

La gestione dell'allontanamento dal luogo di cura delle persone con malattia mentale in regime di ricovero volontario: prospettive etiche e giuridiche

*Silvia Ceruti, Valentina Paparesta, Nicola Poloni, Mario Picozzi**

choco8

MANAGING LEAVE OF ABSENCE FROM THE HEALTHCARE FACILITY FOR VOLUNTARILY HOSPITALIZED PERSONS WITH MENTAL ILLNESS: ETHICAL AND LEGAL PERSPECTIVES

ABSTRACT: In this article, we examine the ethical and legal implications of leave of absence for people with mental illness who are voluntarily admitted to psychiatric healthcare facilities. Rather than framing the issue as a conflict between personal freedom and safety, we draw on the concept of relational autonomy and the practice of positive risk-taking to develop an approach that balances protection and self-determination as part of the therapeutic process. We describe practical strategies for implementing this model, including individualized planning, risk assessment, and the active engagement of those involved in the patient's care. Finally, we discuss how clinical ethics consultation can support shared decision-making in this context.

KEYWORDS: psychiatry; self-determination; relational autonomy; positive risk-taking; clinical ethics consultation

ABSTRACT: Il contributo affronta le implicazioni etiche e giuridiche della possibilità di allontanarsi temporaneamente dal luogo di cura per persone con malattia mentale ricoverate volontariamente. Superando la tradizionale contrapposizione tra libertà personale e tutela della sicurezza, si propone un approccio fondato sul concetto di autonomia relazionale e sull'assunzione di rischi positivi, volto a coniugare libertà e protezione nel contesto terapeutico. Si descrivono, inoltre, misure operative per l'implementazione di tale approccio, basate su strategie personalizzate, valutazione del rischio e coinvolgimento attivo della rete di cura. Si evidenzia, infine, il

* Silvia Ceruti: Dottore di Ricerca e titolare di assegno di ricerca in Bioetica e Medicina Legale, Centro di Ricerca in Etica Clinica, Dipartimento di Biotecnologie e Scienze della Vita, Università degli Studi dell'Insubria, Varese. Mail: silvia.ceruti@uninsubria.it. Valentina Paparesta: Cultrice della materia Processuale Penale, Dipartimento di Diritto, Economia e Culture, Università degli Studi dell'Insubria, Varese. Mail: valentina.paparesta@asst-lariana.it. Nicola Poloni: Professore associato di Psichiatria, Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi dell'Insubria, Varese; Responsabile del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, ASST Lariana, San Fermo della Battaglia (CO). Mail: nicola.poloni@uninsubria.it. Mario Picozzi: Professore associato di Medicina Legale e direttore del Centro di Ricerca in Etica Clinica, Dipartimento di Biotecnologie e Scienze della Vita, Università degli Studi dell'Insubria, Varese; Responsabile della SS Bioetica Clinica, ASST Lariana, San Fermo della Battaglia (CO). Mail: mario.picozzi@uninsubria.it. Contributo sottoposto a doppio referaggio anonimo.



potenziale contributo, anche in questo contesto, della consulenza etica nel processo decisionale condiviso.

PAROLE CHIAVE: psichiatria; autodeterminazione; autonomia relazionale; rischi positivi; consulenza etica

SOMMARIO: 1. Introduzione – 2. Diritti del paziente: libertà personale e autodeterminazione – 3. Doveri del medico: la posizione di garanzia – 4. Indipendenza e competenza vs autonomia relazionale – 5. Strategie operative per l'assunzione di *rischi positivi* – 6. Il ruolo della Consulenza di Etica Clinica – 7. Conclusioni.

1. Introduzione

La Legge 13 maggio 1978 n. 180, recante disposizioni in materia di *Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*, più nota come *Legge Basaglia*, dal nome del principale promotore della riforma dell'assistenza psichiatrica avvenuta tra gli anni Sessanta e Settanta del secolo scorso¹, ha segnato – in Italia e non solo – il superamento del cosiddetto modello *custodialistico*, basato sull'isolamento e sulla coercizione, imponendo l'abbandono delle forme di reclusione e controllo cui le persone con malattia mentale² erano in precedenza sottoposte³.

L'idea di Franco Basaglia, che iniziò a prendere forma durante la sua esperienza come direttore del *manicomio* di Gorizia⁴, dal 1961 al 1968, e che egli sviluppò ulteriormente tra il 1971 e il 1977 presso l'ospedale psichiatrico di Trieste, era quella di restituire ai pazienti i diritti, la libertà e la dignità sistematicamente negati dal sistema manicomiale, promuovendo forme di cura basate sulla relazione umana, sulla responsabilità condivisa e sull'inclusione sociale⁵.

¹ G. DEL GIUDICE, *Il Pensiero di Franco Basaglia è ancora necessario*, in *Recenti Progressi in Medicina*, 115, 3, 2024, 119-20; J. FOOT, *Franco Basaglia and the Radical Psychiatry Movement in Italy, 1961-78*, in *Critical and Radical Social Work*, 2, 2 2014, 235-49.

² Nel presente contributo ci si riferisce indistintamente a malattie e/o condizioni mentali/psichiatriche facendo riferimento alla definizione di tali patologie fornita dalla *American Psychiatric Association*, secondo la quale «*Mental illnesses are health conditions involving changes in emotion, thinking or behavior (or a combination of these). Mental illnesses can be associated with distress and/or problems functioning in social, work or family activities*» (cfr. <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness>; ultima consultazione 31 luglio 2025).

³ G. SAMPOGNA et al., *Community Mental Health Services in Italy*, in *Consortium Psychiatricum*, 2, 2, 2021, 86-92; C. BARBUI, D. PAPOLA, B. SARACENO, *Forty Years without Mental Hospitals in Italy*, in *International Journal of Mental Health Systems*, 12, 1, 2018, 43.

⁴ Sebbene formalmente denominato Ospedale Psichiatrico Provinciale, quello di Gorizia – così come tutte le analoghe strutture presenti a quel tempo in Italia – era a tutti gli effetti un *manicomio* nel senso tradizionale del termine: si trattava, infatti, di un luogo di reclusione, segregazione e controllo, nel quale le persone potevano restare interne per anni o decenni, sulla base di diagnosi anche molto discutibili, e nel quale venivano impiegati mezzi di contenzione e di isolamento tali da renderlo molto più simile a una istituzione carceraria che a un ospedale; cfr. J. FOOT, *op.cit.*

⁵ In questo contesto, celebre è divenuta l'espressione «la libertà è terapeutica», attribuita allo stesso Basaglia, di cui ancora oggi si riconosce il profondo valore ispiratore; cfr. A. FIORITTI et al., *Freedom Is (Still Today) Therapeutic: Centenary and Continuing Relevance of Franco Basaglia*, in *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 2025; R. MEZZINA, *Forty Years of the Law 180: The Aspirations of a Great Reform, Its Successes and Continuing Need*, in *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27, 4, 2018, 336-45.



Come noto, il progetto delineato – certamente rivoluzionario e per molti versi visionario – si inserì in un contesto politico e sociale complesso, e taluni avvenimenti particolarmente drammatici ebbero un effetto determinante sull'iter legislativo che portò all'adozione della Legge⁶.

La rilevanza della Legge Basaglia – nonché della successiva Legge 23 dicembre 1978, n. 833, recante disposizioni in materia di *Istituzione del servizio sanitario nazionale*, che ne ha integralmente recepito i principi e i contenuti⁷ portando, almeno formalmente, alla chiusura dei manicomii⁸ – viene ancora oggi riconosciuta e celebrata e, nel tempo, alla necessità di tutelare i diritti e la dignità delle persone con malattia mentale, nonché di promuoverne l'autonomia e l'autodeterminazione⁹, è stato riconosciuto rilievo sempre più centrale.

Nella pratica clinica, tuttavia, non sempre il rispetto dei diritti degli individui affetti da malattie o condizioni psichiatriche viene pienamente garantito. Al contrario, in vari contesti, come ad esempio nell'ambito dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), ossia dei reparti situati all'interno di ospedali generali nei quali sono ricoverate persone con malattia mentale in fase acuta, l'esercizio del diritto all'autodeterminazione può incontrare limitazioni, spesso giustificate da ragioni di sicurezza, soprattutto per quanto riguarda la libertà di movimento o di allontanamento dei pazienti stessi dal luogo di cura¹⁰. In particolare, il divieto di allontanamento dal reparto di degenza per le persone con malattia mentale, spesso implementato attraverso la previsione della chiusura temporanea e/o sorvegliata delle porte del reparto

⁶ La rapidità con cui venne approvata la Legge Basaglia fu in larga misura determinata dal contesto politico-istituzionale di quel periodo e, in particolare, dalla prospettiva dell'imminente referendum popolare relativo all'abrogazione degli artt. 1, 2, 3 e 3bis della Legge 36/1904, riguardante *disposizioni sui manicomii e sugli alienati*, indetto con il D.P.R. 14 aprile 1978, n. 109 (emesso a seguito della sentenza della Corte costituzionale n. 16 del 27 febbraio 1978, comunicata e pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 39 dell'8 febbraio 1978) per l'11 giugno dello stesso anno, che accelerò i lavori ministeriali già in corso sul tema. All'inusuale celerità dell'iter di approvazione contribuirono, inoltre, il clima di generale crisi delle istituzioni e i violenti atti di terrorismo che segnarono quegli anni, tra i quali il più rilevante fu probabilmente il rapimento di Aldo Moro, il cui cadavere venne ritrovato il 9 maggio 1978, solo quattro giorni prima l'approvazione della L.180/1978.

⁷ Come noto, infatti, le disposizioni contenute negli articoli 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, e 9 della la L.180/1978 sono restate in vigore fino alla data di entrata in vigore della legge istitutiva del SSN; la L.180/1978, cui viene riconosciuta la funzione anticipatoria e riformatrice, è stata quindi assorbita nella L.833/1978, che ne ha consolidato i principi e ha dato attuazione alla riforma, in particolare formalizzando la chiusura dei manicomii (ex artt. 64-65), la disciplina dei trattamenti sanitari obbligatori (TSO) (artt. 33-35), e la creazione dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) e dei servizi territoriali.

⁸ Come ricordato anche nella sentenza n.253/2003 della Consulta, infatti, «gli ospedali psichiatrici giudiziari (nuovo nome dei manicomii giudiziari) sono rimaste le ultime strutture "chiuse" per la cura di infermi psichiatrici».

