



REPUBBLICA ITALIANA
Tribunale di Roma
Sezione prima bis civile
UFFICIO DEL GIUDICE TUTELARE

In persona del giudice dott.ssa Eugenia Serrao, ha emesso il seguente

DECRETO

a scioglimento della riserva assunta all'udienza del....., nella causa iscritta al n..... R.G.A.S. avente ad oggetto: nomina Amministratore di sostegno,

rilevato che:

- con ricorso depositato il 2010 W, in qualità di padre, Z, in qualità di madre, Y, in qualità di sorella, nonché la stessa X, a beneficio di se stessa, hanno chiesto la nomina di un Amministratore di Sostegno, deducendo che X è affetta da anoressia nervosa che ne compromette la capacità di provvedere autonomamente alla cura della propria persona,

- i ricorrenti hanno, in particolare, dedotto che: X vive con i propri genitori; lavora presso; è intestataria di un conto corrente bancario; non è in grado di guidare autoveicoli né di controllare il consumo patologico e tossicologico di farmaci, con pericolo per la sua stessa vita;

- dall'istruttoria espletata è emerso quanto segue:

1) X è una giovane donna che appare, nel colloquio su argomenti generici, in grado di dialogare in maniera congrua; esprime, tuttavia, il proprio pensiero in modo ambivalente, come ad esempio quando dichiara di volersi affidare alle cure del Centro d'Igiene Mentale perché i genitori le hanno detto che ha bisogno di uno psichiatra ed al contempo dice che nessuno dei familiari gode della sua fiducia; con particolare riguardo ai propri comportamenti, non è consapevole della malattia di cui soffre: dichiara di essere stata assente dal lavoro per una crisi depressiva ma nega di fare uso di diuretici, integratori o prodotti dimagranti; ha, inoltre, negato di aver sottoscritto il ricorso in esame;

2) i genitori, che convivono con lei, hanno riferito che la persona attualmente pesa kg.39, è stata seguita dal C.I.M. per disturbi alimentari e psichiatrici, rifiutando ogni proposta di ricovero, ed utilizza tutti i propri guadagni per acquistare farmaci diuretici e prodotti dietetici; da quando i familiari le hanno negato la disponibilità di denaro, ha iniziato ad elemosinare per strada e si è rivolta a spacciatori abusivi di farmaci;

3) la scheda di dimissione del Policlinico Umberto I datata e le analisi cliniche alle quali la persona è stata recentemente sottoposta, unitamente a quanto riferito dal medico specialista di disturbi dell'alimentazione che l'ha recentemente visitata, hanno evidenziato che X, affetta da anoressia dall'età di 14 anni, abusa di farmaci diuretici e

benzodiazepine con tale frequenza da renderne necessario il ricovero per tre volte nell'ultimo anno, presenta un importante squilibrio degli elettroliti (livelli di sodio, potassio, ai limiti della norma), ha una grave forma di osteoporosi con perdita di tessuto osseo e segni di compromissione epatica;

4) i familiari hanno chiesto la nomina di un Amministratore di Sostegno perché la persona nega la malattia e non presta il consenso alle cure di cui necessiterebbe, con particolare riguardo al ricovero in un centro specializzato nella cura dei disturbi cronici dell'alimentazione;

- dai documenti clinici depositati con il ricorso risulta che X è affetta da gravi problemi psichiatrici consistenti in 'Disturbo del comportamento alimentare associato a discontrollo degli impulsi' e che negli ultimi dodici mesi ha subito più ricoveri presso il reparto psichiatrico del Policlinico Umberto I, emergendo, da quanto indicato, che si tratta di una persona affetta da un disturbo del comportamento alimentare di gravità tale da determinare l'attuale impossibilità di provvedere autonomamente ai propri interessi;

- la ricorrenza di tali condizioni consente, a norma dell'art. 404 c.c., di applicare la misura dell'Amministratore di sostegno a chi si trovi, per effetto di menomazione fisica o psichica, nella impossibilità anche parziale o temporanea di provvedere ai propri interessi, tanto più che la norma si iscrive in un sistema la cui finalità (l.6/2004, art. 1) è di tutelare con la minore limitazione possibile della capacità d'agire, le persone prive in tutto o in parte di autonomia;

considerato che:

