

## TSO e anoressia: note su un disegno di legge controverso

Stefano Rossi\*

COMPULSORY TREATMENT AND ANOREXIA: NOTES ON A CONTROVERSIAL DRAFT BILL

ABSTRACT: Anorexia nervosa is a potentially fatal disorder with low insight into the consequences of persisting lack of food intake. Hence, it may need sometimes involuntary hospitalization to avoid severe medical complications and death. The draft bill, that intends to introduce a compulsory treatment in anorexia, is controversial and costly, putting constitutional rights, such as freedom and health, on the line.

This paper focuses on the legal and ethical debate concerning involuntary hospitalization of treatment-resistant anorexia patients, considering this option not so much as an ultimate remedy to a chronic illness, but rather as a last resort life-saving measure. In cases as these, when we come to recognize the challenges in defining a psychiatric illness like anorexia nervosa for the purposes of deciding whether involuntary treatment laws can be invoked, we begin to appreciate the high stakes at this intersection between law and psychiatry.

KEYWORDS: Anorexia; competence to treatment; compulsory treatment; draft bill; constitution.

SOMMARIO: 1. Storie interrotte e scelte tragiche. – 2. Inquadramento di una patologia. – 3. La paziente inglese. – 4. Quando il fine non giustifica i mezzi. – 5. TSO e contro-limiti.

### 1. La vicenda giuridica e il contesto

**L'**alimentarsi è una delle prime modalità attraverso cui l'essere umano regola i processi che costruiscono il senso di essere un sé. Il senso di sé si struttura sin dalla prima infanzia sulla base di ritmi psico-fisiologici che si organizzano nella sintonia e "reciprocità" con le figure di attaccamento, la presenza delle quali è indispensabile per stabilizzare gli schemi sensoriali, immaginativi, emotivi che vanno organizzandosi.

L'essenzialità di tale bene della vita pone di fronte a scelte tragiche determinate dall'atteggiamento da adottare verso coloro che se ne privano volontariamente sino al punto di mettere a rischio la propria stessa vita. Vi è tragedia in tali casi poiché il bilancio di ragioni non permette di raggiungere una soluzione soddisfacente, una soluzione che non comporti il sacrificio di alcun valore considerato fondamentale da un punto di vista giuridico e/o morale<sup>1</sup>.

\* *Avvocato e dottore di ricerca in diritto pubblico e tributario nella dimensione europea – Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università degli Studi di Bergamo. Contributo sottoposto a doppio referaggio cieco.*

<sup>1</sup> M. ATIENZA, *I limiti dell'interpretazione costituzionale. Di nuovo sui casi tragici*, in *Ars Interpretandi. Annuario di Ermeneutica giuridica*, 1999, 303 s.; G. LARIGUET, *Conflictos Trágicos y derecho. Posibles desafíos*, in *Doxa*, 27, 2004, 317-348.

Pare emblematica, in tal senso, la storia di E, una studentessa di medicina del Galles, che, sofferente di una grave forma di anoressia, aveva più volte dichiarato di non voler essere sottoposta ad alcun trattamento che la tenesse in vita<sup>2</sup>, considerando ormai la propria esistenza «puro tormento».

Contro tale decisione della ragazza, su istanza dei sanitari, si era espressa la *Court of Protection*, che, con una pronuncia che ha fatto discutere<sup>3</sup>, ha imposto la nutrizione forzata, motivando tale provvedimento estremo sulla base del *best interest* della giovane. La decisione, colorata di tratti marcatamente paternalistici, sosteneva enfaticamente che «un giorno questa donna potrebbe scoprire di essere una persona speciale, la cui vita vale la pena di essere vissuta».

Dietro a questa enfasi si celava la cruda realtà di una scelta imposta ad una persona «pienamente consapevole» delle proprie condizioni; una terapia – lunga e dolorosa – che presentava solo un 20% di possibilità di esito favorevole.

Quello sottoposto al giudice (e, nel caso qui analizzato, al legislatore) è un dilemma morale, dato che per la sua rilevanza morale appare irrisolvibile sulla base di un sistema normativo universalmente sottoscritto. Sappiamo che, nella migliore delle ipotesi, la soluzione del dilemma lascerà l'amaro in bocca; nella peggiore, comporterà un diffuso sentimento di indignazione verso il decisore che, nei contesti istituzionali, potrà prendere la forma dell'aperta sfiducia verso l'organo decisionale. Tuttavia se la decisione tragica è stata presa attraverso un'argomentazione articolata e bilanciata, ciò potrebbe concorrere a trasmettere l'impressione che il suo risultato sia l'esito di una procedura, con innegabili effetti in termini di fiducia nelle capacità delle istituzioni di rendere giustizia, e perciò di meritare la fiducia che viene prestata a esse<sup>4</sup>.

Questo criterio generale dovrebbe guidare le scelte dei giudici, non meno che quelle del legislatore in un campo connotato da frontiere mobili e incerte.

## 2. Inquadramento di una patologia

I disturbi compulsivi dell'alimentazione, di cui anoressia e bulimia nervosa sono le manifestazioni più note e frequenti, sono diventati nell'ultimo ventennio una vera e propria emergenza nell'ambito della salute mentale per i loro effetti devastanti sulla salute e sulla vita di adolescenti e giovani adulti.

In base ai criteri diagnostici – di carattere prettamente descrittivo del DSM<sup>5</sup> – l'anoressia nervosa viene qualificata come una grave malattia psichiatrica caratterizzata dall'incapacità di mantenere normale peso corporeo, fino a giungere al di sotto dell'85% del peso *standard*. Tale patologia si mani-

<sup>2</sup> La ragazza infatti, vittima da bambina di abusi sessuali, era entrata nel tunnel della bulimia correlata all'abuso di sostanze alcoliche. Nonostante il tentativo di uscire da tale condizione, le vicissitudini – non certo fortunate – della sua esistenza, l'avevano portata a perdere qualsiasi desiderio di continuare a vivere, fino alla scelta estrema di lasciarsi morire d'inedia.

<sup>3</sup> Su cui vedi *infra*.

<sup>4</sup> P. TINCANI, *I dilemmi morali e le scelte tragiche*, in P. RONFANI (a cura di), *Non è giusto! Dilemmi morali e senso della giustizia nelle rappresentazioni degli adolescenti*, Roma, 2007, 56 ss.

<sup>5</sup> L'ultima versione del manuale statistico dei disturbi psichiatrici, il DSM-V, così li descrive: «I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sono patologie caratterizzate da un persistente disturbo dell'alimentazione o di comportamento che determinano un alterato consumo o assorbimento di cibo e che danneggiano significativamente la salute fisica ed il funzionamento psicosociale». Cfr. R. DALLE GRAVE, *Quinta edizione del diagnostic and Statistical manual of mental disorders (DSM-5): quali sono le novità ?*, in *Emozioni e Cibo*, 2013, 36 ss.

fešta attraverso: a) rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra o pari al peso minimo normale per l'età e la statura; b) intensa paura di acquistare peso o di diventare grassi, anche quando si è sottopeso; c) alterazione nel modo con cui il soggetto vive il peso o la forma del corpo, o eccessiva influenza del peso o della forma del corpo sui livelli di autostima, con rifiuto di ammettere la gravità dell'attuale condizione di sottopeso<sup>6</sup>.

Per gli individui affetti da anoressia il cibo diventa il perno unico e fondamentale attorno a cui ruota tutto il resto; una sorta di pensiero totalizzante intorno a cui si instaurano rigidissime routine che condizionano l'intera vita della persona e di coloro che la circondano. La "lotta" con il proprio corpo diventa il *locus* della moralità dell'individuo, il punto in cui si esplicano le "battaglie" della persona contro gli istinti naturali della fame che vengono costantemente repressi alla ricerca di una "purificazione" del proprio corpo in nome di valori morali tra cui controllo di se stessi, disciplina, responsabilità e austerità.

Al centro del disordine alimentare, che si manifesta come malattia complessa, risultante dall'interazione di molteplici fattori biologici, genetici, ambientali, sociali, psicologici e psichiatrici, c'è quindi da parte del paziente una ossessiva sopravvalutazione dell'importanza della propria forma fisica, del proprio peso e corpo e una necessità di stabilire un controllo su di esso. Tra le ragioni che portano allo sviluppo di comportamenti anoressici, si evidenziano, oltre a una componente di familiarità, l'influenza negativa da parte di altri componenti familiari e sociali, la sensazione di essere sottoposti a un eccesso di pressione e di aspettativa, o al contrario, di essere fortemente trascurati dai propri genitori, il sentirsi oggetto di derisione per la propria forma fisica o di non poter raggiungere i risultati desiderati per problemi di apparenza. Per alcuni soggetti si tratta di una tendenza autodistruttiva che porta ad alterare il proprio comportamento alimentare o ad abusare di alcol o droghe<sup>7</sup>.

L'anoressia e la bulimia però possono anche dipendere dal fatto che l'individuo subisca situazioni particolarmente traumatiche, come ad esempio violenze sessuali, drammi familiari, comportamenti abusivi da parte di familiari o di persone esterne, difficoltà ad essere accettati socialmente e nella propria famiglia<sup>8</sup>. Nonostante un deterioramento progressivo, le persone che ne sono affette rimangono ossessionate dal proprio peso corporeo e sono perennemente insoddisfatte della dimensione e della forma percepita del proprio corpo, per cui applicano condotte comportamentali dannose per la salute (vomito, diete estreme, esercizio fisico eccessivo e digiuno)<sup>9</sup>.

Ciò che connota tale condizione è una lenta dissociazione psicosomatica che conduce alla perdita dell'interessa e dell'integrità del vissuto: conseguentemente la persona si vive e si percepisce come se fosse divisa tra corpo e mente, tra vissuti fisici ed esperienze mentali<sup>10</sup>. Così nelle pazienti anoressiche sono presenti profonde alterazioni di tutte le sensibilità: tattile, termica, dolorifica, gustativa e

<sup>6</sup> E. SIGEL, *Eating disorders*, in *Adolesc Med State Art Rev*, 19, 2008, 547-572; S. MARUCCI, *Inquadramento clinico-terapeutico dell'anoressia nervosa*, in *Informer Endocrinol.*, 17, 2011, 22-32.