⁹ Sebbene spesso usati come sinonimi, i termini *autonomia* e *autodeterminazione* presentano differenze significative nel contesto etico e giuridico. *Autonomia* richiama il principio etico fondamentale secondo cui ogni persona deve essere rispettata come agente capace di prendere decisioni in modo libero e consapevole, mentre *autodeterminazione* ha un'accezione prevalentemente giuridica e riguarda il diritto riconosciuto all'individuo di prendere – e realizzare – decisioni riguardo alla propria vita e, quindi, anche la propria salute. Nel prosieguo, il termine *autodeterminazione* verrà pertanto utilizzato quando si farà riferimento a contesti normativi o diritti individuali, mentre il termine *autonomia* sarà impiegato soprattutto per indicare il principio etico sottostante. Maggiori dettagli riguardo al principio di autonomia, alla sua interpretazione tradizionale e a letture più attuali, nonché alle sue applicazioni pratiche, saranno inoltre discussi nei paragrafi seguenti.

¹⁰ Le medesime forme di limitazione della libertà personale dei pazienti vengono spesso applicate anche nell'ambito di strutture residenziali psichiatriche non ospedaliere, come le Strutture Residenziali Psichiatriche per il trattamento terapeutico riabilitativo di tipo intensivo (SRP1) o le Comunità Terapeutiche Protette (CTRP).





stesso¹¹, viene tradizionalmente giustificato proprio come misura di vigilanza finalizzata a garantire, in primo luogo, la sicurezza dei pazienti stessi, soprattutto di quelli a rischio suicidario¹², nonché, in misura altrettanto rilevante, l'incolumità dei terzi¹³.

Forme di limitazione della libertà di movimento, come la previsione di reparti a “porte chiuse”, appaiono, tuttavia, difficilmente giustificabili alla luce del quadro normativo vigente, soprattutto nel caso di pazienti formalmente capaci, liberi e ricoverati volontariamente, per i quali l'ospedale costituisce domicilio volontario, benché necessario, i quali – pur nel rispetto delle regole igieniche e organizzative della struttura sanitaria – dovrebbero poter godere pienamente di tale libertà¹⁴.

Il presente contributo si propone, pertanto, di approfondire le implicazioni di natura etica e giuridica dell'ancora diffuso divieto di allontanamento dal luogo di cura imposto alle persone con malattia mentale ricoverate volontariamente presso una struttura sanitaria, ove per “allontanamento” si intende sia un'assenza prolungata dal luogo di cura, ad esempio per tornare a casa in occasione di una ricorrenza o per un breve periodo di vacanza, sia l'uscita dal reparto per brevi periodi nell'arco della giornata, ad esempio per recarsi al bar dell'ospedale o per fare una passeggiata nel giardino della struttura.

L'analisi prende avvio dalla tensione tra quanto stabilito dalla normativa vigente – sviluppatasi, come anticipato, sulla base dell'impostazione teorica garantista introdotta dalla riforma Basaglia – e la pratica clinica ancora diffusa in molte strutture sanitarie italiane. In particolare, si intende riflettere sul significato del concetto di autonomia, sulle sue implicazioni nel contesto della malattia mentale, sul suo rapporto con la sicurezza e la cura, nonché sulle criticità legate alla sua effettiva promozione.

L'obiettivo finale del contributo è quello di individuare strumenti interpretativi e operativi che consentano di tutelare e promuovere il rispetto dei diritti fondamentali delle persone con malattia mentale, con particolare riferimento alla facoltà di allontanamento dal luogo di cura.

2. Diritti del paziente: libertà personale e autodeterminazione

Tradizionalmente configurato come presidio volto a garantire la protezione dei cittadini dagli arbitri del potere pubblico, in particolare del potere esecutivo, il diritto alla *libertà personale* è stato, nel corso del tempo, formalmente riconosciuto attraverso l'introduzione di strumenti normativi internazionali e sovranaziali¹⁵, nonché tramite l'adozione di specifiche misure da parte dei singoli Stati.

¹¹ M. VAN DER MERWE et al., *Locked Doors in Acute Inpatient Psychiatry: A Literature Review*, in *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 16, 3, 2009, 293-99.

¹² I. SAKINOFSKY, *Preventing Suicide among Inpatients*, in *Canadian Journal of Psychiatry*, 59, 3, 2014, 131-40.

¹³ L. BOWERS, M. JARRETT, N. CLARK, *Absconding: A Literature Review*, in *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 5, 5, 1998, : 343-53; E. MUIR-COCHRANE, K.A. MOSEL, *Absconding: A Review of the Literature 1996-2008*, in *International Journal of Mental Health Nursing*, 17, 5, 2008, 370-78.

¹⁴ Vale solo la pena ricordare che, al contrario, alcune forme di limitazione trovano giustificazione in caso di individui sottoposti a restrizione della libertà personale (ex art.111 DPR 30 giugno 2000, n. 230, Regolamento recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà), ovvero ricoverati in regime di Trattamento sanitario Obbligatorio (TSO).

¹⁵ Tra questi strumenti, si citano, a mero titolo esemplificativo, trattati internazionali vincolanti, come la Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo (CEDU), firmata a Roma nel 1950, che, in particolare all'art. 5, riconosce il diritto alla libertà e alla sicurezza personale, ammettendone limitazioni solo nei casi tassativamente previsti dalla legge e sempre nel rispetto di precise garanzie, e la Convenzione ONU sui Diritti delle persone con disabilità del 2007, che riconosce il diritto alla libertà e all'uguaglianza delle persone con disabilità, promuovendo il rispetto per la loro





In particolare, lo Stato di diritto – consolidato a partire dal secondo dopoguerra come principio cardine delle democrazie moderne e oggi riconosciuto dall'art.2 del Trattato sull'Unione Europea (TUE)¹⁶ come uno dei valori sui quali si fonda l'Unione¹⁷ – riconosce il diritto di ciascun individuo alla *libertà personale*, inteso come diritto dell'individuo di non subire coercizioni fisiche, restrizioni o privazioni della propria integrità fisica e psichica.

Per quanto riguarda il nostro Paese, alla luce del sistema delle libertà tutelate dalla Costituzione repubblicana, si possono individuare differenti situazioni giuridiche soggettive nelle quali trova manifestazione la *libertà umana*. Se, infatti, da un lato, l'art. 23 Cost., introducendo una specifica riserva di legge in merito all'imposizione di prestazioni personali o patrimoniali, traccia i contorni della *libertà individuale*¹⁸, dall'altro, l'art.13 Cost. tutela esplicitamente la *libertà personale*, definita «inviolabile» e per la quale «non è ammessa forma alcuna di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione [...], se non per atto motivato dell'Autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge»¹⁹.

Proprio l'art. 13 Cost. – facendo riferimento diretto alla detenzione, all'ispezione, alla perquisizione personale e a qualsiasi altra restrizione della libertà personale – introduce, quindi, una nozione di libertà personale intesa, innanzitutto, come libertà da misure coercitive, in piena continuità con la tradizione giuridica dell'*habeas corpus*, secondo la quale l'oggetto del diritto di libertà personale risiede, appunto, nell'essere fisico tradotto nella disponibilità del proprio corpo e nella difesa dall'imposizione di misure coercitive²⁰.

autonomia e vietando ogni forma di discriminazione basata sulla disabilità, inclusa quella psicosociale. Vi sono poi documenti che, sebbene non sempre dotati di potere vincolante diretto, hanno un'indubbia rilevanza nel diritto internazionale consuetudinario, come la Dichiarazione Universale dei Diritti Umani del 1948, che riconosce un ampio ventaglio di diritti e libertà a tutti gli esseri umani «senza distinzione alcuna, per ragioni di razza, di colore, di sesso, di lingua, di religione, di opinione politica o di altro genere, di origine nazionale o sociale, di ricchezza, di nascita o di altra condizione», nella quale il concetto generale di tutela della libertà personale viene richiamato in vari articoli fondamentali, tra cui gli artt. 3, 9 e 13; la Dichiarazione di Helsinki sulla Salute mentale, adottata dalla Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel gennaio 2005, che promuove il rispetto dei diritti umani, la dignità e l'autonomia delle persone con disturbi mentali, incoraggiando la riduzione delle pratiche coercitive e lo sviluppo di servizi di comunità; e, da ultimo, il documento *Mental health, human rights and legislation: guidance and practice*, sviluppato e pubblicato congiuntamente dall'OMS e dall'Alto commissariato delle Nazioni Unite per i diritti umani (*Office of the High Commissioner for Human Rights, OHCHR*) (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373126/9789240080737-eng.pdf?sequence=1> ultima consultazione 31 luglio 2025).

¹⁶ Il TUE trae origine dal Trattato di Maastricht, firmato il 7 febbraio 1992, e ha assunto la sua attuale configurazione a seguito del Trattato di Lisbona, sottoscritto il 13 dicembre 2007 ed entrato in vigore il 1° dicembre 2009, che comprende sia il TUE, sia il Trattato sul Funzionamento dell'Unione Europea (TFUE) (<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=celex%3A12016ME%2FTXT> ultima consultazione 31 luglio 2025).

¹⁷ L'art.2 TUE stabilisce, infatti, che: «L'Unione si fonda sui valori del rispetto della dignità umana, della libertà, della democrazia, dell'uguaglianza, dello Stato di diritto e del rispetto dei diritti umani, compresi i diritti delle persone appartenenti a minoranze. Questi valori sono comuni agli Stati membri in una società caratterizzata dal pluralismo, dalla non discriminazione, dalla tolleranza, dalla giustizia, dalla solidarietà e dalla parità tra donne e uomini.».

¹⁸ L'art.23 Cost. stabilisce infatti che «Nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge».

¹⁹ E. DALY, *La distinzione fra trattamento sanitario obbligatorio e trattamento sanitario coattivo nella recente giurisprudenza della Corte Costituzionale. Luci e Ombre*, in *Giurisprudenza italiana*, 2022, 570ss.

²⁰ Cfr. A. PACE, *Libertà personale*, in *Enciclopedia del diritto*, XXIV, Milano, 1974, 297: l'autore ritiene che possano qualificarsi come misure coercitive della libertà personale «tutte le forme di detenzione, di arresto, di ispezione o di





Alla libertà personale – intesa, dunque, in senso generale, come libertà *da* coercizioni fisiche, restrizioni o privazioni della propria integrità fisica o psichica – è stato, tuttavia, riconosciuto nel nostro Paese rilievo costituzionale anche in ambiti più specifici, come il contesto di cura e assistenza sanitaria. L'art. 32 Cost., infatti, oltre a riconoscere il diritto alla salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, stabilisce (al comma 2°) che «Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge».