- l'anoressia nervosa è classificata dall'ICD-10 (*International Classification of Diseases-10*) e dal DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) tra i disturbi del comportamento alimentare come una vera e propria sindrome con caratteristiche psicopatologiche specifiche, che si caratterizza per il "rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra o al peso minimo normale per età e statura", "la paura di acquistare peso o di diventare grassi anche quando si è sottopeso", "l'alterata percezione del peso e della forma corporea, sulla quale il paziente basa la regolazione della propria autostima"; in passato numerosi casi di anoressia nervosa erano curati da ginecologi, pediatri, nutrizionisti ed internisti, mentre più recentemente è aumentata la consapevolezza che si tratti di una patologia psichiatrica;

- si tratta di una psicopatologia in cui la mente distorce l'immagine corporea, per cui il terrore di diventare grassi persiste come un'idea prevalente, intrusiva e il paziente si impone un limite di peso basso; la persona manifesta l'incapacità di identificare sentimenti interiori e condizioni di bisogno, in particolare la fame, ma più in generale le proprie emozioni; la persona percepisce le proprie azioni, i propri pensieri e i propri sentimenti come riflesso passivo di aspettative e richieste esterne piuttosto che come azioni, pensieri e sentimenti che hanno origine attiva dentro di sé;

- la malattia insorge e si sviluppa prevalentemente tra i 12 ed i 25 anni, con larga maggioranza nella popolazione femminile e, trovandosi spesso associata

in comorbidità a disturbi dell'umore, disturbi d'ansia o abuso di sostanze, comporta una notevole alterazione della capacità percettiva e volitiva della persona, tale da non consentirle di valutare con adeguata consapevolezza le conseguenze dannose del proprio comportamento per la salute fisica: in tal senso, appare opportuno evidenziare che alcune conseguenze mediche dell'anoressia (come l'eccessiva perdita di potassio per abuso di diuretici) sono reversibili con il recupero ponderale, mentre altre (come l'osteopenia) si rivelano irreversibili, fermo restando in entrambi i casi il possibile verificarsi del rischio per la vita;

- gli esiti dell'istruttoria hanno evidenziato che X soffre di anoressia nervosa dall'età di 14 anni, ossia da ben 27 anni : si tratta, dunque, di una persona in cui la malattia ha assunto natura cronica, associata a frequenti episodi depressivi che ne compromettono la vita lavorativa e sociale; il rischio di danni irreversibili per la salute fisica è molto alto, data l'accertata osteoporosi con perdita di tessuto osseo e la persistente alterazione degli elettroliti, la cura ambulatoriale è del tutto inadeguata in ragione dell'atteggiamento ambivalente della persona;

ritenuto che:

- la giurisprudenza della Corte di legittimità (In tema di attività medico-sanitaria, il diritto alla autodeterminazione terapeutica del paziente non incontra un limite allorché da esso consegua il sacrificio del bene della vita. Di fronte al rifiuto della cura da parte del diretto interessato, c'è spazio - nel quadro dell'"alleanza terapeutica" che tiene uniti il malato ed il medico nella ricerca, insieme, di ciò che è bene rispettando i percorsi culturali di ciascuno - per una strategia della persuasione, perché il compito dell'ordinamento è anche quello di offrire il supporto della massima solidarietà concreta nelle situazioni di debolezza e di sofferenza; e c'è, prima ancora, il dovere di verificare che quel rifiuto sia informato, autentico ed attuale. Ma allorché il rifiuto abbia tali connotati non c'è possibilità di disattenderlo in nome di un dovere di curarsi come principio di ordine pubblico. Né il rifiuto delle terapie medico-chirurgiche, anche quando conduce alla morte, può essere scambiato per un'ipotesi di eutanasia, ossia per un comportamento che intende abbreviare la vita, causando positivamente la morte, giacché tale rifiuto esprime piuttosto un atteggiamento di scelta, da parte del malato, che la malattia segua il suo corso naturale - Cass. 16.10.2007, n.21748) ha ripetutamente sottolineato che il principio del consenso informato esprime la rilevanza costituzionale (artt.2,13 e 32 Cost.) della libertà di autodeterminazione del paziente con riguardo ai trattamenti sanitari: tale libertà può essere limitata solo nei casi espressamente previsti dalla legge e nel rispetto della persona umana;