<sup>7</sup> E. STICE, *Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review*, in *Psychol Bull.*, 128, 2002, 825-848.

<sup>8</sup> J. TREASURE *et al.*, *First do no harm: iatrogenic maintaining factors in anorexia nervosa*, in *European Eating Disorders Review*, 19, 2011, 296-302.

<sup>9</sup> C.M. BULIK, K.L. KLUMP *et al.*, *Alcohol use disorder comorbidity in eating disorders: a multicenter study*, in *J Clin Psychiatry*, 65, 2004, 1000-1006.

<sup>10</sup> S.A. WONDERLICH, L.R. LILENFELD *et al.*, *Personality and anorexia nervosa*, in *Int J Eat Disord*, 37, 2005, 68-71; L.R. LILENFELD, S.A. WONDERLICH *et al.*, *Eating disorders and personality: a methodological and empirical review*, in *ClinPsychol Rev.*, 26, 2006, 299-320.

olfattiva, sino naturalmente alla percezione della fame e della sazietà che prelude allo smarrimento della percezione del corpo. Più è profonda la dissociazione, maggiore è il controllo e la mediazione che la paziente è in grado di esercitare sul corpo o sui bisogni e sulle sensorialità corporee e minore il contatto che mantiene con la realtà<sup>11</sup>.

L'anoressia è considerata una sindrome *culture-bound*<sup>12</sup>, in quanto è ugualmente diffusa in tutti i paesi industrializzati del mondo; nei paesi in via di sviluppo questo quadro clinico compare via via che aumentano le disponibilità alimentari e si diffondono costumi propri delle nazioni più ricche. In relazione al genere, invece, il rapporto maschi-femmine è 1 a 10 mentre la distribuzione classi sociali è uniforme<sup>13</sup>.

Il decorso della malattia è variabile, essendo caratterizzato da una facile tendenza alle ricadute anche dopo fasi di remissione relativamente prolungate. Si fa riferimento a una durata media, che principia nella fase dell'adolescenza, di 5-10 anni ma non c'è una regola definita: vi sono casi in cui la condizione anoressia si mantiene per oltre vent'anni o addirittura permane, con alti e bassi, per tutta la vita<sup>14</sup>.

Gli effetti dei disordini alimentari sono molto pesanti, sia sotto il profilo fisico che quello psicologico, laddove, in particolare dal punto di vista fisico, gli effetti della malnutrizione comportano ulcere intestinali e danni permanenti ai tessuti dell'apparato digerente, disidratazione, danneggiamento di gengive e denti, seri danni cardiaci, al fegato e ai reni, problemi al sistema nervoso, con difficoltà di concentrazione e di memorizzazione, danni al sistema osseo, con accresciuta probabilità di fratture e di osteoporosi, blocco della crescita, emorragie interne e ipotermia<sup>15</sup>.

<sup>11</sup> Ciò trova il proprio sostrato nelle caratteristiche della personalità degli individui affetti da anoressia, ovvero perfezionismo e ossessività, frequenti stati d'ansia, condotte di evitamento e bassa autostima. Cfr. A. THIEL, A. BROOKS *et al.*, *Obsessive-compulsive disorder among patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa*, in *Am J Psychiatry*, 152, 1995, 72-75.

<sup>12</sup> Indicativo in tal senso il lavoro di Becker nelle isole Fiji: nel 1995 aveva valutato un campione di n. 63 studentesse di 17 anni, un mese dopo l'iniziale diffusione della televisione attraverso il satellite; 38 mesi dopo aveva studiato la reazione di altre n. 65 ragazze confrontabili per età, peso e altre caratteristiche con il campione originario. L'11% del campione si procurava il vomito per controllare il peso (contro lo 0% del '95), il 29% era a rischio di disturbi alimentari e il 75% diceva di sentirsi troppo grassa. Cfr. A.E. BECKER, R.A. BURWELL, S.E. GILMAN *et al.*, *Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls*, in *British Journal of Psychiatry*, 180, 2002, 509-514.

<sup>13</sup> H.W. HOEK, A.I.M. BARTELDIS *et al.*, *Impact of urbanization on detection rates of eating disorders*, in *Am J Psychiatry*, 152, 1995, 1272-1278; S. TURNBULL, A. WARD *et al.*, *The demand for eating disorder care. An epidemiological study using the General Practice Research Database*, in *Br J Psychiatry*, 169, 1996, 705-712; L. CURRIN, U. SCHMIDT *et al.*, *Time trends in eating disorder incidence*, *ibidem*, 186, 2005, 132-135.

<sup>14</sup> Gli studi longitudinali di esito hanno evidenziato che solo il 50% delle persone adulte affette da anoressia nervosa raggiunge una remissione completa, mentre il 30% ha una remissione parziale e il 20% rimane gravemente ammalata. Cfr. P.K. KEEL, T.A. BROWN, *Update on course and outcome in eating disorders*, in *Int J Eat Disord*, 3, 43, 2010, 195-204.

<sup>15</sup> N.T. Godart, M.F. Flament *et al.*, *Comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: a review*, in *Int J Eat Disord*, 32, 3, 2002, 253-270; W.H. KAYE, C.M. BULIK *et al.*, *Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa*, in *Am J Psychiatry*, 161, 12, 2004, 2215-2221; S. FASSINO, F. AMIANTO *et al.*, *Temperament and character in eating disorders: ten years of studies*, in *Eat Weight Disord*, 9, 2, 2004, 81-90.

Tra le malattie mentali l'anoressia nervosa è quella patologia che presenta il più elevato tasso di mortalità, ovvero, considerando il tasso grezzo di mortalità è di circa il 5,1% per decade, mentre il tasso standardizzato è attorno al 6,2%<sup>16</sup>.

### 3. La paziente inglese

Prima di considerare *de iure condendo* la proposta di legge volta ad introdurre l'art. 34 *bis* nella legge n. 833 del 1978 relativo alla disciplina degli accertamenti e trattamenti obbligatori per la cura di gravi disturbi del comportamento alimentare, pare utile vagliare, seppur sinteticamente, la soluzione adottata nell'ordinamento inglese.

La risposta del diritto inglese, a fronte del fenomeno dell'anoressia e del rifiuto da parte dei pazienti di nutrirsi ed idratarsi, costituisce uno sviluppo relativamente recente di principi e regole consolidate nell'ordinamento. In effetti, il primo caso, riguardante una minore anoressica che rifiutava il trattamento ed il trasferimento in un'unità specializzata, è stata discusso in sede giudiziaria solo nel 1992<sup>17</sup>.

Sotto il profilo strettamente giuridico, i nodi della questione si ravvisano: a) nell'accertamento che il trattamento forzato sia conforme alle regole previste dal *Mental Health Act* per la cura coatta delle patologie psichiatriche; b) nella valutazione della capacità della paziente secondo gli *standard* dettati dal *Mental Capacity Act*.

Quanto alla prima questione, rispettivamente nell'ottobre 1993 e nel gennaio 1994, l'*High Court* ha dichiarato che l'alimentazione forzata di due donne adulte anoressiche, ricoverate coattivamente ai fini di trattamento ai sensi della sez. 3 del *Mental Health Act* 1983, costituiva una forma di trattamento medico per i disturbi mentali legittimo in quanto conforme alla sez. 63 del *Mental Health Act* 1983<sup>18</sup>. Ancora nel marzo 1997, l'*High Court* ha ordinato che una minore anoressica potesse essere internata in una clinica specializzata per disturbi alimentari e che un grado ragionevole di forza potesse essere utilizzato per costringerla a rimanervi<sup>19</sup>.

In tutti questi casi, la legge e i giudici inglesi hanno dato preferenza ad una nozione tradizionale del fenomeno dell'anoressia nervosa inquadrata come disturbo psichiatrico che pertanto necessita di un intervento medico, di solito in via coattiva<sup>20</sup>. Pur aderendo alla classificazione nosografica tradiziona-

<sup>16</sup> H.R. MILLAR, F. WARDELL *et al.*, *Anorexia nervosa mortality in Northeast Scotland, 1965-1999*, in *Am J Psychiatry*, 162, 2005, 753-757; H.W. HOEK, *Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders*, in *Curr Opin Psychiatry*, 4, 19, 2006, 389-394; F.C. PAPADOPOULOS, A. EKBOM, L. BRANDT, L. EKSELIUS, *Excess mortality, causes of death and prognostic*, in *Br J Psychiatry*, 194, 2009, 10-17; J. ARCELUS *et al.*, *Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies*, in *Arch Gen Psychiatry*, 7, 68, 2011, 724-731

<sup>17</sup> *Re W (a minor) (medical treatment)* [1992] 4 All ER 627. Da notare che nel primo ricorso (*Re W (a minor) (medical treatment: court's jurisdiction)* [1992] 2 FCR 788) il giudice Thorpe aveva concluso che W possedesse un grado necessario di capacità mentale tale da rifiutare il trattamento e il ricovero, anche se ciò è poi stato contestato in appello.

<sup>18</sup> *Re KB (adult) (mental patient: medical treatment)* (1994) 19 BMLR 144; *F v. Riverside Health Trust* (1994) 20 BMLR 1.

<sup>19</sup> *Re C (detention: medical treatment)* [1997] 2 F.L.R. 180.