Il rapporto tra gli artt. 13 e 32 Cost. è stato a lungo considerato controverso. Sul punto è tuttavia recentemente intervenuta la Corte costituzionale con la sentenza n.22 del 27 gennaio 2022. La Consulta – nell'esaminare una questione di legittimità concernente la riserva di legge e le competenze del Ministro della giustizia in materia di applicazione della misura di sicurezza della REMS (Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza) – ha, infatti, affermato che, nel momento in cui «un dato trattamento sia configurato dalla legge non soltanto come "obbligatorio" – con eventuale previsione di sanzioni a carico di chi non vi si sottoponga spontaneamente –, ma anche come "coattivo" – potendo il suo destinatario essere costretto con la forza a sottoporvisi, sia pure entro il limite segnato dal rispetto della persona umana –, le garanzie dell'art. 32, secondo comma, Cost. devono sommarsi a quelle dell'art. 13 Cost., che tutela in via generale la libertà personale, posta in causa in ogni ipotesi di coercizione che abbia ad oggetto il corpo della persona».

La sentenza citata ha, dunque, innanzitutto, distinto i trattamenti sanitari imposti per legge in trattamenti *obbligatori* e trattamenti *coattivi*. Sarebbero, infatti, obbligatori i trattamenti che comportano un obbligo a sottoporvisi, prevedendo l'applicazione di una sanzione in caso di inottemperanza ma non la somministrazione forzosa dello stesso²¹; rientrerebbero, invece, tra i trattamenti coattivi, quelli per i quali è previsto il ricorso alla coazione fisica del soggetto che non vi presti il consenso.

Affermando però che, nel caso dei trattamenti non solo obbligatori ma anche coattivi, tra i quali il TSO²², le garanzie dell'art. 32, secondo comma, Cost. debbano sommarsi a quelle dell'art. 13 Cost., la sentenza ha anche messo in discussione la teoria cosiddetta "separatista", in base alla quale l'art. 13 Cost. e l'art. 32 Cost. conterrebbero previsioni tra loro indipendenti, la prima riguardante le restrizioni della libertà personale poste a tutela della sicurezza e dell'ordine pubblico, la seconda finalizzata alla tutela della salute anche attraverso l'imposizione di trattamenti sanitari²³, mettendo, al contrario, in luce il loro legame.

Di notevole rilievo è certamente anche, la più recente, sentenza della Corte costituzionale n.76 del 5 maggio 2025, in base alla quale, un provvedimento che – sul presupposto di un'alterazione psichica – determina una temporanea limitazione della libertà di autodeterminarsi nelle scelte di cura e che, soprattutto,

perquisizione, nonché "qualsiasi altra restrizione della libertà personale", quale che sia la finalità concretamente perseguita.

²¹ Tra questi trattamenti rientrerebbero, ad esempio, le vaccinazioni obbligatorie.

²² È la Corte costituzionale stessa, nella già citata Sentenza n.22/2022, a qualificare il TSO per malattia mentale, disciplinato dagli art. 33 e 35 della L. 833/1978, come un trattamento di "carattere coattivo".

²³ In questo senso, cfr. D. VINCENZI AMATO, *Il 2° comma dell'art. 32*, in G. BRANCA (a cura di), *Commentario della Costituzione. Rapporti etico-sociali*, Bologna-Roma, 1976, 169, secondo il quale «fin da una semplice lettura si ha l'impressione che le due norme non abbiano nulla in comune. L'art. 32, 2° comma, parla di trattamenti obbligatori; l'art. 13 parla di sottoposizione a detenzione, ispezione e perquisizione personale; il primo indica un eventuale strumento (l'imposizione del trattamento) per la tutela della salute (tutela cui si riconosce il diritto al comma precedente), il secondo pone garanzie procedurali e sostanziali per eventuali restrizioni alla libertà personale (libertà di cui al comma precedente si afferma l'inviolabilità)».



si accompagna a una coazione fisica, richiede un giudizio assistito da garanzie che l'attuale disciplina legislativa non contempla, quali il diritto all'ascolto da parte del giudice e la previsione di un termine massimo di durata del trattamento. La Corte ha, inoltre, precisato che l'eventuale trattamento di cui agli artt. 33, 34 e 35 della L.833/1978 – ossia, il TSO – dovrebbe essere qualificato come trattamento sanitario coattivo, proprio ai sensi del combinato disposto degli artt. 13 e 32 Cost., in quanto imposto contro la volontà dell'interessato e incidente sulla sua libertà fisica²⁴.

La riconducibilità del TSO alle garanzie congiunte degli artt. 13 e 32 Cost. evidenzia il carattere eccezionale dell'istituto: ogni intervento che incida sulla libertà fisica della persona può essere disposto solo come *extrema ratio* e nel rigoroso rispetto dei criteri di necessità, proporzionalità²⁵ e temporaneità, in coerenza anche con l'art.2 Cost., che tutela l'integrità psicofisica dell'individuo²⁶. È, tuttavia particolarmente interessante notare come, in questo quadro, un ruolo centrale venga assegnato al *consenso*, la cui ricerca deve essere sempre perseguita «fin dove possibile». Come precisato dalla Corte sempre nella sentenza n.76/2025, infatti, la stessa legislazione in materia di TSO (artt. 33, 34 e 35, L.833/1978) impone agli operatori sanitari di attivare ogni modalità idonea a verificare, sollecitare e favorire il consenso del paziente, anche nei casi in cui si prospetti l'adozione di un trattamento coattivo. Questa impostazione, che richiama esplicitamente la dimensione della libertà personale di cui all'art. 13 Cost., ha ricadute rilevanti anche per quanto di interesse in questa sede, ossia nell'ambito dei trattamenti volontari. Se, infatti, persino in caso di TSO, ossia di un trattamento di per sé coattivo, l'acquisizione del consenso dei pazienti deve essere ricercato dai clinici «fin dove possibile», tale requisito deve ritenersi ancor più vincolante per l'avvio e la prosecuzione di trattamenti non coattivi. L'interpretazione del dettato costituzionale formulata dalla Corte in tema di TSO costituisce, pertanto, una traccia normativa fertile per affermare la centralità del consenso libero e informato in ogni contesto di cura e assistenza, compreso il ricovero volontario di persone con malattia mentale.

Una simile lettura emerge anche dal più ampio dibattito dottrinale riguardante il diritto all'autodeterminazione – ora ricondotto al principio personalista sancito dell'art. 2 Cost., ora inteso come proiezione del principio di legalità affermato dall'art. 23 Cost.²⁷ – quale garanzia contro l'imposizione di prestazioni personali non consentite, che trova positiva attuazione nella legislazione più recente proprio in tema di consenso informato.

²⁴ Secondo la Corte incide, infatti, sulla libertà personale ogni misura che comporti una coazione fisica della persona, salvo che la restrizione della libertà di disporre del proprio corpo abbia carattere momentaneo e del tutto trascurabile (sentenze n. 203 del 2024, n. 205, n. 127 e n. 22 del 2022, n. 275 del 2017, n. 222 del 2004, n. 105 del 2001 e n. 419 del 1994). Tra le misure restrittive della libertà personale la Corte ha annoverato anche ogni trattamento medico suscettibile di essere eseguito con la forza nei confronti del paziente, ritenendolo per ciò stesso qualificabile non solo come obbligatorio ai sensi dell'art.32, secondo comma, Cost., ma anche come coattivo ai sensi dell'art. 13 Cost. (sentenze n. 203 e n. 135 del 2024, n. 22 del 2022 e n. 238 del 1996).

²⁵ Il principio di proporzionalità trova fondamento anche nel combinato disposto degli artt. 6, 49 c.3 e 52 della Carta dei diritti UE (nonché dal già citato art. 5 CEDU), e si fonda sui criteri di idoneità, necessità e proporzionalità in senso stretto, consentendo forme di coercizione solo a fronte di misure adeguate all'obiettivo, non eccessive e tollerabili (in base all'art.3 CEDU «Nessuno può essere sottoposto a tortura né a pene o trattamenti inumani o degradanti»).

²⁶ Sul punto, oltre alla già citata Sentenza n. 22 del 2022, concernente le REMS, cfr.: sentenza n. 250 del 2018, relativa alle misure di sicurezza detentive; sentenza n. 179 del 2017, in tema di pena detentiva; sentenza n. 265 del 2010, riferita alle misure cautelari.

²⁷ Cfr. P. BARILE, *I diritti dell'uomo e le libertà fondamentali*, Bologna, 1993, 45; R. BIN, G. PITRUZZELLA, *Diritto costituzionale*, Torino, 2022, 148 ss.





Dopo un lungo periodo di gestazione, durato quasi quarant'anni, la Legge 22 dicembre 2017, n. 219, recante *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*²⁸ che, all'art.1, stabilisce esplicitamente che: «La presente Legge, nel rispetto dei principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e degli articoli 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona» ha infatti definitivamente chiarito che «nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge»²⁹. La volontarietà del trattamento costituisce così la regola generale dell'ordinamento, quale punto di equilibrio tra tutela della salute, salvaguardia della libertà personale e riconoscimento dell'autodeterminazione del paziente. Nel quadro normativo corrente e, in particolare, tenendo presenti i citati riferimenti alla Carta costituzionale e al diritto dell'Unione, la L.219/2017 riconosce, quindi, il diritto all'autodeterminazione come una specifica espressione, e allo stesso tempo un'estensione sostanziale, del più ampio diritto alla libertà personale. Il diritto all'autodeterminazione si concentra, infatti, sulla capacità dell'individuo di esercitare scelte autonome e consapevoli che riguardano la propria vita e integrità personale. In altre parole, mentre la libertà personale ha una portata più generale e negativa – in quanto intesa a proteggere il singolo dall'arbitrio e da forme ingiustificate di coercizione – il diritto all'autodeterminazione ne costituisce una dimensione qualificata e attiva, che implica l'esercizio della facoltà di decidere di se stessi e di autodirezionarsi, anche – e soprattutto – per quanto riguarda le decisioni relative alla propria salute.