- la giurisprudenza della Corte Costituzionale (Al riguardo, occorre rilevare che il consenso informato, inteso quale espressione della consapevole adesione al trattamento sanitario proposto dal medico, si configura quale vero e proprio diritto della persona e trova fondamento nei principi espressi nell'art. 2 della Costituzione, che ne tutela e promuove i diritti fondamentali, e negli artt. 13 e 32 della Costituzione, 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>>. Numerose norme internazionali, del resto, prevedono la necessità del consenso informato del paziente nell'ambito dei trattamenti medici. In particolare, l'art. 24 della Convenzione sui diritti del fanciullo, firmata a New York il 20 novembre 1989, ratificata e resa esecutiva con legge 27 maggio 1991, n. 176, premesso che gli Stati <<riconoscono il diritto del minore di godere del miglior stato di salute possibile e di beneficiare di servizi medici e di riabilitazione>>, dispone che <<tutti i gruppi della società in particolare i genitori ed i minori ricevano informazioni sulla salute e sulla nutrizione del minore>>. L'art. 5 della Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina, firmata ad Oviedo il 4 aprile 1997, ratificata dall'Italia con legge 28 marzo 2001, n. 145 (seppure ancora non risulta depositato lo strumento di ratifica), prevede che <<un trattamento sanitario può essere praticato solo se la persona interessata abbia prestato il proprio consenso libero ed informato>>; l'art.

3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, proclamata a Nizza il 7 dicembre 2000, sancisce, poi, che <<ogni individuo ha diritto alla propria integrità fisica e psichica>> e che nell'ambito della medicina e della biologia deve essere in particolare rispettato, tra gli altri, <<il consenso libero e informato della persona interessata, secondo le modalità definite dalla legge>>. La necessità che il paziente sia posto in condizione di conoscere il percorso terapeutico si evince, altresì, da diverse leggi nazionali che disciplinano specifiche attività mediche: ad esempio, dall'art. 3 della legge 21 ottobre 2005, n. 219 (Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati), dall'art. 6 della legge 19 febbraio 2004, n. 40 (Norme in materia di procreazione medicalmente assistita), nonché dall'art. 33 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del servizio sanitario nazionale), il quale prevede che le cure sono di norma volontarie e nessuno può essere obbligato ad un trattamento sanitario se ciò non è previsto da una legge. La circostanza che il consenso informato trova il suo fondamento negli artt. 2, 13 e 32 della Costituzione pone in risalto la sua funzione di sintesi di due diritti fondamentali della persona: quello all'autodeterminazione e quello alla salute, in quanto, se è vero che ogni individuo ha il diritto di essere curato, egli ha, altresì, il diritto di ricevere le opportune informazioni in ordine alla natura e ai possibili sviluppi del percorso terapeutico cui può essere sottoposto, nonché delle eventuali terapie alternative; informazioni che devono essere le più esaurienti possibili, proprio al fine di garantire la libera e consapevole scelta da parte del paziente e, quindi, la sua stessa libertà personale, conformemente all'art. 32, secondo comma, della Costituzione – Corte Cost. 23.12.2008, n.438) collega il diritto del paziente a ricevere ogni informazione relativa al percorso terapeutico all'obiettivo di garantirgli la possibilità di scegliere liberamente e consapevolmente se sottoporsi o meno ad un determinato trattamento;

- la libertà di autodeterminazione del paziente è riconosciuta a livello internazionale e sovranazionale dall'art.5 della Convenzione di Oviedo, ratificata dall'Italia con legge 28 marzo 2001, n. 145, alla quale, ancorchè allo stato non sia attribuita efficacia giuridica vincolante, può essere riconosciuta una funzione ausiliaria sul piano interpretativo delle norme interne, nonché dall'art.3 della Carta di Nizza (7 dicembre 2000) e dall'art.8 della Convenzione Europea per la Salvaguardia dei Diritti Umani (adottata il 4 novembre 1950 ed in vigore dal settembre 1953) così come interpretata in rapporto al rispetto della vita privata delle persone e delle loro famiglie in numerose pronunce della CEDU (Corte Europea dei Diritti dell'Uomo, 23 marzo 2010, M.A.K. AND R.K. contro REGNO UNITO, n. 40146/06);

- la stretta connessione evidentemente esistente tra la libertà di autodeterminazione del paziente e la capacità di quest'ultimo di esprimere una volontà libera e cosciente, introduce il delicato tema dell'espressione del consenso informato con riguardo ai trattamenti sanitari in favore della persona che, per l'età o per una particolare condizione fisica e/o mentale, non sia in grado di esprimere, o non sia stabilmente in grado di esprimere, una volontà libera e cosciente: in tali ipotesi, il bilanciamento tra la libertà personale, la tutela della salute, ed il rispetto per la dignità della persona passa per la primaria considerazione per cui l'impossibilità o l'estrema difficoltà di esprimere una volontà libera e cosciente con riguardo ad un determinato trattamento terapeutico mette la persona nella condizione di dover essere, da un lato, protetta da abusi e, dall'altro, sostenuta nelle scelte terapeutiche;