<sup>20</sup> Nel caso *Re W*, in primo grado, il giudice Thorpe ebbe a riconoscere che «sicuramente un trattamento tempestivo del problema anoressia è di grande importanza, tuttavia esso non avrà effetti duraturi a meno che il

le del disturbo, i giudici hanno tuttavia insistito sul fatto che i criteri e le definizioni legali contenute nella legislazione sulla salute mentale hanno significati specifici che non necessariamente coincidono con i termini propri della diagnosi clinica<sup>21</sup>; pertanto una diagnosi clinica di anoressia nervosa non dovrebbe portare a far presumere l'esistenza di un disturbo mentale ai sensi della legislazione che permette il trattamento coattivo. All'affermazione di questo principio non è seguita tuttavia una puntuale analisi critica a livello giurisprudenziale, laddove, in larga parte, i giudici – sulla scorta del dibattito medico-legale<sup>22</sup> – hanno preferito concentrarsi sull'opportunità di adottare particolari garanzie nel caso di interventi medici, ed in particolare del trattamento coattivo, piuttosto che rispondere alla domanda se l'anoressia nervosa possa correttamente considerarsi come un disturbo mentale nel contesto giuridico<sup>23</sup>.

Si può comprendere infatti come sia di particolare rilievo per la qualificazione, anche a livello giuridico, del disturbo quale sia l'eziologia e il motivo del rifiuto del cibo opposto dalla paziente, che viene a compromettere la sua salute: infatti se tali condotte omissive od oppositive vengono considerate «sintomi o manifestazioni del disturbo mentale», ne consegue la piena legittimità dell'imposizione di cure anche con modalità coattive. Così, ad esempio, nella sentenza *South West Hertfordshire HA v KB*<sup>24</sup>, risalente al 1994, si riconosce che senza dubbio «anorexia nervosa (...) is an eating disorder and relieving symptoms is just as much a part of treatment as relieving the underlying cause», concludendo che la nutrizione forzata della paziente costituisce trattamento «envisaged under sez. 63 [Mental Health Act] and does not require the consent of the patient».

Tale orientamento della giurisprudenza, pur affrontando temi di rilievo cruciale nel considerare questi problemi, non riesce a catturare una dimensione importante del rapporto tra legge e psichiatria. Infatti pur a fronte di un ricco corpus di letteratura sull'anoressia nervosa<sup>25</sup>, la legge inglese preferisce – mo-

---

problema principale sottostante venga trattato con successo» e che «l'anoressia nervosa è solo una manifestazione di un problema molto più generale e profondo incidente sulla personalità e sugli affetti, conseguenza, a sua volta, delle esperienze di vita della paziente».

<sup>21</sup> In Inghilterra e Galles, i pazienti con anoressia nervosa possono essere ricoverati coattivamente ai sensi del *Mental Health Act 1983* (riformato nel 2007) se sono affetti da un disturbo mentale o una delle specifiche forme di disturbo mentale previsti dalla sez. 1 della predetta legge. I giudici hanno insistito, nell'interpretare tale disposto, ritenendo che anche se questi sono termini che hanno particolare rilevanza nella pratica clinica, in ambito legale assumono un significato giuridico specifico. Si veda *W v L* [1974] QB 711.

<sup>22</sup> P. LEWIS, *Feeding Anorexic Patients Who Refuse Food*, in *Medical Law Review* 7, 1999, 21; H. DRAPER, *Anorexia Nervosa and Respecting a Refusal of Life-Prolonging Therapy: A Limited Justification*, in *Bioethics*, 14, 2, 2000, 120.

<sup>23</sup> La Commissione costituita ai sensi del *Mental Health Act* ha pubblicato nel 1999 una guida sul trattamento di anoressia nervosa, dichiarando che «si tratta di una questione che riguarda il giudizio clinico dei medici, che svolgono le relative valutazioni, sul fatto che ritengono soddisfatti o meno i criteri per l'ammissione del trattamento ai sensi della legge»; è chiaro come una così autorevole interpretazione della legge da parte della Commissione sia molto influente, anche se recenti prese di posizioni da parte dei tribunali hanno messo in luce come tale deferenza non sia coerente con il potere attribuito ai giudici di interpretare il *Mental Health Act* in conformità con i diritti umani. Cfr. *R (Wilkinson) v. Autorità Broadmoor Hospital speciali e altri* [2002] 1 WLR 419.

<sup>24</sup> *South West Hertfordshire HA v KB* [1994] 2 F.C.R. 1051.

<sup>25</sup> Anche all'interno della psichiatria e psicologia clinica, persiste una notevole incertezza e disaccordo sulle cause di anoressia nervosa (D.B. TOVIM, *Eating Disorders: Outcome, Prevention and Treatment of Eating Disorders*, in *Current Opinion in Psychiatry*, 65, 1, 2003, 16), l'appropriatezza del suo trattamento attraverso inter-



strando deferenza verso la psichiatria – affidarsi ad un dato biomedico a-contestuale descrittivo di una condizione che è oggetto di contestazione sia all'interno che all'esterno del discorso medico.

La traiettoria giurisprudenziale descritta dimostra il rischio che un ordinamento può correre, pur sulla base di una comprensibile e auspicabile istanza di certezza, di consolidare una condizione di forte rigidità, caratterizzata da un utilizzo talvolta improprio dei tradizionali strumenti ermeneutici.

Difatti, tanto più il tasso di complessità aumenta, in relazione anche al grado di (in)certezza delle acquisizioni medico-scientifiche disponibili, tanto più il legislatore, così come il giudice, è chiamato ad integrare il tradizionale procedimento normativo con meccanismi – di natura tanto sostanziale quanto procedurale – che garantiscano un adeguato livello di raccordo tra strumento e oggetto di disciplina<sup>26</sup>. Anche per questo, nonostante l'ampiezza di vedute sulla natura di anoressia nervosa e il fatto che un notevole *corpus* di letteratura clinica ora riconosce l'importanza delle dimensioni non cliniche<sup>27</sup>, la normativa inglese non riesce a riflettere questa ricchezza e diversità all'interno dei suoi pronunciamenti giudiziari sul ricovero e trattamento dei pazienti affetti da anoressia nervosa.

Quanto al secondo profilo di criticità, si deve rammentare come il *Mental Capacity Act* (MCA) definisca cosa si intenda per incapacità: «[f]or the purposes of this Act, a person lacks capacity in relation to a matter if at the material time he is unable to make a decision for himself in relation to the matter because of an impairment of, or a disturbance in the functioning of, the mind or brain».

Va in primo luogo sottolineato come, ai fini dell'accertamento dell'incapacità, vi debba essere un effettivo «danneggiamento o disturbo al funzionamento di mente o cervello», per cui, ove anche una persona fosse ritenuta di fatto incapace di decidere in merito ad una particolare questione, non potrebbe comunque essere dichiarata incapace ai sensi del MCA se l'incapacità non fosse determinata da una vera e propria patologia (*impairment* o *disturbance*) incidente sulla mente o sul cervello. Anche la giurisprudenza ha sostenuto che solo quando si è di fronte ad un vero e proprio «divorzio dalla realtà»<sup>28</sup>, ad una «paralisi della volontà che distrugge la capacità di prendere una decisione»<sup>29</sup> si può parlare, giuridicamente, di incapacità. Tuttavia dare concretezza a queste affermazioni nei casi difficili che vengono posti all'attenzione delle Corti risulta estremamente complesso, specie laddove si tratta di individuare il confine tra una visione della realtà "non convenzionale" ed un effettivo *mental malfunctioning*. La risposta dovrebbe essere, ancora una volta, delegata alla scienza psichiatrica, ma, in presenza di confini estremamente labili, la fiducia riposta nella capacità della psichiatria di offrire soluzioni oggettive pare dubitabile.

---

venti obbligatori (G. RATHNER, *A Plea Against Compulsory Treatment of Anorexia Nervosa Patients*, in W. VANDERREYCHEN, P. BEAUMONT (eds), *Treating Eating Disorders: Ethical, Legal and Personal Issues*, 1998, 179; T. WATSON *et al.*, *Involuntary Treatment of Eating Disorders*, in *American Journal of Psychiatry*, 157, 11, 2000, 1806) e indicatori attendibili dell'esito.

<sup>26</sup> S. PENASA, *La legge della scienza: nuovi paradigmi di disciplina dell'attività medico-scientifica. Uno studio comparato*, Università degli Studi di Trento, Trento, 2015, 412 s. a cui si rinvia per gli approfonditi riferimenti all'ampia giurisprudenza costituzionale dedicata ai dati scientifici e alla loro rilevanza nel contesto giuridico.

<sup>27</sup> L. SURGEONOR *et al.*, "Knowing One's Self" Anorexic: Implications for Therapeutic Practice, in *International Journal of Eating Disorders*, 33, 1, 2003, 22; R. MANLEY *et al.*, *Addressing Complex Ethical Issues in the Treatment of Children and Adolescent Eating Disorders: Application of a Framework for Ethical Decision-Making*, in *European Eating Disorders Review*, 9, 2001, 144.

<sup>28</sup> *J. in B v. Croydon HA* [1995] 1 FCR 332.

<sup>29</sup> *Grace R. Lane vs. Rosaria Candura* [1978], 6 Mass. App. Ct. 377.

Nella sez. 2 del MCA la valutazione in merito alla capacità viene effettuata in relazione ad una specifica questione – «in relation to the matter» – non avendo valenza generale. Ciò peraltro è ragionevole e comprensibile in quanto l'esito del giudizio può essere differente a seconda del tipo di decisione che il soggetto deve prendere: così una persona può essere in grado di decidere circa il luogo dove intende vivere, ma non comprendere le informazioni relative ad un complesso trattamento sanitario ed alle sue conseguenze.

Se dunque la valutazione psichiatrica può fornire indicazioni sulla concreta capacità dell'individuo nel caso specifico, la determinazione della soglia di capacità richiede un giudizio normativo che è ancorato alla struttura morale e all'evoluzione sociale, piuttosto che all'esperienza clinica<sup>30</sup>.

