condizioni di vulnerabilità *senza sacrificarne* l’autodeterminazione anche rispetto ai trattamenti sanitari, è affermata, a livello sovranazionale europeo, oltreché dall’art. 25 della Carta dei diritti fondamentali dell’Unione europea, in combinato disposto con l’art. 3, comma 2, 1° trattino, anche dalla Raccomandazione del Comitato dei ministri del Consiglio d’Europa (2014)2, “*On the promotion of human rights of older persons*”, al capo III (§§9, 13) e dalla giurisprudenza della Corte Edu, 3 novembre 2011, *X v. Croatia*, n. 5193/09 e Corte Edu 6 luglio 2023, *Calvi c. Italia*, n. 46412/21.

<sup>69</sup> Come autorevolmente sostenuto, con limpide considerazioni, da L. CASSETTI, *Le coordinate costituzionali dell’Ageing: sostenibilità e solidarietà tra le generazioni*, in questo Volume e ID., *Un Presidente USA troppo anziano e fragile? L’invecchiamento tra stereotipi e politiche per i diritti delle persone anziane*, in *federalismi.it*, 19, 2024, IV-XI.

<sup>70</sup> Si tratta di un diritto che trova conferma anche sul piano sovranazionale nell’art. 8 Cedu: Corte Edu, 13 giugno 2024, *Daniel Karsai v. Ungheria*; Corte Edu, 29 aprile 2000, *Pretty v. Regno Unito*.

Dall'altra parte, l'ordinamento contempla anche appositi istituti – costituiti dalle procedure di cui alla legge n. 219/2017, nonché dai divieti penalmente assistiti *ex artt.* 579 e 580 c.p. e dalle politiche pubbliche previste dal d.lgs. n. 29/2024 – volti a scongiurare che la scelta dell'anziano vulnerabile (così come quella di qualunque altro soggetto fragile), a maggior ragione se si tratta di rifiuto di interventi sanitari vitali o di richieste di aiuto medico al suicidio, risulti l'esito di irrimediabili abbagli (clinici o di altro tipo), o di indebite influenze (magari per personali tornaconti di terzi), o di una consapevolezza solo fluttuante o incerta (a causa della patologia o della mancanza di adeguata presa di contatto coi medici), o di un'avvertita mancanza, attorno a sé, di adeguate forme di sostegno solidale (fra cui l'assistenza assistenziale sanitaria e sociosanitaria, domiciliare continuativa o di prossimità<sup>71</sup>, le cure palliative e l'aiuto nelle relazioni a distanza mediate dalla tecnologia).

D'altro canto, a voler percorrere la diversa strada di introdurre nuovi e *appositi istituti* di protezione, sia nella relazione di cura che nelle scelte di "fine-vita", appositamente forgiati *solo* sulla condizione dell'anziano, quale sorta di categoria soggettiva a *sé stante* di *malato*, destinataria, in quanto tale, di un regime giuridico fortemente differenziato rispetto a quello del comune paziente adulto, si corre il rischio di alimentare forme di perniciosa emarginazione "di gruppo"<sup>72</sup>, di assai dubbia costituzionalità.

Pare, quindi, non censurabile la scelta del legislatore delegato di non aver voluto modificare i meccanismi della legge n. 219/2017 quando ha approntato le politiche in favore della popolazione anziana di cui al d.lgs. n. 29/2024.

Vi è, però, almeno un profilo del vigente assetto normativo della relazione di cura e delle scelte di fine-vita dell'anziano vulnerabile che potrebbe, in futuro, giovarsi di un intervento riformatore.

Si tratta dell'introduzione di una norma in forza della quale, in *assenza* di una *diversa indicazione* fornita dall'anziano (in via attuale, se lucido o in via anticipata, se non più capace), la legge attribuisca poteri di *formale rappresentanza* in capo al "*caregiver familiare*" tanto nei rapporti con gli operatori dei servizi sociali, socio-assistenziali e sanitari coinvolti nelle attività di cura e assistenza di cui al d.lgs. n. 29/2024, quanto nella relazione con i medici e l'equipe sanitaria che svolgono i trattamenti sanitari di cui alla legge n. 219/2017.