- al giudice tutelare spetta, per legge, indirizzare l'amministratore di sostegno affinché si muova nel rispetto dei bisogni e delle aspirazioni del beneficiario (art.410 c.c.), compatibilmente con gli interessi e le esigenze di protezione del medesimo (art.407 c.c.); tale potere-dovere d'indirizzo, fondato sui due astratti parametri della volontà del beneficiario, da un lato, e dell'esigenza di

perseguire il suo interesse e di proteggerlo, dall'altro, non può non essere esercitato nel caso in cui il giudice non conosca e non sia in grado di conoscere la volontà del beneficiario, come ad esempio nelle ipotesi di persona con disabilità totalmente invalidante dalla nascita o di persona con psicopatologia di gravità tale da incidere drasticamente sul processo percettivo e volitivo;

- in assenza di qualsivoglia dichiarazione dell'interessato, ovvero in presenza di dichiarazioni rese da una persona che non è in grado di valutarne coscientemente le conseguenze (Cass. ord. 20 aprile 2005, n.8291, in NGCC 2006,I,470), le scelte di cura devono essere assunte responsabilmente dal medico e possono essere delegate, in base alla legislazione nazionale, al rappresentante legale e all'amministratore di sostegno, soggetto preposto al compimento di atti di cura della persona, nonché indirizzate al perseguimento della tutela della salute e della dignità della persona;

- tali indicazioni sono state parzialmente recepite nel Codice deontologico, approvato in data 16.12.2006 dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, che prevede espressamente l'ipotesi in cui il trattamento terapeutico del paziente "incapace" prescinde dalla previa nomina di un rappresentante legale (l'art. 12 consente il trattamento dei dati personali del paziente, ove questo sia incapace di esprimere il proprio consenso e non risulti nominato alcun rappresentante legale, quando vi sia la necessità di salvaguardare la sua salute; l'art. 13 richiede il consenso formale espresso del paziente solo nel caso in cui debbano prescriversi farmaci cd. "off-label" , mentre tale consenso non è richiesto nel caso di somministrazione di farmaci in conformità alle indicazioni della scheda tecnica; l'art. 32 è inequivoco nel disciplinare la prestazione di attività diagnostica e terapeutica a favore di soggetto affetto da "incapacità manifesta di intendere e di volere, ancorché non legalmente dichiarata" e dunque anche in assenza di rappresentante legale; l'art. 34 autorizza la divulgazione a terzi di informazioni sanitarie relative al soggetto incapace, nel caso in cui vi sia la necessità di salvaguardare la salute di quest'ultimo; l'art. 35 -in materia di consenso- prevede espressamente nel caso di soggetto incapace -naturalmente- di esprimere la propria volontà che "il medico deve intervenire, in scienza e coscienza, nei confronti del paziente incapace, nel rispetto della dignità della persona e della qualità della vita, evitando ogni accanimento terapeutico, tenendo conto delle precedenti volontà del paziente" ; l'art. 37 -in materia di consenso- disciplina in modo inequivoco la ipotesi di soggetto dichiarato legalmente o giudizialmente incapace richiedendo al genitore od al tutore - n.q. di rappresentati legali- di esprimere il consenso, mentre con specifico riferimento all'Amministratore di sostegno, esclude che questi possa esprimere il consenso informato in luogo del soggetto incapace amministrato, limitandosi significativamente ad affermare che il medico -se [soltanto nel caso in cui] l'AdS è stato nominato dal Giudice- "deve debitamente informarlo e tenere nel massimo conto le sue istanze");