Di tali asimmetrie tra piano clinico e giuridico sono espressione alcune pronunce: così nel *Re W*<sup>31</sup>, Lord Donaldson ha suggerito come tutti i rifiuti di trattamento provenienti dall'anoressico debbano essere considerati come sintomatici della malattia, essendo tali da escludere la capacità della persona. Nel caso *Re KB*<sup>32</sup>, al contrario, il giudice Ewbank ha distinto il malato di anoressia dai pazienti la cui decisione sul trattamento è del tutto estranea al disturbo mentale da cui sono affetti. Su questa linea anche la *High Court* ha ritenuto significativo che «in relation to the matter» il rifiuto del trattamento fosse determinato dalla malattia mentale e non da una condizione fisica non collegata al caso specifico<sup>33</sup>.

Dalla giurisprudenza e dalle analisi peritali, che ne sono il supporto, sembra emergere che per le persone sofferenti di anoressia le difficoltà inerenti la capacità di prendere decisioni circa la cura non ruotino intorno alla loro comprensione della situazione o alla conservazione di informazioni sul trattamento, piuttosto, le maggiori problematiche ineriscono la capacità dei pazienti di apprezzare il significato di tali informazioni per il proprio benessere<sup>34</sup>. Mentre può, in alcuni casi, essere vero che alcuni pazienti anoressici siano incapaci di elaborare il fatto che la malattia li potrebbe portare a subire gravi danni fisici o la morte, in altre ipotesi di questa eventualità il paziente è ben conscio, assumendo decisioni di rifiuto del trattamento che sono del tutto coerenti con i propri valori e credenze. Così alcune anoressiche rifiutano interventi medici in quanto altamente invasivi e indifferenti al loro desiderio di mantenere una parvenza di controllo sulla propria vita, altre, in particolare quelle la cui condizione è ormai cronica, possono considerare anche la morte più desiderabile del travaglio di un ulteriore ciclo di trattamento, senza alcuna speranza di miglioramento<sup>35</sup>.

<sup>30</sup> Le determinazioni sull'incapacità del paziente richiedono una valutazione non solo di informazioni cliniche per quanto riguarda le capacità decisionali del paziente, ma anche un esame di fattori non clinici riguardanti l'opportunità di privare un paziente di un *status fondamentale*. In questo senso valutazioni cliniche e determinazioni giudiziarie di capacità del paziente sono quindi orientati a obiettivi diversi.

<sup>31</sup> *Re W (A Minor)*, CA 1992, 3 WLR, 758; *R v. Collins and Ashworth Hospital Authority, ex parte Brady* (2001) 58 BMLR 173.

<sup>32</sup> *Re KB (adult) (mental patient: medical treatment)* (1994) 19 BMLR 144; anche *F v. Riverside Health Trust* (1994) 20 BMLR 1; *South West Hertfordshire HA v. KB* [1994] 2 F.C.R. 1051.

<sup>33</sup> *R (Wilkinson) v. Broadmoor Special Hospital Authority and others* [2002] 1 WLR 419.

<sup>34</sup> S. STEFAN, *Silencing the Different Voice: Competence, Feminist Theory and Law*, in *University of Miami Law Review*, 47, 1993, 763; *Id.*, *Race, Competence Testing and Disability Law: A Review of the MacArthur Competence Research*, in *Psychology, Public Policy and Law*, 1996, 18.

<sup>35</sup> Per un rassegna completa sul rifiuto di cure nella giurisprudenza inglese si veda *W v. M & Ors.* [2011] EWHC 2443 (COP), 57-103.



Particolarmente significativa in questo percorso è la sentenza *Re E (Medical Treatment: Anorexia)*<sup>36</sup> del 2012 che affronta, dal punto di vista del *Mental Capacity Act*, il problema della capacità della paziente ad esprimere il rifiuto della nutrizione forzata. Il caso riguardava una donna di 37 anni, da lungo tempo sofferente per anoressia nervosa, che era stata più volte, nel corso della sua vita, ricoverata – anche coattivamente – per i suoi disturbi e che era giunta ad esprimere lucidamente il rifiuto di ulteriori trattamenti di nutrizione artificiale, anche attraverso una formale dichiarazione anticipata di trattamento. Dalla sentenza emerge chiaramente il disagio provato dallo stesso giudice che si è trovato a dover prendere una decisione difficile<sup>37</sup>, ovvero quella di autorizzare la nutrizione forzata. Per arrivare a tale determinazione il giudice affronta due problemi connessi, quello della capacità della paziente e quello inerente il *best interest* della stessa.

La Corte si è richiamata al principio della presunzione di capacità del soggetto che può trovare deroga solo se la prova contraria prevale sulla bilancia delle probabilità (artt. 1, §. 2; 2, §. 4, MCA). Per cui la persona manca della capacità se al momento dei fatti non è in grado di prendere la decisione in materia a causa di una memomazione, o di un disturbo nel funzionamento, della mente o del cervello (art. 2, §. 1, MCA). Nella specie, si è ritenuto che, pur essendo in grado di capire ed elaborare le informazioni rilevanti per la decisione sul trattamento, oltre a comunicare la sua decisione (art. 3, §. 1, MCA), E soffriva di disturbi psichici legati all'anoressia che ne riducevano il grado di capacità. In tali termini, il giudice sottolinea come la paura ossessiva di E di subire un aumento di peso la rendesse incapace di bilanciare con ragionevolezza i vantaggi e gli svantaggi di una nutrizione regolare, tanto da far sì che l'ossessione del peso venisse a cancellare tutti gli altri pensieri.

Oltre a questo, tuttavia, il giudice ha dovuto affrontare la valutazione circa il *best interest* della paziente, valutazione non certo scontata. Nel caso di specie, infatti, la prospettiva di sottoporre la paziente a nutrizione forzata non era priva di rischi, sia a breve che a lungo termine: anzi, le percentuali di successo erano basse, ed il giudice era consapevole del fatto che «il trattamento [avrebbe] privato [la paziente] di un'imminente e relativamente pacifica morte». Per il raggiungimento della decisione, determinante è stato il ruolo attribuito al valore della vita, prevalente sugli altri interessi in gioco<sup>38</sup>: nonostante i *competing factors* fossero, a parere del giudice, «almost exactly in equilibrium», «the balance tips slowly but unmistakably in the direction of life-preserving treatment. In the end, the presumption in favour of the preservation of life is not displaced»<sup>39</sup>.

<sup>36</sup> *A Local Authority v. E* [2012] EWHC 1639 (COP).

<sup>37</sup> *A Local Authority v. E*, §. 5 «case has raised for the first time in my experience the real possibility of life-sustaining treatment not being in the best interests of a person who, while lacking capacity, is fully aware of her situation. She is in many ways the opposite of a PVS patient or a person with an inevitably fatal condition. She is described as an intelligent and charming person. Albeit gravely unwell, she is not incurable. She does not seek death, but above all she does not want to eat or to be fed. She sees her life as pointless and wants to be allowed to make her own choices, realising that refusal to eat must lead to her death. Her situation requires a balance to be struck between the weight objectively to be given to life on one hand and to personal independence on the other “in relation to the matter”».

<sup>38</sup> *A Local Authority v. E*, §. 125 «Il trattamento che viene proposto per E equivale a un'interferenza molto grave nella sua vita privata e autonomia personale. Potrebbe essere giustificato solo considerando che era necessario secondo la legge e proporzionato allo scopo, cioè la conservazione della vita».

<sup>39</sup> *A Local Authority v. E*, §. 137, così con parole suggestive: «Against them, I place E's life in the other scale. We only live once – we are born once and we die once – and the difference between life and death is the biggest

Nel caso *Re L*<sup>40</sup> del 2012 il giudice King della *Court of Protection*, a fronte di una condizione non meno complessa<sup>41</sup>, è giunta ad una ponderazione in favore dell'autodeterminazione e del diritto ad una morte dignitosa, notando come quello in esame fosse «uno di quei pochi casi in cui l'unico trattamento possibile, vale a dire l'alimentazione forzata sotto sedazione, non deve essere tollerato neppure nel *best interest* della paziente: imporlo sarebbe inutile, portando con sé la quasi certezza che avrebbe causato in ogni caso la sua morte»<sup>42</sup>.

Al termine di questa rapida carrellata di pronunce, ne emerge un giudizio bifasico che si sviluppa in una preliminare verifica della condizione di capacità della paziente, per considerare conseguentemente il criterio del *best interest* che costituisce una palese deroga al diritto all'autodeterminazione del paziente<sup>43</sup>. Come emerge dalla lettura delle sentenze, i giudici inglesi attribuiscono grande importanza alla valutazione dei medici che viene a delineare i contorni del *best interest* oggettivo del paziente<sup>44</sup>. Quello che è certo è che il criterio del *best interest*, più viene disancorato da un collegamento con il mondo soggettivo del paziente, più si spinge fuori dai confini dell'autodeterminazione e del diritto di non curarsi, verso ignote derive, in cui la deroga al principio di protezione della vita, viene decisa dalla percezione che altri possano avere della qualità della vita stessa, o ancor peggio, dalla mera logica utilitaristica dei costi e dei benefici<sup>45</sup>.

#### 4. Quando il fine non giustifica i mezzi

Alla Camera dei Deputati lo scorso 10 marzo 2015 è stata presentata la proposta di legge AC 2944 in materia di «accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per la cura di gravi disturbi del comportamento alimentare» da parte della deputata del Partito democratico Sara Moretto.

---

difference we know. E is a special person, whose life is of value. She does not see it that way now, but she may in future».

<sup>40</sup> *The NHS v. L* [2012] EWHC 2741 (COP).

<sup>41</sup> Ms. L aveva una forma estremamente rara, grave e incessante di anoressia nervosa, trattata per oltre un decennio in strutture specializzate, senza alcun progresso e con prospettive di recupero pari a zero. Inoltre la paziente presentava segni di irreversibile insufficienza multipla d'organo.

<sup>42</sup> *The NHS v. L*, §. 68.