È noto, infatti, che il *caregiver*<sup>73</sup> – figura introdotta dall'art. 1, comma 255, legge n. 205/2017, richiamata dall'art. 1, comma 1, lett. f), legge delega n. 33/2023 e altresì ripresa da una copiosa normativa regionale – «assiste e si prende cura», a titolo

<sup>71</sup> Anche mediante l'apporto della rete delle farmacie dei servizi, sul cui modello cfr. G. ALBERICO, *Farmacia dei servizi e soggetti vulnerabili*, in *questo Volume*.

<sup>72</sup> Cfr. F. CARIMINI, S. GIOVA, *Anziani vulnerabili e tutele civilistiche*, in A. PATRONI GRIFFI (a cura di), *Vulnerabili...*, cit., 134.

<sup>73</sup> Cfr. C. IRTI, *La persona anziana tra famiglia e società*, cit., 39-48; G. MARCHETTI, *La tutela "multilivello" dei diritti dei caregiver familiari anche nella prospettiva di rimuovere le asimmetrie di genere*, in *federalismi.it*, 4, 2022, 526-545.

*non* professionale e *non* retribuito, dell'anziano, o del grande anziano, coniuge, parte dell'unione civile, convivente di fatto, familiare o affine<sup>74</sup> (art. 39, commi 1 e 2, d.lgs. n. 29/2023).

Più in particolare, il *caregiver*, oltre alle attività di base e strumentali legate alla cura e all'assistenza quotidiane dell'anziano parente, svolge un ruolo, per così dire, di “*interlocutore*” rispetto agli operatori dei servizi sociali e socio-sanitari che hanno in carico la persona fragile di età avanzata (art. 39, comma 2, d.lgs. n. 29/2024).

Il *caregiver*, infatti, partecipa, sullo stesso piano degli altri familiari o del tutore o dell'amministratore di sostegno, alla valutazione multidimensionale unificata prodromica all'accertamento dello stato di *non autosufficienza* e alla conseguente redazione del PAI, di cui è soggetto attuatore (artt. 10 e 27, d.lgs. n. 29/2024)<sup>75</sup>.

Pur svolgendo, dunque, “*di fatto*”, compiti di notevole *affiancamento* (quando non già di vera e propria *integrazione* nella *decisione sulla salute* dell'assistito vulnerabile<sup>76</sup>), il *caregiver* risulta del tutto *privo*, a diritto vigente, di un ruolo di “*formale*” *rappresentanza sanitaria*, anche al di fuori degli interventi contemplati dal d.lgs. n. 29/2024, salvo che sia stato istituito come “*fiduciario*” da parte dell'anziano<sup>77</sup> (artt. 1, 4 o 5, legge n. 219/2017), oppure sia stato nominato tutore o amministratore di sostegno da parte del giudice tutelare (art. 3, legge n. 219/2017)<sup>78</sup>.

Vero è che congiungendo – come qui si propone – in capo al medesimo individuo le figure di *rappresentante sanitario* e di *caregiver*, si potrebbe correre il rischio di esporre l'anziano vulnerabile a scelte *non* sempre pienamente assunte nel suo esclusivo interesse perché magari frutto della “*pressione*” (psicologica ed esistenziale) che l'assistente familiare subisce, nel caso concreto, in ragione del gravoso e defaticante impegno di cura quotidiana dell'assistito fragile che ha sulle proprie spalle.

Tuttavia, neppure si può trascurare il fatto che, almeno in linea di massima, è il *caregiver* colui il quale meglio, e più da vicino, conosce i bisogni assistenziali e

<sup>74</sup> Di norma, entro il secondo grado ma, nei casi indicati all'art. 33, comma 3, legge 5 febbraio 1992, n. 104, anche entro il terzo grado.