- con riguardo a tale ultimo profilo, come affermato da questo Tribunale con decreto 31 luglio 2010, la congruità della misura protettiva richiesta (amministrazione di sostegno) in rapporto al tipo di inabilità (nel caso di specie incidente sulle facoltà cognitive -consapevolezza della malattia - e volitive - accettazione del trattamento medico) del soggetto destinatario del provvedimento, rispetto ad altre misure incapacitanti previste dal codice civile, è desumibile dal fatto che il metro quantitativo della disabilità non costituisce il *discrimen* necessario tra la misura di protezione in questione e gli istituti preesistenti dell'interdizione e dell'inabilitazione (cfr. Corte Cass. 12 giugno 2006, n. 13584; Corte Cass. 29 novembre 2006, n. 25366; Corte Cost. sent. 9 dicembre 2005, n. 440), dovendo piuttosto aversi riguardo alle concrete ed attuali esigenze della persona amministranda ed alla valutazione della possibilità di soddisfare le stesse esclusivamente attraverso l'applicazione dell'istituto giuridico in questione. Ne consegue che non è possibile desumere - dalla conformazione normativa astratta dell'istituto giuridico- alcun limite di tipo pregiudiziale all'applicazione, anche nel caso di specie, della misura della Amministrazione di sostegno;

- la giurisprudenza di merito si è recentemente espressa nel senso "che in tanto l'intervento terapeutico può essere eseguito, in quanto lo stesso sia fatto nell'esclusivo interesse del soggetto che quel trattamento ha necessità di eseguire, come del resto l'art.6 della Convenzione di Oviedo precisa in termini inequivocabili-...un intervento non può essere effettuato su una persona che non ha capacità di dare consenso, se non per un diretto beneficio della stessa" (Trib. Palermo 10.11.2010);

- è pienamente condivisibile Il criterio interpretativo, anche recentemente espresso dalla Corte di Cassazione (Cass. 28 maggio 2010, n.13089), secondo il quale le norme regolatrici della materia indicano come obiettivo primario la tutela della salute della persona per cui, osserva questo giudice, nel caso in cui il trattamento sanitario riguardi una persona che non è in grado di esprimere una volontà libera e cosciente, neanche presunta, tale obiettivo primario non può cedere all'astratta e neppure comprimibile, perché non espressa, libera autodeterminazione del singolo;

- le norme che, a livello interno ed internazionale, disciplinano specificamente il tema della capacità di esprimere il consenso, attribuiscono al rappresentante legale della persona incapace il potere-dovere di esprimere il consenso informato all'esclusivo fine di proteggere la persona, ferma restando la possibilità per il medico di intervenire a prescindere dal consenso nelle ipotesi in cui sia a rischio la sopravvivenza del paziente;

- dall'art.2 della Convenzione di New York sui diritti delle persone con disabilità, ratificata con l. 3 marzo 2009, n.18 , emerge l'imperativo di evitare comportamenti o adottare atti discriminatori a danno della persona con disabilità pregiudicandone la possibilità di godere, su base di uguaglianza con gli altri, dei diritti umani e delle libertà fondamentali: rappresenta un accomodamento ragionevole alla stregua di tale principio l'affermazione che, ove la libertà di autodeterminazione non possa essere compiutamente

espressa a causa della condizione fisica e/o mentale della persona, dovrà essere garantito alla stessa l'accesso alle cure mediche (diritto alla vita, art.10) ed il rispetto della sua dignità (art.3) in condizioni di uguaglianza;

- risulta, in tale ottica, conforme alla tutela della salute e della dignità della beneficiaria: prestare il consenso al temporaneo, ma stabile, ricovero in una struttura specializzata nella cura dei disturbi del comportamento alimentare affinché venga salvaguardata la sua salute fisica, vigilare affinché la beneficiaria non acquisti né ottenga altrimenti farmaci diuretici o prodotti dietetici, attivare l'intervento dell'autorità sanitaria nei casi previsti dall'art.33 della l. 23 dicembre 1978, n.833;

- a differenza di casi più complessi, concernenti le situazioni in cui vi è incertezza circa la condizione mentale della persona ed è, pertanto, dubbio se la persona sia o meno in grado di partecipare alla decisione concernente le scelte di cura che la riguardano, nel caso concreto la grave dispercezione della realtà e la totale inconsapevolezza di malattia ma, soprattutto, l'atteggiamento ambivalente con riguardo alle cure mediche verificati nel corso dell'esame diretto della beneficiaria, evidenziano la necessità di nominare un amministratore di sostegno che assista la persona e la sostenga nella scelta terapeutica concernente la cura del disturbo dell'alimentazione mediante ricovero in un centro specializzato;

- è necessario, per tali ragioni, disciplinare la misura protettiva richiesta in modo da assicurare, per quanto possibile, la fruizione di cure volte al recupero del peso naturale ed una tutela preventiva della beneficiaria dal rischio di comportamenti dalla stessa posti in essere in grave pregiudizio della propria salute:

- a) autorizzando l'Amministratore di Sostegno a compiere ogni attività volta a sostenere, persuadere ed indirizzare la beneficiaria con lo specifico obiettivo di realizzarne e mantenerne il ricovero presso un centro specializzato nella cura dei disturbi dell'alimentazione;

- b) interdichendo alla beneficiaria l'acquisto presso le farmacie ed il reperimento in qualsiasi modo e forma di prodotti farmaceutici e sostanze naturali o chimiche con effetti diuretici o lassativi e demandando all'Amministratore di Sostegno di attivarsi nel dare massima diffusione di tale divieto presso i rivenditori di tali prodotti oltre ovviamente presso i soggetti ai quali la beneficiaria potrebbe rivolgersi per acquisire clandestinamente tali prodotti, nonché di vigilare sull'osservanza della prescrizione interdittiva da parte della beneficiaria;

- c) disponendo che l'AdS solleciti l'intervento dell'autorità sanitaria per sottoporla a trattamento nutrizionale integrativo qualora la stessa, a causa della patologia anoressica di cui è affetta, diminuisca il peso corporeo oltre il limite di kg. 35, considerato in letteratura medica quale soglia minima per ritenere la beneficiaria al riparo da potenziale rischio-vita;

- soggetto maggiormente idoneo a compiere le predette attività, nel caso concreto, è una persona esterna al nucleo familiare, vista la relazione

ambivalente che lega la beneficiaria ai propri familiari, che abbia al contempo una particolare competenza nel campo delle relazioni terapeutiche, individuata dall'Ufficio nella dott.ssa H, psicologa e psicoterapeuta, che ha dato la propria disponibilità ad assumere l'incarico;

- è pertanto fondata la richiesta di un amministratore di sostegno che si occupi esclusivamente del compimento degli atti specificamente indicati nell'interesse della beneficiaria che, a cagione del suo stato di salute, ha necessità di cure, trattamenti medici terapeutici ed assistenza continui;

P.Q.M.

visti gli artt. 405, 407 e 411, 4° co, c.c.;

1) dichiara aperta l'Amministrazione di sostegno di X, nata a Roma il

NOMINA

la dott.ssa H, nata a il, Amministratore di Sostegno *ad acta* in favore di X.

2) autorizza l'Amministratore di Sostegno:

a) a compiere ogni attività volta a sostenere, persuadere ed indirizzare la beneficiaria, con lo specifico obiettivo di realizzarne il ricovero e la permanenza presso un centro specializzato nella cura dei disturbi dell'alimentazione;

b) a sollecitare l'intervento dell'autorità sanitaria per sottoporre la beneficiaria a trattamento nutrizionale integrativo qualora la stessa, a causa della patologia anoressica di cui è affetta, diminuisca il peso corporeo oltre il limite di kg. 35;

3) interdice a X l'acquisto presso le farmacie ed il reperimento in qualsiasi modo e forma di prodotti farmaceutici e sostanze naturali o chimiche con effetti diuretici o lassativi, demandando all'Amministratore di Sostegno di attivarsi nel dare massima diffusione a tale divieto presso i rivenditori di tali prodotti oltre ovviamente presso i soggetti ai quali la beneficiaria potrebbe rivolgersi per acquisire clandestinamente tali prodotti, nonché di vigilare sull'osservanza della prescrizione interdittiva da parte della beneficiaria.

4) fissa per il giuramento dell'Amministratore di Sostegno l'udienza del

5) dispone che il presente incarico sia dato a tempo indeterminato e che l'Amministratore di Sostegno depositi al termine di ogni anno entro il mese di dicembre, a decorrere dal dicembre 2011, una relazione sulle condizioni della persona beneficiaria.

Dichiara il presente decreto immediatamente esecutivo a norma dell'art. 405 comma 1 c.c.

Manda alla Cancelleria di provvedere immediatamente ad annotare il presente decreto nel registro delle amministrazioni di sostegno e di darne comunicazione, entro dieci giorni, all'ufficiale dello Stato Civile competente per le annotazioni a margine dell'atto di nascita della beneficiaria.

Manda alla Cancelleria per la comunicazione del presente decreto al ricorrente, alla Beneficiaria, all'Amministratore di Sostegno, alla Procura della Repubblica in sede.

Manda alla Cancelleria perché proceda agli ulteriori e diversi incombeni previsti dalla legge.

Roma, 6 dicembre 2010

Il Cancelliere

Il Giudice Tutelare
(dott.ssa Eugenia Serrao)