<sup>43</sup> Così nel caso *A NHS Foundation Trust v. X* [2014] EWCOP 35, §§. 58-59, il giudice Cobb ha sottolineato «Questo è un caso insolito e disperatamente triste. Credo di parlare a nome di tutti coloro che hanno dovuto affrontare il problema – medici e avvocati allo stesso modo – nell'esprimere la speranza che la sig.ra X possa effettivamente accedere ad alcuni trattamenti medici che avranno l'effetto di prolungare la sua vita. Devo, fedele agli orientamenti forniti dalla Baronessa Hale nel caso *Aintree [Airedale NHS Trust v. Bland]*, [1993] A.C. 789 (H.L. 1993)], considerare il benessere della sig.ra X inteso "nel senso più ampio" ed è per questo che ho riflettuto su cosa significherebbe per la sig.ra X il trattamento non solo sotto il profilo sanitario, ma anche in termini sociali e psicologici. Per quanto posso farlo, ho cercato di mettermi nei panni della sig.ra X, e guidato da ciò che la paziente ha riferito direttamente o ha detto ad altri, ho preso in considerazione quale è o potrebbe essere il suo atteggiamento verso il trattamento. Dopo aver completamente rivisto le circostanze di questo caso, e per le ragioni di cui sopra, sono giunto alla conclusione chiara che non dovevo imporre un trattamento per l'anoressia alla sig.ra X. Spero che la signora X tuttavia tenga in considerazione che sarebbe di enorme beneficio per lei per accedere a trattamenti (almeno sotto forma di cure palliative, assistenza infermieristica e di orientamento dietetico), che possano migliorare la qualità della vita che le rimane, se non a rendere più dignitosa la sua scomparsa».

<sup>44</sup> J. KEOWN, *Euthanasia, Ethic and Public Policy. An argument against legalisation*, Cambridge, 2002, 221 ss.

<sup>45</sup> A. D'ALOIA, *Eutanasia* (voce), in *Dig. disc. pubbl.*, Torino, 2012, 344 ss.

Nelle intenzioni della proponente, vi è l'evidente volontà di colmare un presunto vuoto dell'attuale disciplina in materia dettata dalla legge n. 833/1978, laddove – nella relazione accompagnatoria – si sostiene che nella legislazione vigente «non vi è alcuna menzione alla necessità di obbligatorietà dei trattamenti nutrizionali. Per questo motivo, nella pratica clinica, quando i pazienti si oppongono ai suddetti trattamenti non vi è possibilità di disporre un trattamento obbligatorio (...) Ne risulta che i trattamenti obbligatori finalizzati anche alla cura delle complicanze organiche o del rifiuto a nutrirsi, seppure spesso assolutamente salva-vita, nel nostro paese non vengono erogati. La presente proposta di legge ha l'obiettivo di rendere possibile il trattamento sanitario obbligatorio per far fronte alla necessità di trattamenti salva-vita a fronte di complicanze organiche che siano conseguenza diretta di DCA e che vengano rifiutati a causa della patologia psichiatrica in atto».

A tal fine la proposta di legge è volta ad integrare la disciplina vigente prevedendo che «Limitatamente ai casi di disturbi del comportamento alimentare, il ricovero conseguente a trattamento sanitario obbligatorio di cui all'art. 34 può essere attuato per far fronte a necessità urgenti di trattamenti salvavita che il paziente, a causa della patologia psichica, rifiuta. Il trattamento sanitario obbligatorio, anche finalizzato al trattamento delle complicanze organiche o del rifiuto a nutrirsi, avviene presso i servizi psichiatrici di diagnosi e cura o presso specifiche strutture ospedaliere deputate al trattamento dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) in fase di acuzie (...)».

Letta la relazione e il testo della proposta di legge sorge subito il dubbio che non siano sufficientemente chiari il senso e i limiti della legge che disciplina il TSO, laddove già sulla base della disciplina vigente è ammissibile la disposizione del trattamento sanitario obbligatorio nei confronti di pazienti che soffrano di anoressia<sup>46</sup>, dovendosi qualificare la stessa come disturbo mentale<sup>47</sup>. Nel caso dell'anoressia il motivo urgente dell'ospedalizzazione è più spesso costituito dalla grave compromissione fisica, che non dalle alterazioni psichiche tali da richiedere, come prescritto dalla legge, di per sé un intervento urgente<sup>48</sup>. È tuttavia vero che sono le «alterazioni psichiche»<sup>49</sup> ad impedire al paziente una valutazione adeguata del proprio stato di salute e del conseguente rischio per la vita, e

<sup>46</sup> P. SANTONASTASO, *Il trattamento sanitario obbligatorio nell'anoressia nervosa*, in *Giorn. ital psicopat.*, 15, 2009,207, smentendo la tesi che il TSO non possa essere applicato nel caso di disturbi dell'alimentazione, rammenta come «nei Servizi psichiatrici di diagnosi e cura sono stati effettuati 302 ricoveri per disturbi alimentari, di cui 207 (68,6%) per anoressia nervosa (26/anno). Tra il 2000 e il 2007, i TSO in pazienti con anoressia nervosa sono stati 7, che corrisponde alla percentuale di 0,28% del totale dei ricoveri per anoressia e al 3,4% dei ricoveri per anoressia effettuati nei SPDC. I ricoveri effettuati nei SPDC corrispondono alla percentuale di 8,4% su tutti i ricoveri per anoressia nervosa».

<sup>47</sup> Non meno rilevante è il problema, che incide sulla questione del rapporto tra psichiatria e diritto, della mancanza nella proposta di legge di criteri e riferimenti per definire la diagnosi dei DCA, che è e resta un'incognita non secondaria – tutt'oggi non adeguatamente risolta – in sede clinica. Infatti, chi pone la diagnosi? Secondo quali parametri? Sono sufficienti le categorie diagnostiche del solo DSM avulse da qualunque approfondimento differenziale? Sono in grado i medici di base e i pediatri di porre questo tipo di diagnosi? Che differenza c'è tra un'anoressia su base nevrotica e una su base psicotica del soggetto? Quali sono le differenze di prognosi e trattamento in questi casi?

<sup>48</sup> L. MARINOZZI, S. TROIANI, G. BORSETTI, D. RODRIGUEZ, *Alimentazione forzata nei pazienti anoressici tra etica e scienza*, in *Riv. dir. prof. san.*, 3, 2000, 180-189; M.L. DI PIETRO, G. CONTE, A. LUCATTINI, A.G. SPAGNOLO, *Alimentazione forzata per i pazienti con anoressia nervosa?*, in *Medicina e Morale*, 2, 1993, 381-397.

<sup>49</sup> In particolare disturbi come l'anoressia e le bulimie sono quasi sempre accompagnati da depressioni, disturbi d'ansia, disturbi di personalità.

che tali alterazione possono essere trattate – anche, ma non solo – con la riabilitazione nutrizionale. Si deve infatti considerare che, nel caso dell'anoressia, un apporto nutrizionale adeguato e il ristabilimento delle condizioni minime di salute fisica sono le premesse per un miglioramento del quadro psichiatrico<sup>50</sup>.

Vi è peraltro da notare come la nutrizione ed idratazione artificiale (NIA)<sup>51</sup> debba essere qualificata come trattamento sanitario, «un trattamento che sottende un sapere scientifico, che è posto in essere da medici, anche se poi proseguito da non medici, e consiste nella somministrazione di preparati come composto chimico implicanti procedure tecnologiche»<sup>52</sup>; il che rende necessario, come per qualsiasi altro trattamento sanitario, che vi sia il previo consenso informato del paziente. Ciò inevitabilmente rende più complessa e meno lineare quell'analisi che propone la somministrazione della NIA come strumento sussidiario ai trattamenti farmacologici e/o terapeutici che ordinariamente contraddistinguono il TSO. Abbracciando una visione olistica del rapporto tra *soma* e *psiche*, si deve tuttavia constatare come la normalizzazione del peso, pur essendo un intervento difficile, risulta indispensabile per influire successivamente sulla psicopatologia specifica del disturbo<sup>53</sup>.

La proposta ha evidentemente la finalità di affiancare all'obiettivo che tradizionalmente connota il trattamento obbligatorio quello di «*per far fronte a necessità urgenti di trattamenti salvavita*», non esperibili stante il rifiuto del paziente. Si tratta quindi di casi in cui il trattamento sarà adottato quale *extrema ratio*<sup>54</sup>.

È dunque a questo livello che entra in gioco il convitato di pietra, su cui la proposta di legge tace, ovvero la questione inerente la capacità del paziente anoressico.

<sup>50</sup> P. SANTONASTASO, *Il trattamento sanitario obbligatorio nell'anoressia nervosa*, cit., 206.

<sup>51</sup> La NIA possiede valenza di trattamento sostitutivo (come per esempio la ventilazione meccanica o la dialisi); in altre parole, si tratta di una tecnica che tende a sostituire in modo temporaneo o permanente il *deficit* di funzione dell'apparato gastroenterico preposto a un'attività complessa come l'alimentazione naturale, quando è compromessa in tutto o in parte nelle sue funzioni a causa di una sottostante malattia. La NIA non è da considerarsi una terapia eziologia (come la terapia antibiotica, quella antivirale, la chemioterapia ecc.), non potendo influire sulle cause di una malattia, ma sulle sue conseguenze cliniche, in particolare prevenendo o trattando oppure riducendo gli effetti negativi dell'ipercatabolismo. La NIA non è da considerarsi terapia sintomatica (come la terapia analgesica o antipiretica) poichè non rimuove un sintomo ma si sostituisce al *deficit* di funzione che ha originato il sintomo stesso.

<sup>52</sup> Cass. civ., 16 ottobre 2007, 21748, in *Nuova giur. civ. comm.*, 2008, 1, 1, 83; più di recente si è espresso, nella medesima direzione, il Consiglio di Stato, sez. III, 2 settembre 2014, n. 4460 (sempre nel caso Englaro) secondo il quale «La nutrizione e l'idratazione artificiale costituiscono trattamenti medici» e la tesi opposta sarebbe «destituita di fondamento scientifico». Nel formulare il suo giudizio, il Consiglio di Stato richiama le valutazioni espresse dalla comunità scientifica di riferimento identificabile, per esempio con la Società Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale (SINPE), secondo la quale «la nutrizione artificiale è da considerarsi, a tutti gli effetti, un trattamento medico fornito a scopo terapeutico o preventivo» e che «la nutrizione artificiale non è una misura ordinaria di assistenza».