Nella L.219/2017, il riconoscimento e la tutela del diritto alla libertà personale e all'autodeterminazione si intrecciano, dunque, con la cosiddetta *dottrina del consenso informato*, le cui origini sono, come noto, da rintracciarsi in un contesto storico relativamente recente. È infatti soprattutto a seguito delle gravissime violazioni dei diritti umani perpetrati in nome del progresso scientifico e della medicina negli anni Trenta e Quaranta del secolo scorso, che, nel secondo dopoguerra, è stata per la prima volta affermata dalla comunità internazionale la necessità di tutelare la libertà personale di tutti gli individui anche di fronte alla scienza medica³⁰. In accordo con la normativa vigente, quindi, riconoscere al paziente il diritto

²⁸ In questo lungo periodo, si è infatti tentato più volte di formalizzare una disciplina del consenso informato (nonché delle sue eventuali proiezioni nell'eventualità di una futura incapacità) attraverso proposte anche molto distanti tra loro, in quanto riflesso di diverse sensibilità e di diversi interessi e orientamenti politici. Pur non potendo ripercorrere interamente il percorso che ha portato all'approvazione della L.219/2017, si citano soltanto il primo progetto di legge sul tema, presentato da Loris Fortuna (PSI) nel 1984 (IX Legislatura), intitolato “Norme sulla tutela della dignità della vita e disciplina della eutanasia passiva” e l'ultimo, ossia il cosiddetto Disegno di Legge Calabò del 2009 (XVI Legislatura), il cui esame iniziò in Senato subito dopo la vicenda Englano ma che, dopo le modifiche della Camera, non fu poi riesaminato dal Senato.

²⁹ *Enfasi nostra.*

³⁰ Il primo documento che ha fornito una regolamentazione degli aspetti fondamentali riguardanti il consenso informato è infatti stato proprio il Codice di Norimberga, ossia il documento redatto al termine del processo promosso dal Tribunale militare statunitense nel corso del quale furono esaminati gli atti relativi alle sperimentazioni condotte dai medici del terzo Reich sui soggetti internati nei campi di concentramento, e con il quale furono riassunti i requisiti indispensabili e i limiti invalicabili per la conduzione di sperimentazioni sugli esseri umani; cfr. M.A. GRODIN, G.J. ANNAS, *Legacies of Nuremberg: Medical Ethics and Human Rights*, in *JAMA*, 276, 20, 1996, 1682-83.

La storia ci insegna, inoltre, che violazioni di questo tipo, avvenute anche dopo la fine della Seconda guerra mondiale (cfr. H.K. BEECHER, *Ethics and Clinical Research*, in *The New England Journal of Medicine*, 274, 24, 1966, 1354-60) sono state commesse soprattutto nei confronti di individui o gruppi particolarmente vulnerabili, tra i quali rientrano anche i pazienti affetti da malattie o condizioni psichiatriche. Tragicamente celebre è, infatti, diventato il cosiddetto *Aktion*



di rifiutare «in tutto o in parte» qualsiasi trattamento sanitario, anche contro il parere del medico e anche quando ciò abbia (o possa avere) delle conseguenze irreversibili sulla propria salute, significa garantire al singolo uno spazio di *autonomia* che non può essere invaso da nessuno, indipendentemente dalle finalità, in quanto costituisce il confine che l'ordinamento giuridico traccia a difesa della libertà e della dignità di ciascun individuo.

Sulla base di questi presupposti, anche la facoltà di decidere se e quando allontanarsi, anche solo temporaneamente, dal luogo di degenza deve intendersi come esercizio attivo del diritto all'autodeterminazione dell'individuo e, sebbene, come anticipato, il pieno godimento di tale diritto possa subire delle limitazioni in caso di pazienti soggetti a restrizioni della libertà personale in quanto detenuti, sottoposti a misura cautelare, misura di sicurezza, ovvero a TSO, in base alla normativa vigente non sembrano trovare giustificazione forme di limitazioni alla libertà personale dei pazienti ricoverati volontariamente, ancorché in ambito psichiatrico. Salvo i casi sopra menzionati, non possono, infatti, essere poste limitazioni alla libertà personale e all'autodeterminazione di individui capaci d'agire³¹ in assenza di un loro valido consenso; analogamente, non possono essere previste arbitrarie limitazioni alla libertà personale di individui incapaci in assenza del valido consenso del loro legale rappresentante, espresso nel loro interesse³².

Ne consegue che, pur nel rispetto delle regole organizzative e igienico-sanitarie della struttura sociosanitaria nella quale si trova, nonché considerando le limitazioni eventualmente imposte dallo stato di malattia, alla persona ricoverata deve essere garantito – *usque ad vitae supremum exitum* – il pieno godimento del diritto alla libertà personale e l'esercizio del diritto di autodeterminarsi, che possono trovare espressione anche nella volontà del paziente di allontanarsi dal luogo di cura.

Come anticipato, tuttavia, nella pratica clinica garantire l'effettivo godimento di tali diritti può risultare problematico: occorre, infatti, avere riguardo alle effettive condizioni di salute del paziente che, seppur tali da non pregiudicare completamente la sua capacità di intendere e volere, possono essere compromesse al punto tale da non consentirgli di apprezzare adeguatamente i rischi legati a un eventuale allontanamento dal luogo di cura. Tale circostanza si può presentare in modo particolarmente evidente nel caso della persona con malattia mentale, per la quale è proprio la patologia sottesa che può, in alcuni casi, renderla acritica rispetto a pericoli e rischi. In questi casi, il medico curante è, quindi, al contempo «tenuto a realizzare tutti gli interventi terapeutici di volta in volta necessari o utili in vista del miglioramento delle condizioni psichiche del paziente, come pure dell'eventuale impedimento di eventi capaci di arrecargli ulteriore pregiudizio»³³.

T4, ossia il programma, avviato sotto responsabilità dei medici nazisti, per la soppressione sistematica degli individui affetti da malattie mentali, le cui vite venivano considerate "indegne di essere vissute"; per un'analisi più approfondita del tema, cfr. R. DE FRANCO, *In nome di Ippocrate. Dall'"olocausto medico nazista all'etica della sperimentazione contemporanea*, Milano, 2001.

³¹ Si ricorda che con capacità d'agire si intende l'attitudine del soggetto a compiere atti giuridici finalizzati ad acquistare o ad esercitare i propri diritti e ad assumere obblighi. Tale capacità, necessaria per prestare un valido consenso ai trattamenti sanitari, si acquista con la maggiore età e si conserva fino alla morte, salvo che essa venga formalmente revocata o ridotta, rispettivamente nei casi di interdizione (ex art. art.414 c.c.) o inabilitazione (ex art. art.415 c.c.).

³² Come illustrato nel prosieguo, ulteriori eccezioni possono intervenire in situazioni per le quali sia configurabile la scriminante dello stato di necessità, prevista dall'art.54 c.p.

³³ G. FIANDACA, *Problemi e limiti della responsabilità professionale dello psichiatra*, in *Foro italiano*, 1988, cit., 109.





In tale contesto, è dunque necessario che il medico curante si interroghi sulle implicazioni di natura etica e giuridica derivanti tanto dalla limitazione, quanto dall'autorizzazione all'allontanamento dal luogo di cura, nonché sulle possibili strategie da adottare per garantire, allo stesso tempo, il rispetto della libertà personale del paziente e la sicurezza dello stesso e dei terzi.

3. Doveri del medico: la posizione di garanzia

Come già sottolineato, l'introduzione della L.180/78 ha profondamente modificato, tanto dal punto di vista clinico, quanto da quello etico e giuridico, il modello terapeutico adottato nei confronti delle persone con malattia mentale, riconoscendo loro – almeno formalmente – i diritti e la dignità precedentemente negati dal sistema manicomiale.

All'adozione della Legge Basaglia è però conseguita anche un'indiscutibile difficoltà della dottrina e della giurisprudenza nel tracciare con chiarezza gli argini della *posizione di garanzia* ricoperta – ex art. 40, comma 2, del codice penale³⁴ – dal medico curante, in particolare con riferimento agli eventuali eventi auto o eterolesivi posti in essere dalle persone con malattia mentale durante il periodo di degenza.

In base all'impostazione prevalente, sul medico curante – in questo caso, lo specialista in psichiatria – graverebbero contemporaneamente un *obbligo di cura* e un *obbligo di custodia* del paziente, ove l'obbligo di custodia non implicherebbe necessariamente una relazione di natura giuridica formale tra il medico e l'assistito, in quanto suscettibile di formarsi sulla base di una spontanea assunzione del soggetto attivo (il medico), ovvero dell'esistenza di una mera situazione di fatto, mentre, al contrario, l'obbligo di cura vedrebbe come unica origine una fonte giuridica formale³⁵.

Il medico curante, proprio in quanto titolare di una posizione di garanzia, potrebbe dunque essere ritenuto giuridicamente responsabile per non aver impedito il verificarsi di un evento lesivo ex art.40 cpv c.p., laddove l'evento derivasse da una mancata o inadeguata sorveglianza del paziente.

Sebbene la posizione di garanzia rivestita dal medico imponga a quest'ultimo un obbligo di sorveglianza e di intervento finalizzati a prevenire eventi dannosi posti in essere dai propri assistiti, tale obbligo non può tuttavia configurarsi come una forma di responsabilità di natura oggettiva. Secondo il consolidato orientamento della Suprema Corte di Cassazione, infatti, pur essendo il medico – e, in particolare, lo psichiatra – titolare di una posizione di garanzia che comporta un dovere di controllo e di protezione nei confronti del paziente, volti a prevenire tanto la commissione di atti lesivi ai danni di terzi quanto comportamenti autolesivi³⁶, l'omissione può assumere rilievo giuridico solo nei casi in cui il medico non abbia adottato le misure necessarie a prevenire un evento che, alla luce delle circostanze concrete, fosse prevedibile. Allo stesso modo, non può configurarsi alcuna responsabilità in capo al medico qualora l'evento non fosse, secondo un giudizio ex ante, ragionevolmente prevedibile.

A fini chiarificatori, è opportuno ricordare che la responsabilità dello psichiatra va valutata alla luce del principio del cosiddetto "rischio consentito"³⁷, ossia di quel margine di rischio insito in determinate attività lecite, la cui esposizione non comporta l'attribuzione di responsabilità, sempre che l'azione si svolga in

³⁴ In base al quale «Non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo».

³⁵ Cass. Pen., Sez. V, Sent. del 09/06/2022 n. 22588.