<sup>75</sup> A tal fine, previo consenso dell'assistito o del suo legale rappresentante e nel rispetto delle disposizioni in materia di protezione dati di cui al Regolamento (UE) n. 2016/679 e al d.lgs. n. 101/2018, il *caregiver* riceve tutte le «informazioni sulle problematiche della persona assistita, sui bisogni assistenziali e sulle cure necessarie, sui diritti e sui criteri di accesso alle prestazioni sociali, sociosanitarie e sanitarie, sulle diverse opportunità e risorse operanti sul territorio che possono essere di sostegno all'assistenza e alla cura» (art. 39, comma 6, d.lgs. n. 29/2024).

<sup>76</sup> Cfr. G. CARAPEZZA FIGLIA, *Il sostegno di fatto. Un confronto tra esperienza italiana e spagnola*, in A. FUSARO, M. PICCINI, *Un diritto gentile per la persona anziana*, cit., 155-164.

<sup>77</sup> L'art. 27, comma 15, d.lgs. n. 29/2025, fa, in effetti, riferimento “soltanto” all'amministratore di sostegno: si tratta, tuttavia, di un'indicazione che pare di potersi assumere solo a titolo meramente “esemplificativo” delle figure di rappresentanti legali dell'anziano non autosufficiente e *non* “preclusivo” dell'intervento anche del “fiduciario”, istituito dal disponente (*ex artt.* 1, 4 e 5, legge n. 219/2017), nelle attività di svolgimento della VMU e di predisposizione del PAI.

<sup>78</sup> V. *supra*, §2.

clinici dell'anziano in tutti i variegati aspetti della vulnerabilità che si sono all'inizio accennati, e che la stessa figura del *caregiver* fa parte di quelle misure che il d.lgs. n. 29/2024 contempla al fine di promuovere i valori di dignità e autonomia della persona anziana (art. 1, comma 1)<sup>79</sup>.

Così come va sottolineato che l'attribuzione, *ex lege*, al *caregiver* di poteri di rappresentanza sanitaria dell'anziano vulnerabile avverrebbe *solamente* nel caso in cui il soggetto stesso *non abbia* effettuato una *scelta diversa* così da rispettare sempre l'autonomia del soggetto d'età avanzata nell'individuare la figura che egli ritiene meritevole della sua massima fiducia e che vuole, quindi, che agisca, in sua vece, nei rapporti con il personale medico, socio-sanitario e assistenziale<sup>80</sup>.

D'altro canto, la normativa vigente, all'art. 3, comma 5, legge n. 219/2017, contempla l'intervento del giudice tutelare a piena protezione anche del malato anziano vulnerabile e incapace (come di chiunque altro), in ogni caso di contrasto sulla decisione sanitaria da assumere che si verifichi fra i medici curanti e il fiduciario o l'amministratore di sostegno munito di poteri di rappresentanza.

Anche nel caso in cui il *caregiver* svolga, per legge, funzioni di *affiancamento* o *integrazione* delle scelte dell'assistito anziano vulnerabile in quanto munito di *formali* poteri di *rappresentanza sanitaria*, il giudice tutelare potrebbe sempre intervenire, ai sensi della legge n. 219/2017, al fine di assicurare che il soggetto fragile d'età avanzata riceva piena tutela nei propri diritti fondamentali rispetto a ogni scelta di cura dannosa che sia assunta da colui che dovrebbe (invece) assisterlo.

Da ultimo, rispetto alla normativa *in fieri* in materia di morte volontaria medicalmente assistita, il legislatore, nella ricerca del punto di ragionevole bilanciamento fra la promozione della libertà di autodeterminazione individuale, da una parte, e la tutela minima del bene della vita dall'altra, non potrà che prendere in considerazione, fra gli altri soggetti vulnerabili, anche l'anziano, talora del tutto "invisibile" nella sua stessa fragilità<sup>81</sup>.