<sup>53</sup> D.M. GARNER, R. DALLE GRAVE, *Terapia Cognitivo Comportamentale dei Disturbi dell'Alimentazione*, Verona, 1999, 95 ss.

<sup>54</sup> Se si pensa che il soggetto con grave anoressia per il quale si dispone un TSO è già in una fase molto avanzata della patologia, ci si dovrebbe domandare – prima di introdurre strumenti estremi – in che modo poter ridurre al minimo indispensabile il ricorso al TSO nei casi di anoressia e che quest'ultimo dovrebbe essere attuato solo dopo che tutte le strade siano state davvero percorse, non ultima quella di un profondo coinvolgimento della famiglia nelle cure e nella terapia. Dall'altra parte c'è chi vede nella proposta un modo per affrontare *in extremis* una situazione e non un tentativo di trovare una soluzione all'origine del problema.

In giurisprudenza<sup>55</sup>, l'orientamento ormai consolidato consente al medico, solo in taluni casi eccezionali (allorché il paziente non sia in grado, per le sue condizioni, di prestare un qualsiasi consenso o dissenso, ovvero, più in generale, ove sussistano le condizioni dello stato di necessità di cui all'art. 54 c.p.), di agire in assenza del consenso del paziente. Ma, una volta superata l'urgenza dell'intervento derivante dallo stato di necessità, l'istanza personalistica alla base del principio del consenso informato ed il principio di parità di trattamento tra gli individui, a prescindere dal loro stato di capacità, impongono di ricreare il dualismo dei soggetti nel processo di elaborazione della decisione medica: tra medico che deve informare in ordine alla diagnosi e alle possibilità terapeutiche, e paziente che, eventualmente attraverso il legale rappresentante, possa accettare o rifiutare i trattamenti prospettati<sup>56</sup>.

Quando invece la persona si dimostri capace di intendere, le sue scelte devono essere rispettate, anche se possono apparire assurde o insensate<sup>57</sup>. È tuttavia necessario rifuggire da scenari troppo nettamente delineati, laddove – specie nelle scienze della mente – la capacità a prestare consenso si colora di sfumature di grigio.

In particolare si deve tener conto di come «la “capacità mentale” vada distinta dalla “salute mentale”, essendo la prima un costrutto multidimensionale che rappresenta una determinante generale dell'abilità di prendere una decisione autonoma, mentre la seconda riguarda le patologie e le alterazioni della mente umana. Questi due elementi incidono l'uno sull'altro con minor frequenza di quanto comunemente si ritenga; di conseguenza un paziente psichiatrico può rifiutare (facendo l'esempio più estremo) anche un intervento medico/chirurgico salvavita se tale rifiuto è motivato da un'evidente comprensione dello stato delle cose e da una chiara consapevolezza delle conseguenze»<sup>58</sup>.

In questo contesto un istituto rigido, come la capacità di intendere e volere, mostra tutta la sua inadeguatezza<sup>59</sup>: la capacità, così intesa, offre infatti una risposta manichea ad un quesito che implica la

<sup>55</sup> Cass. civ., sez. III, 28 luglio 2011, n. 16543, in *Ced Cassazione*, 2011; Cass. civ., sez. I, 16 ottobre 2007, n. 21748, *cit.*; Cass. civ., sez. III, 23 febbraio 2007, n. 4211, in *Danno resp.*, 2008, 1, 27.

<sup>56</sup> M. GRAZIADEI, *Il consenso informato e i suoi limiti*, in L. LENTI, E. PALERMO FABRIS, P. ZATTI (a cura di), *I diritti in medicina, Trattato di Biodiritto*, diretto da S. RODOTÀ, P. ZATTI, Milano, 2012, 259 ss.

<sup>57</sup> I. KENNEDY, A. GRUBB, *Consent. Medical law*, London, 2000, 575-773. Tuttavia «il sistema dei valori che è centrale nell'anoressia è molto simile a quello di una buona parte della popolazione generale e, quindi, non appare inusuale o irragionevole. Ciò che colpisce è la forza che hanno questi valori e l'assoluta predominanza rispetto ad altri aspetti della vita; queste due caratteristiche si possono tuttavia trovare in diverse situazioni non patologiche (come ad esempio chi sacrifica la vita sociale, la famiglia e gli *hobbies* per dedicarsi alla carriera), rendendo ancora una volta alquanto complesso tracciare una chiara linea di demarcazione tra ciò che è normalità e ciò che è alterazione». Cfr. F.M. MOSCATI, S. DE MARCO *et al.*, *Il consenso informato e il trattamento dei disturbi della condotta alimentare*, in *Riv. it. med. leg.*, 3, 2013, 1280.

<sup>58</sup> F.M. MOSCATI, S. DE MARCO *et al.*, *Il consenso informato e il trattamento dei disturbi della condotta alimentare*, *cit.*, 1273; L. GANZINI, L. VOLICER, W.A. NELSON *et al.*, *Ten myths about decision-making capacity*, in *JAmMedDir Assoc*, 6, 2005, 100-104.

<sup>59</sup> In questa prospettiva S. RODOTÀ, *Dal soggetto alla persona. Trasformazioni di una categoria giuridica*, in *Fil. pol.*, 3, 2007, 373-374 secondo cui «Spaccato in due da una distinzione senza appello tra capaci e incapaci, il mondo del diritto confinava questi ultimi in una indistinta area di esclusione, riteneva davvero rilevanti solo le attività a contenuto economico, misurava su queste la capacità e legittimava al loro esercizio esclusivamente soggetti forti. (...) Ha imposto una riduzione della dimensione giuridica davvero rilevante alle sole attività accompagnate dall'attributo della patrimonialità, con una esclusione oggettiva di tutto ciò che appartiene alle relazioni irriducibili al puro dato economico. E la negazione della capacità nell'ambito patrimoniale ha trascinato con sé una sostanziale negazione di capacità in altri momenti dell'attività umana, come quelli riguardanti gli atti di natura

considerazione di questioni complesse. Come ha scritto Paolo Zatti, il diritto «se vuole farsi umanistico, deve lasciare il proprio secolare paradigma e dare rilevanza a connotati molteplici e differenziati della *relazione* in cui la decisione si colloca: deve guardare al *processo*, non all'atto, garantire e valutare le *condizioni del processo*, non dell'atto; deve imparare a parlare di debolezza e forza del consenso, non solo di validità ed invalidità; di resistenza della volontà e non solo di sua manifestazione; di atteggiamenti e non solo di comportamenti materiali e di dichiarazioni; di fragilità e non solo di incapacità di volere; di confusione e di angoscia che convivono (...) con l'uso di una ragione che ne è dolorosa testimone e prigioniera»<sup>60</sup>.

Nel caso delle pazienti anoressiche, la letteratura scientifica evidenzia come esse si dimostrino per lo più competenti nel prendere decisioni riguardo alle cure: infatti, pur avendo qualche difficoltà di concentrazione, questi soggetti mantengono una buona comprensione della loro malattia e dei rischi connessi, non evidenziano disfunzioni mentali nella valutazione cognitiva<sup>61</sup>, conservando altresì una discreta capacità di ragionamento anche a pesi corporei molto bassi<sup>62</sup>.

Sarà quindi onere dei sanitari verificare con scrupolo la *competence* della paziente nel caso concreto, tenuto conto che, di fronte al rifiuto della cura da parte del diretto interessato, c'è sempre spazio – nel quadro dell' "alleanza terapeutica" – per una strategia della persuasione, perché il compito del medico è anche quello di offrire il supporto della massima solidarietà concreta nelle situazioni di debolezza e di sofferenza<sup>63</sup>.

Tuttavia, allorché il rifiuto presenti tutte le condizioni per essere legittimamente espresso non c'è possibilità di disattenderlo, salvo si voglia imporre, come nella specie, un trattamento sanitario obbligatorio<sup>64</sup>.

---

personale e quelli legati alla vita quotidiana. (...) Si realizzava così una espropriazione della soggettività ed una negazione della complessiva autonomia dell'esistere. Si condannavano alla marginalità tutte le decisioni a contenuto non patrimoniale. Si costruiva, in sostanza, un paradigma chiuso di normalità giuridica».

<sup>60</sup> P. ZATTI, *Oltre la capacità di intendere e volere*, in G. FERRANDO, G. VISINTINI (a cura di), *Follia e diritto*, Torino, 2003, 59. Già A. FALZEA, *Capacità (teoria generale)*, in *Enc. dir.*, VI, Milano, 1960, 8 s. poneva in luce come la capacità dovesse implicare possibilità di misura e di graduazione.

<sup>61</sup> J. TAN, T. HOPE, A. STEWART, *Competence to refuse treatment in anorexia nervosa*, in *Int J Law Psychiatry*, 26, 6, 2003, 697-707; *contra* S.L. TURRELL, M. PETERSON-BADALI, D.K. KATZMAN, *Consent to treatment in adolescents with anorexia nervosa*, in *Int J Eat Disord*, 44, 8, 2011, 703-707.

<sup>62</sup> V. DELVENNE, S. GOLDMAN, V. DEMAERTELAER, Y. SIMON, A. LUXEN, F. LOTSTRA, *Brain hypometabolism of glucose in anorexia nervosa: Normalization after weight gain*, in *Biological Psychiatry*, 40, 1996, 761-768; F.M. MOSCATI, S. DE MARCO *et al.*, *Il consenso informato e il trattamento dei disturbi della condotta alimentare*, *cit.*, 1279 s.

<sup>63</sup> Sulla strategia di persuasione che deve essere perlomeno tentata dal medico si veda la sentenza sul caso "Englaro" Cass. civ., 16 ottobre 2007, 21748, *cit.* secondo cui «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». Sul punto le riflessioni di P. ZATTI, *Consistenza e fragilità dello ius quo utimur in materia di relazione di cura*, in *Nuova giur. civ. comm.*, 1, 2015, 20 ss.