³⁶ Cass. Pen., Sez. IV, del 18/05/2017 n. 43476 (Rv. 270884).

³⁷ Cass. Pen., Sez. IV, Sent. del 22/11/2011 n. 4391 (Rv. 251941).



conformità agli obblighi di diligenza, prudenza e perizia previsti dalla professione. In questo senso, il rischio connesso alla gestione della persona affetta da malattia mentale, pur se elevato, è ritenuto inevitabile e, perciò, giuridicamente accettato e “consentito”³⁸ dall’ordinamento, dalla comunità scientifica e, più in generale, dalla società.

È inoltre importante sottolineare che, in ambito psichiatrico, l’imprevedibilità che può caratterizzare le azioni dei pazienti, rende, non solo le circostanze, ma anche il paziente stesso «fonte di pericolo» rispetto alla quale grava sul curante un obbligo di controllo e di neutralizzazione degli effetti lesivi³⁹. La posizione di garanzia rivestita dal medico in quest’ambito e, di conseguenza, anche l’obbligo di custodia descritto, vige, dunque, nei confronti di tutti i pazienti, indipendentemente dalla tipologia del ricovero, coatto o volontario.

Se, tuttavia, in caso di ricovero coatto – a seguito di TSO o di altri provvedimenti dell’Autorità giudiziaria – il controllo esercitato dal medico e le restrizioni imposte all’esercizio della libertà personale trovano giustificazione nel quadro normativo vigente, la situazione si fa più complessa in caso di ricovero volontario. In tale circostanza, infatti, la sorveglianza e la custodia della persona con malattia mentale, pur finalizzata a prevenire comportamenti autolesivi o eterolesivi, può entrare in conflitto con il diritto all’autodeterminazione, la libertà personale e la dignità della stessa⁴⁰ che, in assenza di provvedimenti specifici, non dovrebbero subire alcun tipo di limitazione. Come accennato, nel già complesso scenario delineato, assume inoltre un ruolo non trascurabile anche l’interesse dei terzi⁴¹ a non subire danni derivanti dalle condotte del paziente⁴², interesse che si intreccia con quello, altrettanto fondamentale, alla tutela della salute del paziente stesso⁴³.

Riassumendo, il medico curante è tenuto a garantire la sicurezza del paziente, adottando misure preventive appropriate. Da un punto di vista pratico, per assolvere a tale dovere, egli deve, quindi, adottare tutte le misure necessarie a eliminare o, quantomeno, ridurre in modo significativo il *rischio prevedibile* di danno al paziente e/o ai terzi, senza tuttavia trascurare il rispetto della dignità e dell’autonomia personale del paziente stesso. È evidente che tale responsabilità implica un’attenta valutazione delle condizioni di

³⁸ Cass. Pen., Sez. IV, Sent. del 21/09/2017 n. 43476.

³⁹ Cass. pen., Sez. IV, 18/05/2017, n. 43476 secondo cui: «In tema di responsabilità medica, l’obbligo giuridico che grava sullo psichiatra è qualificabile al contempo come obbligo di controllo, *equiparando il paziente ad una fonte di pericolo*, rispetto alla quale il garante ha il dovere di neutralizzarne gli effetti lesivi verso terzi, e di protezione del paziente medesimo, soggetto debole, da comportamenti pregiudizievoli per se stesso. Il contenuto della posizione di garanzia assunta dallo psichiatra deve essere, quindi, configurato tenendosi nel dovuto conto la contemporanea presenza di vincoli protettivi e pretese di controllo, unitamente alla particolare complessità della situazione rischiosa da governare. L’esigenza di contrastare e frenare un determinato rischio per il paziente, o realizzato dal paziente verso terzi, dunque, individua e circoscrive, sul versante della responsabilità colposa, le regole cautelari del medico: in tali casi, il giudice deve verificare, con valutazione “ex ante”, l’adeguatezza delle pratiche terapeutiche poste in essere dal sanitario a governare il rischio specifico, pure a fronte di un esito infausto delle stesse» (enfasi nostra).

⁴⁰ Cass. Pen., Sez. V, Sent. del 17/12/2019 n. 50944.

⁴¹ F. CINGARI, *Presupposti e limiti della responsabilità penale dello psichiatra per gli atti etero-aggressivi del paziente*, in *Rivista italiana di diritto e procedura penale*, 2009, 441.

⁴² A questo proposito, si segnala l’orientamento giurisprudenziale secondo cui è integrato il concorso colposo dello psichiatra nel delitto doloso commesso dal paziente secondo lo schema giuridico dell’omesso impedimento del fatto illecito altrui (Cass. Pen., Sez. IV, del 14/11/2007, n. 10795; Cass. Pen., Sez. IV, del 27/11/2008, n. 48292).

⁴³ Cass. Pen., Sez. V, Sent. del 23/02/2005, n. 15245 (Rv. 232158).





salute del paziente e delle potenziali conseguenze di un suo allontanamento dal luogo di cura, pur nella consapevolezza che l'attività medica comporta inevitabilmente un margine di rischio.

Occorre, a questo punto, comprendere se e a quali condizioni possano essere accettati i *rischi* derivanti da un – legittimo – allontanamento dal luogo di cura della persona con malattia mentale ricoverata volontariamente e quali cautele possano essere legittimamente adottate dai curanti per impedire il verificarsi di eventi lesivi ai danni dei terzi o della persona stessa. Se, infatti, da un lato, non è ragionevole accettare «liberalismi sproporzionati e intempestivi»⁴⁴, d'altro, non è possibile neppure ritenere che il dovere di custodia gravante sui curanti si sostanzi in qualsivoglia prescrizione cautelativa. La scelta del sanitario rispetto all'opportunità e alle modalità dell'allontanamento deve, pertanto, basarsi su una molteplicità di considerazioni, tutte adeguatamente formulate in relazione al singolo caso e al singolo paziente.

4. Indipendenza e competenza vs autonomia relazionale

Il problema dell'allontanamento dal luogo di cura delle persone affette da malattie mentali, soprattutto quando ricoverate volontariamente, è stato finora descritto in termini di tensione tra due aspetti ritenuti parimenti meritevoli di tutela: da un lato, il rispetto della libertà personale del paziente, in base al quale, a quest'ultimo dovrebbe essere riconosciuta la più ampia facoltà di movimento e, quindi, anche la possibilità di allontanarsi liberamente dal luogo di degenza; dall'altro, la salvaguardia della salute e della sicurezza, del paziente stesso e dei terzi, che potrebbero essere compromesse dall'esposizione ai rischi legati all'allontanamento e che, quindi, legittimerebbe l'adozione di misure di sostanziale limitazione della libertà di spostamento. Tale tensione si traduce in una serie di domande estremamente rilevanti dal punto di vista della pratica clinico-assistenziale, tra le quali figurano le seguenti: dovremmo sempre rispettare il diritto dei pazienti di allontanarsi dal luogo di cura, anche se da ciò potrebbe derivare un evento dannoso? Possono essere considerate legittime forme di limitazione della libertà personale, tra le quali di divieto (totale o parziale) di allontanamento, finalizzate a proteggere i pazienti e/o i terzi? Quando e in che modo tali misure possono dirsi legittimamente applicate? Chi deve essere ritenuto responsabile delle decisioni che riguardano l'introduzione, il mantenimento o la sospensione di tali misure e delle conseguenze legate a tali decisioni?

Sebbene la questione sia frequentemente presentata e discussa in questi termini, il problema può, tuttavia, essere posto in modo diverso. È infatti possibile chiedersi: come possiamo rispettare e promuovere l'autonomia delle persone con malattie mentali in modo tale da contribuire, contemporaneamente, anche alla loro sicurezza e quella degli altri?

In altre parole, invece di assumere come presupposto l'esistenza di una conflittualità tra libertà personale da un lato, e sicurezza dall'altro, è possibile esplorare strategie e approcci terapeutici che integrano questi due valori, riconoscendo che il sostegno all'autonomia può rappresentare, se adeguatamente strutturato e accompagnato, una via efficace per rafforzare la sicurezza complessiva del percorso di cura.

Prima di illustrare tali strategie e approcci, è tuttavia necessario fare un passo indietro, partendo proprio dal concetto di *autonomia*.

⁴⁴ R. FRESA, *La colpa professionale in ambito sanitario*, Torino, 2008, 473.



Come già accennato, in ambito sanitario, l'autonomia viene tradizionalmente definita come la capacità di una persona di prendere decisioni relative alla propria salute sulla base dei propri valori, delle proprie esperienze e preferenze, e del proprio giudizio. Affinché una decisione possa dirsi autenticamente autonoma, dovrebbero, in particolare, essere presenti due elementi fondamentali: da un lato, l'*indipendenza*, ossia la libertà da forme di minaccia, violenza o interferenza che possano indebitamente condizionare il processo decisionale; dall'altro, la *competenza*, ossia l'abilità di comprendere le informazioni e le opzioni disponibili, valutare le conseguenze delle diverse scelte e formulare un giudizio coerente con i propri obiettivi.

Nella vita reale, tuttavia, l'autonomia non si configura sempre come un attributo assoluto, da intendersi in termini binari o oppositivi, di presenza o assenza o di "bianco o nero", ma piuttosto come una dimensione eterogenea, continua, fatta di gradazioni e complessità, di "sfumature di grigio"⁴⁵. Questa gradualità risulta particolarmente evidente nelle persone con malattia mentale, le quali possono mostrare livelli di competenza e indipendenza molto variabili in relazione al tipo di patologia, alla terapia seguita o al semplice trascorrere del tempo^{46,47}.

Sulla base di questi presupposti, invece di tentare di stabilire in modo inequivocabile se un paziente può essere considerato un agente autonomo oppure no sulla base del possesso di alcune caratteristiche, può risultare più utile *promuovere la sua autonomia residua attraverso un approccio di tipo relazionale*⁴⁸. Ciò significa sostenere la capacità del paziente di prendere decisioni nella misura in cui è in grado di farlo; in altre parole, affinché l'autonomia delle persone con malattia mentale possa essere realmente rispettata e promossa, deve essere abbandonato il concetto di autonomia intesa in senso individualistico a favore della definizione, elaborata inizialmente nell'ambito della bioetica femminista e ormai ampiamente discussa in letteratura, di *autonomia relazionale*⁴⁹. In particolare, con l'espressione autonomia relazionale si fa riferimento a un concetto etico che richiama una varietà di prospettive e che per questo motivo apre

⁴⁵ Nel caso delle persone con malattia mentale, infatti, la sussistenza dei requisiti dell'indipendenza e della competenza viene spesso messa in discussione, contribuendo, di conseguenza, a sollevare dubbi sulla loro capacità di autodeterminarsi, nonché rafforzandolo stigma sociale che li affligge; sul punto, cfr: J. BERGAMIN et al., *Defining Autonomy in Psychiatry*, in *Frontiers in Psychiatry*, 13, 2022.