Al Parlamento spetterà dunque approntare – alla luce dei principi costituzionali di riferimento ed eventualmente sulla falsariga dell'attuale disciplina transitoria di cui alla legge n. 219/2017 e agli artt. 579 e 580 c.p.<sup>82</sup> – procedure rigorose per

---

<sup>79</sup> V. *supra*, §1.

<sup>80</sup> Sulla valorizzazione del ricorso al "mandato o procura di protezione" avente carattere *negoziale* e *senza* necessario intervento della magistratura tutelare anche per la rappresentanza sanitaria (dell'anziano vulnerabile), si v. A. FUSARO, M. GIROLAMI, G. CALABRESE, *Gli istituti giuridici di sostegno agli anziani fragili: osservazioni e proposte*, in C. TOMASSINI, M. ALBERTINI, C. LALLO (a cura di), *Avanzare insieme nella società anziana*, cit., 151-154. Le diverse soluzioni adottate negli ordinamenti stranieri per valorizzare le misure *volontarie* di rappresentanza o supporto della persona anziana sono analizzate da C.M. CASCIONE, *Invecchiamento demografico e tutela della persona nelle esperienze giuridiche contemporanee*, in C. TOMASSINI, M. ALBERTINI, C. LALLO (a cura di), *Avanzare insieme nella società anziana*, cit., 93-97.

<sup>81</sup> Corte cost. n. 66/2025, cit.

<sup>82</sup> V. *supra*, §3.

accertare la genuinità e la consapevolezza della volontà del soggetto anziano, malato e vulnerabile (così come di altri individui che presentano fragilità) rispetto a scelte estreme e irreparabili che potrebbero essere «collegate a situazioni, magari solo momentanee, di difficoltà e sofferenza, o anche soltanto non sufficientemente meditate»<sup>83</sup>. Procedure, queste, che potranno contemplare l'intervento della magistratura tutelare nei casi controversi, nonché prevedere il coinvolgimento, pur se non con esito vincolante, dei comitati etici, oltre ad attribuire un ruolo al servizio sanitario nazionale nella valutazione clinica delle condizioni del paziente e nell'accompagnamento lungo il percorso di congedo dalla vita<sup>84</sup>.

D'altro canto, è necessario rendere pienamente effettivo il sostegno sociale, socio-sanitario e assistenziale a favore della popolazione anziana, secondo quanto delineato dal decreto legislativo n. 29 del 2024<sup>85</sup>, dal momento che «la presenza o meno di queste forme di assistenza condiziona le scelte della persona malata e può costituire lo spartiacque tra la scelta di vita e la richiesta di morte»<sup>86</sup>.

Sarà, così, possibile fare in modo che nelle decisioni relative ai trattamenti sanitari o alle modalità medicali di congedo dalla vita, la persona anziana e vulnerabile sia posta nella condizione di essere realmente *libera* di scegliere la via da intraprendere secondo la sua personalità e pienamente *tutelata* da ogni sviamento.

---

<sup>83</sup> Corte cost. n. 20/2022, cit., 5.3. *cons. dir.*; Corte cost. n. 135/2024, cit., 6.1. *cons. dir.*

<sup>84</sup> Corte cost. n. 135/2024, cit.

<sup>85</sup> Cfr. P. BILANCIA, *La tutela della persona anziana nello Stato democratico sociale*, in questo Volume; G. MARCHETTI, *Politiche e servizi assistenziali per gli anziani non autosufficienti. La dimensione regionale e locale tra criticità e prospettive di riforma*, in questo Volume.

<sup>86</sup> Corte cost. n. 66/2025, cit., 7.2. *cons. dir.*

Finito di stampare nel mese di febbraio 2026  
nella LegoDigit s.r.l. – Via Galileo Galilei, 15/1  
38015 Lavis (TN)