<sup>64</sup> Un altro *escamotage* si rinviene in un provvedimento del Tribunale di Roma del 6 dicembre 2010 con il quale si è disposta la nomina di un amministratore di sostegno a favore di una donna anoressica, prevedendo l'onere per l'amministratore di «sollecitare l'intervento dell'autorità sanitaria per sottoporla a trattamento nutrizionale



Ci si potrebbe chiedere se permettere, attraverso l'imposizione del trattamento coattivo, che la libertà lasci passo alla salute costituisca una garanzia di salvaguardia della vita umana in pericolo, perché in tal caso il disposto normativo – almeno nelle sue intenzioni – avrebbe una sua dignità. Purtroppo la letteratura più recente<sup>65</sup> ha concluso che, sebbene rimanga un tema controverso, i ricoveri coatti hanno una durata maggiore di quelli volontari, l'aumento di peso ottenuto è o lievemente maggiore o uguale rispetto a quello dai pazienti volontari, con un beneficio nel breve termine, laddove però il *follow-up* a lungo termine ha paradossalmente registrato un aumento della mortalità<sup>66</sup>.

Il ricovero coatto potrebbe alla fine diventare una porta girevole: in entrata, il ricovero in un reparto chiuso, l'alimentazione forzata, il recupero di peso, in uscita, senza una presa in carico da parte dei servizi, il susseguirsi di ricadute che comportano una ripetizione dell'intero processo. I pazienti che necessitano di ricoveri ripetuti sono molto spesso riammessi con parametri fisici (peso, stato metabolico e cardiaco) decisamente deteriorato rispetto a quello dei precedenti ricoveri.

Vi sono altri aspetti del disposto normativo che lasciano perplessi. In primo luogo, nonostante la proposta di legge si riferisca anche agli «accertamenti sanitari obbligatori», tale forma di intervento sanitario scompare, restando orfana di una espressa disciplina<sup>67</sup>. Un'occasione sprecata per “rianimare” uno strumento, inventato dalla “legge Basaglia”, e poco considerato, che invece – in un contesto come quello delle disfunzioni del comportamento alimentare – potrebbe risultare estremamente utile ed efficace specie per prevenire situazioni di cronicizzazione o l'emergere di condizioni di acuzie, evitabili tramite un monitoraggio costante delle condizioni psicofisiche delle pazienti.

Si prevede altresì che il trattamento sanitario avvenga «presso i servizi psichiatrici di diagnosi e cura o presso specifiche strutture ospedaliere deputate al trattamento dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) in fase di acuzie (...)». Questa previsione dimostra la mancanza di conoscenza dello stato attuale, in termini di risorse umane ed economiche, dei servizi territoriali ed ospedalieri per la salute mentale che non sono in grado di far fronte ai nuovi bisogni di salute espressi da un'utenza sempre più complessa.

Peraltro i servizi di diagnosi e cura appaiono per diversi motivi inadeguati alla cura di tali patologie: si tratta di servizi con 15 letti, dedicati al trattamento di fasi acute di malattia, con *turnover* relativamente rapido e con la presenza di pazienti che possono presentare notevole agitazione psicomotoria e comportamenti violenti. Il personale dei servizi psichiatrici non è formato per la gestione di pazienti con esigenze così particolari dal punto di vista del comportamento alimentare e delle complicanze mediche; inoltre il periodo di degenza necessario per un adeguato recupero e una stabilizzazione del peso non può essere breve come quello della maggior parte dei ricoveri effettuati nei servizi di diagnosi e cura.

---

integrativo qualora la stessa, a causa della patologia anoressica di cui è affetta, diminuisca il peso corporeo oltre il limite di kg. 35».

<sup>65</sup> L. CLAUSEN, A. JONES, *A systematic review of the frequency, duration, type and effect of involuntary treatment for people with anorexia nervosa, and an analysis of patient characteristics*, in *Int J Eat Disord*, 2, 2014, 29; I.F. ELZAKKERS, U.N. DANNER, H.W. HOEK, U. SCHMIDT, A.A. VAN ELBURG, *Compulsory treatment in anorexia nervosa: a review*, *ibidem*, 47, 2014, 8, 845-852; A. WARD, R. RAMSAY, G. RUSSELL, J. TREASURE, *Follow-up mortality study of compulsorily treated patients with anorexia nervosa*, *ibidem*, 2014.

<sup>66</sup> A. AYTON, C. KEEN, B. LASK, *Pros and cons of using the Mental Health Act for severe eating disorders in adolescents*, in *Eur Eat Disord Rev.*, 17, 1, 2009, 14-23; R. RAMSAY, A. WARD, J. TREASURE, G.F. RUSSELL, *Compulsory treatment in anorexia nervosa. Short-term benefits and long-term mortality*, in *Br J Psychiatry*, 175, 1999, 147-153.

<sup>67</sup> Fatto salvo il rinvio generale a quella dettata dagli artt. 33-35 legge n. 833/1978.

Anche i diritti (come i relativi servizi) costano e, quindi, non basta la volontà politica di riconoscerli, ma ci vogliono anche risorse sufficienti per dispensarli, anche per questo rimarrà un'enunciazione di principio la previsione per cui saranno «specifiche strutture ospedaliere deputate al trattamento dei disturbi del comportamento alimentare»<sup>68</sup> a farsi carico dell'esecuzione dei trattamenti obbligatori in materia<sup>69</sup>. Le leggi a costo zero non esistono e il legislatore più irresponsabile è quello che non ammette nemmeno con se stesso l'irrazionalità di tale illusione.

Concludendo sul punto, si può asserire in termini generali che la proposta di legge presenti un vizio originario, consistente nell'adozione di un modello *value oriented*<sup>70</sup>, contraddistinto da una concezione tradizionale del processo legislativo limitata al circuito politico e in cui la legge assume la natura di fonte tendenzialmente esclusiva e dettagliata. Tale rigidità, autosufficienza e chiusura nei confronti del contributo della scienza determinano un prodotto legislativo che non è stato in grado di garantire un adeguato livello di efficacia sostanziale e di coerenza rispetto alla delicatezza delle questioni in gioco e ai principi costituzionali oggetto del bilanciamento<sup>71</sup>.

## 5. TSO e contro-limiti

Trascorrendo al piano dell'analisi costituzionalistica si può sottolineare come emergano due profili critici che inficiano la proposta, l'uno attiene alla struttura costituzionale del trattamento obbligatorio, l'altro è dato dall'invalidabile limite del «rispetto della persona umana».

Sotto il primo profilo, la proposta appalesa uno slittamento rispetto alle condizioni dettate dall'art. 32 Cost., disposizione, che, nella lettura ormai consolidata della dottrina<sup>72</sup> e della giurisprudenza co-

<sup>68</sup> In Australia, nel Regno Unito e negli Stati Uniti i pazienti con anoressia che necessitano di un trattamento ospedaliero, ma non lo accettano, vengono ricoverati in strutture specifiche finalizzate al trattamento dei disturbi alimentari, che prevedono l'utilizzazione di un programma di trattamento e di un approccio terapeutico in cui gli aspetti internistici, la riabilitazione nutrizionale, l'educazione alimentare sono integrati con gli aspetti psicopatologici e psichiatrici e vengono trattati da un'équipe multidisciplinare specificamente formata.

<sup>69</sup> Si evita ogni commento sull'ulteriore disposizione che onera le regioni dell'obbligo di individuare nella dotazione dei posti letto esistenti quelli che dovranno essere dedicati al trattamento dei DCA; come dire se la coperta è corta qualcuno resterà scoperto...

<sup>70</sup> Sul punto S. PENASA, *La fragile rigidità della legge italiana in materia di procreazione assistita e la solida flessibilità del sistema spagnolo: modello value oriented e modello procedure oriented a confronto*, in *Dir. pubbl. comp. eur.*, 1, 2010, 134-155 che sottolinea come il modello legislativo *value oriented* sia caratterizzato da contenuti fissi e una struttura rigida e "mono-dimensionale". Gli elementi connotativi essenziali di tale modello – di per sé recessivo rispetto a quello procedurale (diffuso non solo nel contesto europeo) – possono essere individuati in: un atteggiamento di chiusura verso la partecipazione della *expertise* al processo di formazione della decisione politica; una concezione di autosufficienza dell'intervento legislativo rispetto agli altri formanti, ai quali è precluso anche un intervento successivo in fase di attuazione-applicazione dei contenuti della legge; un'opzione valoriale forte non bilanciata con gli altri interessi costituzionalmente rilevanti, rafforzata da un massiccio impianto sanzionatorio di natura quasi esclusivamente penale.

<sup>71</sup> Sul bilanciamento dei principi v. R. BIN, *Diritti e argomenti. Il bilanciamento degli interessi nella giurisprudenza costituzionale*, Milano, 1992, 28; A. D'ALOIA, *Biodiritto*, in U. POMARICI (a cura di), *Atlante di Filosofia del diritto*, I, Torino, 2012, 37 ss.

<sup>72</sup> D. VINCENZI AMATO, *sub art. 32, 2° co.*, in G. BRANCA (dir. da), *Commentario della Costituzione. Rapporti etico-sociali*. Artt. 29-34, Bologna-Roma, 1976, 167 ss.; S.P. PANUNZIO, *Trattamenti sanitari obbligatori e Costituzione (a proposito della disciplina delle vaccinazioni)*, in *Dir. Soc.*, 1979, 875 ss.; R. D'ALESSIO, *I limiti costituzionali dei*

stituzionale<sup>73</sup>, legittima l'imposizione di un determinato trattamento sanitario, stabilito per legge, solo quando sia in gioco non soltanto la salute del singolo in quanto tale, ma anche, e direttamente, l'interesse collettivo alla salute. Ciò si evince dalla lettura combinata dei due commi dell'art. 32 Cost., per cui il carattere di limite esterno alla libertà individuale dell'interesse della collettività impedisce qualsiasi condizionamento intrinseco che ne trasformi in senso funzionale la natura: la condizione richiesta per imporre un trattamento sanitario obbligatorio, ovvero la coesistenza della finalità di tutela della salute individuale e di quella collettiva, si configura quindi come un'endiadi, volta essenzialmente a proteggere i valori che integrano il profilo assiologico della persona umana.