⁴⁶ A. GOSSELIN, *Autonomy and Mental Health Care: Enabling The Pursuit of A Life Of Meaning*, in *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 34, 2-3, 2024, 283-310. Un altro aspetto da tenere in considerazione è la variabilità degli strumenti utilizzati per valutare l'autonomia delle persone con malattia mentale: cfr. S. MARCÓ-GARCÍA et al., *Decision Making Capacity for Treatment in Psychiatric Inpatients: A Systematic Review and Meta-Analysis*, in *Psychological Medicine*, 54, 6, 1074-1083.

⁴⁷ Benché non sia possibile approfondire la questione in questa sede, in realtà, considerazioni analoghe possono essere fatte anche con riferimento ad altri tipi di patologia, come, ad esempio, le demenze. Sul punto cfr.: W. CHIONG et al., *Ethical Considerations in Dementia Diagnosis and Care: AAN Position Statement in Neurology*, 97, 2, 2021, 80-89; J. SERBSER-KOAL, J. DREYER, M. ROES, *Autonomy and Its Relevance for the Construction of Personhood*, in *Dementia Thematic Synthesis*, in *BMC Geriatrics*, 24, 1, 2024

⁴⁸ E.S. DOVE et al., *Beyond Individualism: Is There a Place for Relational Autonomy in Clinical Practice and Research?* in *Clinical Ethics*, 12, 3, 2017, 150-65; P. BUEDO, T. DALY, *Strengthening Autonomy in Mental Health Care through a Relational Approach*, in *Nature. Mental Health*, 2, 11, 2024, 1271.

⁴⁹ C. MACKENZIE, N. STOLJAR, eds., *Relational Autonomy: Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self, Relational Autonomy*, New York, 2000.





la possibilità di un dialogo franco tra approcci diversi⁵⁰; in sintesi, autonomia relazionale significa riconoscere che il paziente deve essere messo al centro, ma allo stesso tempo che il suo miglior interesse deve essere promosso attivamente attraverso un dialogo rispettoso in cui, oltre al paziente stesso, sono coinvolti altri attori⁵¹. In questo senso, oltre agli operatori sanitari e sociali, chiamati a contribuire con le loro competenze ed esperienze, viene riconosciuto e valorizzato il ruolo attivo che le persone che circondano il paziente, ossia i parenti, gli amici, i caregiver, hanno nel processo decisionale in virtù dei bisogni, delle preferenze e dei valori di cui sono portatori nell'ambito della relazione che intrattengono con il paziente⁵². Se, quindi, partendo da un'interpretazione strettamente individualista del principio di autonomia, quando i familiari o gli operatori sanitari cercano di adottare misure che entrano in contrasto con i desideri del paziente le loro azioni vengono inevitabilmente interpretate come una forma indebita di paternalismo, pressione, coercizione o manipolazione, in base al concetto di autonomia relazionale, la loro influenza non viene interpretata necessariamente come un ostacolo per l'autonomia del paziente ma può, anzi, essere considerata un mezzo per rafforzarla. Le relazioni possono, infatti, contribuire allo sviluppo e/o al mantenimento della capacità decisionale del paziente, presentando nuove possibilità, fornendo sostegno emotivo, rimuovendo le barriere sociali o colmando le lacune tra il paziente e l'ambiente esterno⁵³. Ciò può, naturalmente, risultare particolarmente utile in caso di malattia mentale, ove, come si è visto, non solo applicare una definizione di autonomia in senso individualistico risulta riduttivo e, in certi casi, può portare a forme di discriminazione, ma anche perché il coinvolgimento attivo delle persone che circondano il paziente, con le quali intesse delle relazioni significative, può contribuire alla riduzione o, come vedremo a breve, alla riconcettualizzazione stessa del rischio derivante dall'eventuale allontanamento dal luogo di cura.

Implementare l'autonomia relazionale nel contesto clinico non è, tuttavia, semplice. La mancanza di tempo, unita alla scarsità di risorse umane e materiali, può influire negativamente sulla capacità degli operatori sanitari e, in particolare, del medico curante, di promuovere questa forma di autonomia. È, quindi, necessario, implementare strategie e procedure finalizzate a tale scopo, nonché introdurre figure di supporto per promuovere efficacemente l'autonomia relazionale nel miglior interesse del paziente.

5. Strategie operative per l'assunzione di *rischi positivi*

Negli ultimi quindici anni, in ambito internazionale sono stati avviati numerosi progetti di ricerca finalizzati a individuare, implementare e valutare strategie alternative ai divieti di allontanamento dai luoghi di cura – nonché di altre forme di limitazione della libertà personale – delle persone con malattia mentale ricoverate in reparti situati all'interno di ospedali generali, ovvero in strutture residenziali dedicate. In particolare, risultano ormai numerose le esperienze documentate dei cosiddetti “reparti a porte aperte” (*open-door policy wards*), ossia di luoghi di degenza dai quali le persone con malattia mentale – qualora

⁵⁰ Per una ricostruzione del percorso che ha portato alla reinterpretazione e riconcettualizzazione del principio di autonomia, cfr. B. JENNINGS, *Reconceptualizing Autonomy: A Relational Turn in Bioethics*, in *Hastings Center Report*, 46, 3 2016, 11-16.

⁵¹ E.S. DOVE et al., *op. cit.*

⁵² A. HO, *Relational Autonomy or Undue Pressure? Family's Role in Medical Decision-Making*, in *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22, 1, 2008, 128-35.

⁵³ A. HO, *op. cit.*





ricoverate volontariamente – possono entrare e uscire liberamente, ancorché nel rispetto di procedure definite.

I risultati di tali studi hanno dimostrato che, rispetto al mantenimento delle procedure tradizionali che prevedono un sistema a porte chiuse (permanente o controllato dal personale sanitario), l'implementazione di reparti a porte aperte non ha aumentato i rischi di fuga (con o senza ritorno), né quelli di episodi di violenza sul personale, di suicidio o di tentato suicidio. Al contrario, la pratica risulta generalmente associata a una maggiore soddisfazione dei pazienti e del personale sanitario, e a una minore necessità di contenimento e di pratiche restrittive⁵⁴.

Gli studi citati segnalano, tuttavia, anche un altro aspetto importante. Nonostante i vantaggi osservati, la complessità che caratterizza le malattie mentali e i contesti nei quali vengono trattate, rende difficile adottare regole uniformi e valide per tutti i pazienti in merito all'opportunità e alle modalità di allontanamento. Pur nella necessità di adottare standard condivisi e procedure dettagliate, risulta quindi imprescindibile una valutazione approfondita e individualizzata di ciascun caso. Tale valutazione si colloca all'interno di un più ampio processo di analisi della condizione clinica, personale e relazionale della persona con malattia mentale, finalizzato a individuare il percorso terapeutico più adeguato, in grado di favorire il miglior esito possibile e promuovere il recupero e la piena inclusione nella vita comunitaria della persona. È inoltre importante sottolineare che la possibilità di allontanamento dal luogo di cura non dovrebbe mai essere intesa come un privilegio che il medico curante concede al paziente come forma di ricompensa. Al contrario, proprio perché si tratta di un diritto che non può essere negato *a priori*, soprattutto ai pazienti ricoverati volontariamente, tale possibilità dovrebbe essere inclusa tra gli aspetti oggetto di valutazione nella costruzione del *piano terapeutico personalizzato*. Essa andrebbe, inoltre, discussa in modo esplicito con il paziente e – qualora quest'ultimo acconsenta – con i suoi familiari e/o caregiver.

Quando considerata all'interno di un percorso terapeutico di questo tipo, la possibilità di allontanarsi dal luogo di cura diventa uno strumento fondamentale per sostenere l'autonomia della persona con malattia mentale, intesa anche come capacità di mantenere legami e assumere decisioni significative con il supporto di altri. Essa va dunque intesa come parte integrante di un approccio orientato al recupero, che può includere anche l'assunzione consapevole di *rischi* potenzialmente generativi di benessere e inclusione sociale.

Questo approccio, noto in letteratura come *positive risk-taking* o *therapeutic risk-taking*, consiste, appunto, nel valutare e assumere rischi ragionevoli nell'ambito del percorso di cura, spostando il focus

⁵⁴ H. NIJMAN et al., *Door Locking and Exit Security Measures on Acute Psychiatric Admission Wards*, in *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 7, 2011, 614-21; C.G. HUBER et al., *Suicide Risk and Absconding in Psychiatric Hospitals with and without Open Door Policies: A 15 Year, Observational Study*, in *The Lancet Psychiatry*, 3, 9, 2016, 842-49; A.R. SCHNEEBERGER et al., *Aggression and Violence in Psychiatric Hospitals with and without Open Door Policies: A 15-Year Naturalistic Observational Study*, in *Journal of Psychiatric Research*, 95, 2017, 189-95; E. MISSOURIDOU et al., *Nurses' Experiences of Psychiatric Care in Acute Care Units with an Open Door Policy*, in *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 1337, 2021, 127-35; N.S. GILL et al., *Opening the Doors: Critically Examining the Locked Wards Policy for Public Mental Health Inpatient Units in Queensland Australia*, in *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 55, 9, 2021, 844-48; A.M. RUSTAD INDREGARD et al., *Open-Door Policy versus Treatment-as-Usual in Urban Psychiatric Inpatient Wards: A Pragmatic, Randomised Controlled, Non-Inferiority Trial in Norway*, in *The Lancet. Psychiatry*, 11, 5, 2024, 330-38.





dell'intervento da ciò che le persone con malattia mentale non possono fare, in quanto potenzialmente rischioso, a ciò che possono ottenere attraverso l'assunzione consapevole di tali rischi⁵⁵.

La responsabilizzazione delle persone con malattia mentale, soprattutto rispetto a decisioni che le riguardano direttamente, che può avvenire proprio attraverso l'adozione dell'approccio descritto, rappresenta un elemento centrale della pratica clinica incentrata sulla persona⁵⁶, e assume un'importanza cruciale nell'ambito dell'assistenza sanitaria perché consente di mantenere una forma di controllo sulla propria vita anche in situazioni in cui la malattia, il distacco dal proprio ambiente e la limitatezza delle interazioni sociali possono accrescere la frustrazione e le sensazioni isolamento e solitudine⁵⁷.

In questo contesto, anche l'allontanamento dal luogo di cura può essere visto come una pratica positiva, in quanto offre alle persone l'opportunità di esercitare la propria autonomia anche durante la degenza, mantenendo legami e occupandosi di questioni che ritengono importanti.

È però indispensabile sottolineare che un percorso di cura e assistenza che preveda l'assunzione di rischi positivi deve essere strutturato come un insieme integrato di attività cliniche, assistenziali e organizzative, sostenute da un solido contesto relazionale.

Come già ricordato, infatti, anche le persone ricoverate volontariamente possono presentare una significativa compromissione delle loro capacità e possono, di conseguenza, correre gravi rischi (ad esempio di suicidio, lesioni, abuso di sostanze o sfruttamento), nonché rappresentare un pericolo per sé e per gli altri. I potenziali rischi – insieme alle condizioni cliniche della persona – dovrebbero pertanto essere valutati con attenzione fin dalle prime fasi del ricovero e riesaminati immediatamente prima di ogni allontanamento⁵⁸.

Fino a quando il medico curante non abbia tracciato un quadro chiaro della condizione del paziente e non abbia concluso una valutazione del livello di rischio associato all'allontanamento, potrebbe, quindi, essere ragionevole chiedere al paziente di non lasciare il luogo di cura⁵⁹. Qualora, tuttavia, il paziente non acconsenta a ottemperare a tale richiesta, il medico può impedirne l'allontanamento solo se sussiste uno *stato di necessità* (ex art.54 c.p.) e, in particolare, quando nutra timori concreti e attuali in relazione alla sicurezza del paziente stesso o di terzi.

Considerata la delicatezza della questione, risulta evidente come, sia nella fase di valutazione, sia nella discussione sulle possibilità e modalità di allontanamento, il coinvolgimento delle persone vicine al

⁵⁵ A. FELTON, N. WRIGHT, G. STACEY, *Therapeutic Risk-Taking: A Justifiable Choice*, in *BJPsych Advances*, 23, 2, 2017, 81-88.

⁵⁶ A. FELTON, N. WRIGHT, G. STACEY, *op. cit.*

⁵⁷ B.M. LINDGREN et al., *Patients' Experiences of Isolation in Psychiatric Inpatient Care: Insights from a Meta-Ethnographic Study*, in *International Journal of Mental Health Nursing*, 28, 1, 2019, 7-21.

⁵⁸ Considerata la variabilità che può caratterizzare il decorso di alcune malattie mentali, potrebbe, infatti, non essere prudente autorizzare l'allontanamento solo sulla base di valutazioni effettuate all'atto del ricovero, senza un aggiornamento relativo alle condizioni attuali del paziente. Naturalmente, la rivalutazione è particolarmente indicata in caso venga programmato un allontanamento prolungato e/o che preveda l'uscita del paziente non solo dal reparto di degenza, ma dalla struttura. Per allontanamenti di breve durata e che non prevedano l'uscita dalla struttura – ad esempio per recarsi al bar o nei giardini dell'ospedale – la rivalutazione dovrebbe, comunque, avvenire periodicamente, ovvero a seguito di mancato rispetto delle tempistiche o delle modalità concordate per gli allontanamenti.

⁵⁹ Naturalmente, le ragioni addotte a supporto della richiesta di non allontanarsi dal luogo di cura devono essere comunicate al paziente (che, almeno formalmente, resta titolare del diritto di autodeterminarsi e, quindi, della facoltà di abbandonare la struttura) e a chi lo assiste, nonché annotate in cartella clinica.



paziente – come familiari e caregiver – assuma un ruolo determinante. Oltre a offrire un supporto diretto alla persona con malattia mentale, tali figure possono, infatti, fornire informazioni preziose al medico curante e contribuire all’individuazione di strategie condivise, finalizzate a garantire la sicurezza del paziente anche in occasione dell’allontanamento, nel rispetto della sua autonomia.

Una volta completata la valutazione del rischio, il medico curante dovrebbe incoraggiare il paziente a elaborare insieme agli operatori sanitari e sociali, nonché – qualora lo desideri – ai suoi familiari e/o caregiver, un *piano di allontanamento* che specifichi, nel modo più preciso possibile, tempi, modalità e motivazioni degli spostamenti, sia di lunga che di breve durata. Sia il piano di allontanamento, sia i nominativi e i recapiti delle persone che si rendano eventualmente disponibili ad accogliere o accompagnare la persona durante l’allontanamento (ad es. familiari, amici, caregiver o volontari), dovrebbero essere annotati nella cartella clinica del paziente. È, tuttavia, importante sottolineare che i familiari, o le altre persone che abbiano manifestato la propria disponibilità all’accompagnamento, pur potendo rivestire un ruolo di supporto significativo, non possono essere considerati automaticamente titolari dell’obbligo di sorveglianza e/o tutela del paziente, che resta in capo al medico curante.

L’individuazione degli eventuali accompagnatori è un aspetto cruciale. Oltre alla disponibilità occorre, infatti, valutare l’adeguatezza di tali soggetti, sia sotto il profilo dell’affidabilità generale (ad esempio, rispetto all’astensione da droghe o alcol o da altri comportamenti a rischio), sia con riferimento alla natura del rapporto che intrattengono con il paziente. È, inoltre, necessario che il paziente autorizzi il medico curante a fornire alle persone ritenute idonee informazioni riguardanti le sue condizioni di salute, in particolare quelle relative al livello di rischio associato all’allontanamento, in modo che queste possano decidere consapevolmente se rendersi disponibile. Gli accompagnatori dovrebbero, infine, ricevere indicazioni su come prevenire o gestire situazioni potenzialmente rischiose.

Nel caso in cui il medico curante valuti il rischio di allontanamento come eccessivo in relazione alle condizioni attuali del paziente – ad esempio, a causa di un grave deterioramento della sua salute mentale o fisica, ovvero di esperienze precedenti nel corso delle quali il paziente abbia posto in essere comportamenti lesivi o dannosi per se stesso o per altri –, la decisione andrebbe comunicata con delicatezza, al momento opportuno e in un contesto adeguato, in modo da minimizzare la possibile insorgenza di stati di angoscia o di aggressività. Qualora l’allontanamento non sia considerato appropriato, si dovrebbero inoltre escogitare strategie alternative per rispondere alle esigenze espresse dal paziente.

Una volta rientrato nel luogo di cura, il medico curante dovrebbe chiedere al paziente – e, se del caso, agli eventuali accompagnatori – com’è andato il periodo di allontanamento, soprattutto qualora questo abbia avuto una durata considerevole o fosse legato a eventi particolarmente significativi. Eventuali criticità legate all’allontanamento (o al rientro) dovrebbero essere identificate, discusse e documentate in cartella clinica.

Qualora un paziente non rientri all’orario concordato, o non rispetti altre condizioni previste nel piano di allontanamento (ad esempio, non si presenti nel luogo in cui avrebbe dovuto recarsi) senza avvisare né fornire giustificazioni, il medico curante dovrebbe essere informato e dovrebbero essere tempestivamente avviate tutte le procedure necessarie a mettersi in contatto con il paziente o con gli eventuali accompagnatori. Qualora il contatto non potesse essere stabilito entro un tempo ragionevole, il medico dovrebbe valutare l’opportunità di allertare le forze dell’ordine.





È importante considerare che le persone con malattia mentale possono allontanarsi in modo non autorizzato o venire meno agli accordi presi in risposta a livelli elevati e persistenti di disagio, legati a molteplici fattori, tra cui: astinenza da alcol o droghe, percezione di un trattamento inadeguato, difficoltà economiche, assenza di attività significative nel luogo di cura o conflitti con altri pazienti⁶⁰.

Anche in caso di trasgressione, una volta che il paziente abbia fatto ritorno nel luogo di cura, il medico curante dovrebbe cercare di individuare le ragioni di tale comportamento e i fattori che, dal punto di vista del paziente, possono averlo scatenato. Per fare ciò, è ancora una volta indispensabile discutere la questione e confrontarsi con il paziente stesso e – qualora lo stesso acconsenta, ma dietro chiara sollecitazione del curante – con gli eventuali accompagnatori, i familiari e i caregiver.

6. Il ruolo della Consulenza di Etica Clinica

Come già sottolineato, nella cura della persona con malattia mentale e, per quanto di interesse in questa sede, in relazione alla possibilità di allontanamento dal luogo di degenza del paziente ricoverato volontariamente, il medico curante svolge un ruolo centrale, non solo in quanto responsabile dell'assistenza e della custodia del paziente, ma anche, in una prospettiva più ampia, in quanto per primo chiamato a sostenerne l'autonomia, in particolare nella sua dimensione relazionale. Promuovere l'autonomia non significa, infatti, semplicemente garantire la libertà di scelta del singolo, ma anche creare le condizioni affinché le scelte relative al percorso di cura possano prendere forma nell'ambito del contesto relazionale nel quale la persona è inserita, in modo da rendere il processo decisionale più consapevole e progressivamente responsabile. A tal fine, il medico deve pertanto individuare i rischi legati all'allontanamento e bilanciarne il potenziale terapeutico con la possibilità di danno per il paziente stesso e/o i terzi, considerando la questione in termini di *positive risk-taking*.

Sebbene la valutazione del rischio e la definizione del piano terapeutico (che può comprendere anche un piano di allontanamento) rientrino tra le responsabilità del medico curante, e le strategie suggerite nel paragrafo precedente possono essere di aiuto nella definizione di procedure finalizzate alla realizzazione degli obiettivi descritti, nella pratica clinica può essere difficile per gli operati sanitari affrontare le situazioni più complesse, soprattutto in presenza di divergenze tra i soggetti coinvolti, forti incertezze cliniche o ostacoli organizzativi come carenze di tempo, risorse o strumenti di supporto.