L'analisi della compatibilità della proposta di legge con i parametri costituzionali fa emergere un quadro critico. Appare in particolare sfuggente quell'interesse alla tutela della salute collettiva tale da giustificare l'imposizione di un trattamento alla persona affetta da anoressia, salvo ammettere che, ove occorra, la legge possa determinare le ipotesi nelle quali la tutela della salute – come diritto del singolo che la comunità ha il dovere non solo di rispettare ma anche di promuovere – si realizzi mediante trattamenti obbligatori, configurando quindi un dovere di curare e di farsi curare.

Si tratta ovviamente di una prospettiva non accettabile che pertanto spinge a ripensare l'inquadramento del trattamento sanitario obbligatorio, valorizzando la cornice costituzionale e le virtuosità che vi sono iscritte<sup>74</sup>.

È infatti dalla lettura dell'art. 32 che emerge la necessità di salvaguardia – *noli me tangere* – la quale per il soggetto libero e capace è un mezzo di libertà, e in essa trascolora ogni «diritto-scudo» delimita infatti un'area di attività e di iniziativa, offre riparo al libero svolgimento della personalità, mette al sicuro la libertà e ne consente l'esercizio. Ciò però non è sufficiente, laddove nell'art. 2 Cost. è espresso un principio di promozione della personalità, che si concreta non già in norma di difesa passiva della sfera individuale, ma in una garanzia effettiva dello svolgimento della personalità, ovvero nella fioritura delle risorse intellettuali, affettive e morali di ciascuno. Entro questi poli si deve svolgere anche il rapporto terapeutico il cui scopo diviene la preservazione e il recupero della capacità di esercitare e godere i diritti della personalità: dalla capacità di percepire il senso della propria dignità, del proprio pudore, della propria intimità, alla capacità di incuriosirsi e informarsi, sino alla capacità di desiderare relazioni sociali e di parteciparvi. Ciò significa che, nell'ambito del trattamento sanitario, ciascun diritto della personalità va concepito anche come un «diritto al diritto», ovvero come il diritto a conservare le capacità di esercizio di libertà, facoltà, poteri propri di ciascuna persona, in quanto soggetto morale, nel contesto di un ambiente che non solo consenta, ma solleciti comportamenti di esercizio di ciascun diritto. La persona ha quindi diritto a essere assistito in modo da non dimenticare i suoi diritti.

---

*trattamenti "sanitari", ibidem, 1981, 529 ss.; F. MODUGNO, Trattamenti sanitari "non obbligatori" e Costituzione, ibidem, 1982, 303 ss.; V. CRISAFULLI, In tema di emotrasfusioni obbligatorie, ibidem, 1982, 557 ss.*

<sup>73</sup> In particolare Corte cost., 22 giugno 1990, n. 307, in *Foro it.*, I, 1990, 1694; Corte cost., 15 luglio 1994, n. 308, in *Giur. cost.*, 1994, 2639; Corte cost., 29 maggio 1998, n. 185, in *Foro it.*, I, 1998, 1713; Corte cost., 2 aprile 1999, n. 121, in *Giur. cost.*, 1999, 1029; Corte cost. 26 giugno 2002, n. 282, in *Giur. cost.*, 2002, 2012. In dottrina le riflessioni di G. D'AMICO, *La Corte e lo stato dell'arte (prime note sul rilievo del progresso scientifico e tecnologico nella giurisprudenza costituzionale)*, in E. MALFATTI, R. ROMBOLI, E. ROSSI (a cura di), *Il giudizio sulle leggi e la sua diffusione*, Torino, 2002, 444 ss.

<sup>74</sup> Per approfondimenti S. ROSSI, *La salute mentale tra libertà e dignità. Un dialogo costituzionale*, Milano, 2015, 249 ss.

In questa prospettiva dalla proiezione difensiva si passa allora alla proiezione terapeutica e positiva del contenuto di ciascun diritto a conservare ed esprimere la propria personalità. Il verso personalista e la funzione promozionale dei diritti debbono entrare nel rapporto terapeutico (specie in quello a carattere coattivo), a tutela della persona fragile, non quale semplice limite negativo alla pratica sanitaria, ma come vincolo interno ad essa; non solo come regole di ciò che non può o non deve essere fatto, ma soprattutto come direttive riguardo a ciò che deve essere fatto, essere dato, essere concordato in conformità alle scelte del paziente; in sostanza, come regole che stabiliscono contenuti e fini della stessa coazione.

La pratica della alimentazione coatta deve quindi proporsi come estrema *ratio* da valutare con particolare cautela, tenuto conto dei precedenti esistenziali, e non solo diagnostici, della paziente, al solo fine di ristabilire quelle condizioni minime che consentano la scelta.

Come noto l'art. 32, 2° co., Cost. pone la clausola del rispetto della persona quale "contro-limite" valutativo alla cui stregua verificare la corrispondenza dei trattamenti sanitari, in ciascuna delle sue fasi, ai precetti costituzionali. Non si può dimenticare infatti il portato assiologico sottostante all'istituto del Tso, in cui entra in gioco il rapporto tra libertà del singolo e autorità pubblica, tra diritti individuali e interessi collettivi. Entro questo quadro, l'alternativa tra scelta e coazione si scioglie nella direttiva del rispetto della persona umana che esprime il centro di riferimento delle garanzie di libertà. Centro di gravità e, al contempo, di equilibrio, che, nel suo irriducibile ed essenziale nucleo significativo, si risolve nella tutela della dignità dell'individuo. In tal senso il rispetto della persona umana, intesa in chiave assiologica, ossia di posizione dei valori *socialmente* e *normativamente* rilevanti, è concetto che, nel suo irriducibile ed essenziale nucleo significativo, si risolve nella tutela ad oltranza del valore della persona, la cui essenza si coglie nei diritti fondamentali ad esso riconosciuti.

L'identità è un concetto complesso e molto discusso, compendiato da componenti fisiche, psicologiche e sociali. È questa capacità di costruire una storia coerente di ciò che siamo (o vogliamo essere), come siamo arrivati qui e dove vogliamo andare, che costituisce il nucleo di ciò che significa essere "me stesso". Quello che apprezziamo e il nostro modo di percepirci è modellato dall'educazione, dalle esperienze passate e interazioni con gli altri; si tratta di condizioni e rapporti che sono fluidi e malleabili, al cui centro vi è un soggetto che sperimenta e interpreta il mondo intorno a sé.

Dalla letteratura<sup>75</sup> emerge come l'anoressia venga vissuta – pur in termini distorti – come un elemento strutturale dell'identità stessa della persona, specie quando si tratta di adolescenti che quindi non hanno sviluppato un chiaro senso di sé in assenza della malattia. Proprio per questo, tali soggetti anche se razionalmente sono in grado di identificare i rischi associati alla loro patologia, non riescono ad accettare un trattamento che li porterebbe a perdere una parte di sé. A ciò si aggiunge una forte ambivalenza, anche riguardo la volontà di sottoporsi e di rifiutare la terapia, cui si accompagna sia la sensazione che cambiare il proprio comportamento non sia una scelta possibile, sia la paura di perdere il controllo.

<sup>75</sup> J. TAN, T. HOPE, A. STEWART, *Anorexia nervosa and personal identity: The accounts of patients and their parents*, in *Int J Law Psychiatry*, 26, 5, 2003, 533-548; K. FARCHAUS STEIN, C. CORTE, *Identity Impairment and the Eating Disorders: Content and Organization of the Self-Concept in Women with Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*, in *Eur. Eat. Disorders Rev.*, 15, 2007, 58-69; F.M. MOSCATI, S. DE MARCO *et al.*, *Il consenso informato e il trattamento dei disturbi della condotta alimentare*, *cit.*, 1279-1280.

In questa prospettiva l'imposizione per legge di un trattamento obbligatorio, che venga a incidere sulla sfera corporea di un soggetto competente e capace di autodeterminarsi, potrebbe configurare la violazione di quel limite del «rispetto della persona umana» che si rappresenta come una scelta di valore, nella misura in cui curarsi o non curarsi è essenzialmente un problema di libertà, o meglio di libera espressione di sé da parte del soggetto, del proprio modo di intendere la vita, il rapporto con la malattia e con il proprio corpo, in considerazione del fascio di convinzioni etiche, religiose, culturali e filosofiche che orientano le rispettive determinazioni volitive<sup>76</sup>.

Analizzare tematiche complesse rende difficile individuare un concetto che possa, al contempo, serbare e chiudere il senso di un percorso, descrivere la chiave di volta di un edificio consapevolmente incompiuto, tuttavia forse solo quando si arrivano a riconoscere le sfide etiche e giuridiche che pone la normazione delle condizioni legate ad un disturbo psichiatrico come l'anoressia, è allora che si può cominciare ad apprezzare quanto sia alta la posta in gioco nel campo in cui si intersecano diritto e psichiatria.

---

<sup>76</sup> Così «quello che è dovuto da ciascuno è lo stesso diritto», che si rivendica per sé, «a vivere e fiorire secondo il proprio cuore e la propria fede». Cfr. R. DE MONTICELLI, *La libertà di divenire se stessi*, in D. MONTI (a cura di), *Che cosa vuol dire morire*, Torino, 2010, 92. Ancora l'Autrice rileva come la persona sia molto più che un membro di una comunità, in quanto, seppure venire al mondo e esservi accolti costituisca una condizione necessaria per lo sviluppo della persona, essa non è sufficiente. È attraverso l'individuazione che il soggetto diviene persona, strutturando un autonomo modo di sentire, vivere e giudicare il mondo.