In questo contesto, potrebbe quindi risultare utile un ricorso più sistematico alla *consulenza di etica clinica* (*Clinical Ethics Consultation* – CEC), ossia a quello strumento – nato e sviluppatisi inizialmente negli Stati Uniti e progressivamente introdotto anche in Europa⁶¹ – volto a supportare il processo decisionale in

⁶⁰ L. BOWERS, M. JARRETT, N. CLARK, *Absconding: A Literature Review*, in *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 5, 5, 1998, 343-53; L. BOWERS et al., *Determinants of Absconding by Patients on Acute Psychiatric Wards*, in *Journal of Advanced Nursing*, 32, 3, 2000, 644-49; G.L. DICKENS, J. CAMPBELL, *Absconding of Patients from an Independent UK Psychiatric Hospital: A 3-Year Retrospective Analysis of Events and Characteristics of Absconders*, in *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 6, 2001, 543-50.

⁶¹ E. Fox et al., *Ethics Consultation in U.S. Hospitals: A National Follow-Up Study*, in *American Journal of Bioethics*, 22, 4, 2022, 5-18; M. SCHOCHOW, D. SCHNELL, F. STEGER, *Implementation of Clinical Ethics Consultation in German Hospitals*, in *Science and Engineering Ethics*, 25, 4, 2019, 985-91; N. GAUCHER, J. LANTOS, A. PAYOT, *How Do National Guidelines Frame Clinical Ethics Practice? A Comparative Analysis of Guidelines from the US, the UK, Canada and France*, in *Social Science & Medicine*, 85, 2013, 74-78.



presenza di incertezze e/o criticità (anche) di natura etica, attraverso il confronto tra i soggetti coinvolti e l'individuazione di soluzioni eticamente giustificabili⁶². Anche a sostegno della persona con malattia mentale – nonché del medico e degli altri operatori sanitari, dei familiari e dei caregiver – può, infatti, intervenire il *consulente etico*, con il compito di contribuire al rispetto e alla promozione dell'autonomia del paziente attraverso il sostegno di un approccio orientato al processo, alla facilitazione del dialogo tra i soggetti coinvolti finalizzato all'individuazione di soluzioni eticamente giustificabili. Favorendo un confronto costruttivo e plurale, la CEC consente, infatti, di individuare soluzioni clinicamente praticabili, eticamente fondate e rispettose del contesto relazionale nel quale prende forma e viene promossa l'autonomia del paziente⁶³.

Nell'ambito della cura e dell'assistenza delle persone con malattia mentale, la CEC può, inoltre, contribuire a sostenere l'adozione di politiche di *positive risk-taking*, fondate su un'adeguata valutazione clinica, sulla condivisione delle aspettative degli operatori sanitari, dei pazienti e dei loro familiari o caregiver, nonché su una corretta ripartizione delle responsabilità. In particolare, la CEC, facendo emergere le incertezze, le criticità, e le priorità, permette di effettuare una più accurata valutazione dei rischi e, di conseguenza, consente la costruzione di percorsi di cura più sostenibili, tanto dal punto di vista clinico, quanto da quello relazionale ed etico. A tale fine, dovrebbero essere previste modalità operative chiare e condivise, capaci di garantire un utilizzo tempestivo e accessibile di questo strumento, specialmente nei casi in cui si debbano prendere decisioni delicate in merito alla libertà di movimento del paziente⁶⁴.

L'obiettivo della CEC non è quello di vicariare la responsabilità del medico curante, ovvero il potere decisionale del paziente, ma di arricchire il processo decisionale con un confronto eticamente informato, centrato sul rispetto della persona e della sua rete relazionale, nella consapevolezza che l'assunzione di rischi positivi non richiede solo la competenza necessaria a valutare variabili di natura clinica, ma anche capacità

⁶² Secondo la definizione elaborata dall'*American Society for Bioethics and Humanities*, in generale, la CEC è quel «servizio svolto da un individuo o un gruppo per rispondere alle domande poste da pazienti, familiari, tutori, operatori sanitari o altre persone coinvolte nell'assistenza, in ordine a incertezze o conflitti tra valori che emergono nella pratica clinica» (AMERICAN SOCIETY FOR BIOETHICS AND HUMANITIES (ASBH), *Core Competencies for Healthcare Ethics Consultation: The Report of the American Society for Bioethics and Humanities* (2nd Ed.), Glenview, IL, 2011). Più specificamente, la CEC non ha la funzione di indicare soluzioni predefinite, bensì di facilitare l'emersione e la negoziazione dei valori e degli interessi in gioco, promuovendo un percorso di confronto che porti all'individuazione di una soluzione quanto più possibile condivisa al caso concreto. Negli ultimi trent'anni sono state fornite (e ribadite) anche altre definizioni di *Clinical Ethics Consultation*, tutte però sostanzialmente analoghe. Cfr., a mero titolo esemplificativo: J.C. FLETCHER AND M. SIEGLER, *What Are the Goals of Ethics Consultation? A Consensus Statement*, in *Journal of Clinical Ethics*, 7, 2, 1996, 122-26; M.P. AULISIO et al., *Health Care Ethics Consultation: Nature, Goals, and Competencies. A Position Paper from the Society for Health and Human Values-Society for Bioethics Consultation Task Force on Standards for Bioethics Consultation*, in *Annals of Internal Medicine*, 133, 1, 2000, 59-69.

⁶³ T. LÖBBING et al., *Clinical Ethics Consultations in Psychiatric Compared to Non-Psychiatric Medical Settings: Characteristics and Outcomes*, in *Heliyon* 5, no. 1 (January 1, 2019); J. SCHÜRMANN ET AL., *The Basel Model of Principle-Oriented Clinical Ethics Consultation 2.0: An Introduction for Psychiatry*, in *Der Nervenarzt*, 95, 11, 2024, 1033-42; S. REITER-THEIL, J. SCHÜRMANN, K. SCHMECK, *Clinical Ethics in Psychiatry: State of the Art*, in *Psychiatrische Praxis*, 41, 7, 2014, 355-63.

⁶⁴ È tuttavia doveroso sottolineare che, nonostante l'estesa regolamentazione e istituzionalizzazione dei Servizi di Etica Clinica all'estero, in particolare negli Stati Uniti, nel nostro Paese la CEC risulta ancora priva di una disciplina omogenea, che ne delinea in modo chiaro le finalità e i metodi, e che definisca con chiarezza il ruolo del consulente etico anche dal punto di vista della responsabilità professionale (cfr.: S. CERUTI, M. PICOZZI, *La Responsabilità Giuridica Nella Consulenza Etica in Ambito Sanitario*, in *Medicina e Morale*, 69, 3, 2020, 371-89).





di ascolto, di riflessione e di dialogo poste al servizio dello sviluppo delle potenzialità della persona assistita.

In Italia, l'integrazione dei Servizi di Etica Clinica nelle strutture sanitarie è ancora in fase iniziale, sebbene si registri una progressiva espansione negli ultimi anni⁶⁵. La diffusione strutturata e sistematica di tali servizi, insieme a una capillare diffusione della cultura della CEC, rappresenta, quindi, una condizione preliminare essenziale – benché non sufficiente – affinché tale strumento possa essere impiegato con efficacia anche nell'ambito della cura e dell'assistenza delle persone con malattia mentale, contribuendo a supportare decisioni complesse e ad accrescere la qualità etica dei percorsi di cura.

7. Conclusioni

Dall'analisi condotta emerge come il tema dell'allontanamento dal luogo di cura da parte della persona con malattia mentale in regime di ricovero volontario rappresenti una questione ad alta complessità, non solo clinica ma anche giuridica ed etica che, da un lato, richiede di superare la tradizionale contrapposizione tra ragioni di sicurezza e di libertà, e, dall'altro, impone la loro riconfigurazione e l'accurato bilanciamento nell'ambito del percorso terapeutico di ciascun paziente.

Per inquadrare correttamente tali situazioni nel contesto italiano è, quindi, innanzitutto, necessario considerare il significato che la nostra Carta costituzionale attribuisce al diritto alla *libertà personale*, intesa soprattutto in senso negativo come tutela dell'individuo da forme di coercizione non previste dalla legge, nonché comprendere la reale portata del diritto all'*autodeterminazione*, che impone allo Stato, in questo caso in modo positivo, di riconoscere e garantire i diritti inviolabili della persona, tra i quali la libertà di disporre del proprio corpo e di partecipare attivamente alle scelte terapeutiche che la riguardano. Questa struttura composita riflette perfettamente la natura delle istanze avanzate anche dalle persone con malattia mentale, riguardanti, al tempo stesso, la libertà da interventi non voluti e la libertà di costruire, attraverso le scelte di cura, il proprio progetto di vita.

In questo contesto, riconoscere il valore dell'*autonomia relazionale* significa, dunque, considerare la persona con malattia mentale non come soggetto isolato, ma come parte di una rete di relazioni significative, nell'ambito della quale il contributo di operatori sanitari, familiari e caregiver non ostacola ma, al contrario, può sostenere e rafforzare il processo decisionale, diventando risorsa fondamentale anche nella valutazione e nella gestione dell'allontanamento dal luogo di cura.

Sulla base di tali presupposti, la responsabilità del medico curante si realizza, dunque, attraverso l'adozione di *rischi positivi*, ossia di misure che possano verosimilmente ridurre i rischi prevedibili per la persona e per i terzi, senza negare o comprimere il diritto all'autodeterminazione. Ciò richiede l'attivazione di un percorso strutturato che comprenda: una valutazione iniziale dei rischi, la definizione di un piano terapeutico personalizzato, la costruzione di un piano di allontanamento condiviso, la rivalutazione delle condizioni prima di ogni uscita e l'elaborazione di strategie per la gestione di eventuali criticità.

La possibilità di assumere rischi positivi, strutturata all'interno di una rete di protezione clinica, organizzativa e relazionale, rappresenta una delle condizioni per praticare un'autentica cura centrata sulla

⁶⁵ M. Picozzi et al., *L'apertura Di Un Servizio Di Bioetica Clinica in Una Struttura Sanitaria: L'esperienza Dell'ASST Lariana*, in *Medicina e Morale* 73, 4, 2024, 405-21; ; M. Picozzi et al., *Comitati Etici per La Pratica Clinica e Servizi Di Etica Clinica. Una Proposta Operativa per l'Italia*, in *Medicina e Morale*, 3, 2023, 251-65.



persona. In questo processo, anche la CEC può offrire un supporto prezioso, facilitando il confronto tra i diversi attori coinvolti, promuovendo la trasparenza delle scelte e contribuendo alla costruzione di percorsi decisionali condivisi, clinicamente sostenibili ed eticamente giustificabili.

choice

