



### **Fabiola Baronio**

(cultore di Diritto canonico presso l'Università degli Studi di Brescia,  
Dipartimento di Giurisprudenza)

## **Disturbi del comportamento alimentare e matrimonio canonico. L'esperienza dei Tribunali Ecclesiastici Regionali Lombardo e Triveneto \***

**SOMMARIO:** 1. Introduzione – 2. La dottrina canonistica (con cenni dottrinali psichiatrici) e i disturbi del comportamento alimentare – 3. Le sentenze del Tribunale Ecclesiastico Regionale Lombardo e i disturbi del comportamento alimentare – 4. Le sentenze del Tribunale Ecclesiastico Regionale Triveneto e i disturbi del comportamento alimentare – 5. Conclusioni.

### **1 - Introduzione**

Come noto, negli ultimi decenni la realtà dei disturbi del comportamento alimentare ha assunto un crescente rilievo sociale.

Detta rilevanza ha fatto sorgere la necessità di verificare l'incidenza di tali disturbi sulla capacità dei soggetti, in particolare, per quanto attiene il tema che qui interessa, sulla capacità a prestare un valido consenso matrimoniale.

Il presente studio intende offrire una panoramica della giurisprudenza<sup>1</sup> dei Tribunali Ecclesiastici Regionali d'Italia (TER) in tema di disturbi del comportamento alimentare<sup>2</sup>, in particolare anoressia e bulimia nervose.

In realtà il campo della ricerca si è ristretto in considerazione dell'impossibilità da parte di alcuni Tribunali di collaborarvi e, in secondo

---

\* Contributo sottoposto a valutazione.

<sup>1</sup> Si è fatto ricorso a questo termine per indicare in modo sintetico le sentenze dei Tribunali Ecclesiastici Regionali, pur consapevoli che nell'ambito del diritto canonico esso viene più propriamente utilizzato in riferimento alle pronunce del Tribunale Apostolico della Rota Romana, che sole costituiscono precedente e orientamento per i giudici.

<sup>2</sup> I disturbi del comportamento alimentare sono definiti come persistenti disturbi del comportamento alimentare e/o comportamenti finalizzati al controllo del peso, che danneggiano la salute fisica o il funzionamento psicologico e che non sono secondari a nessuna condizione medica o psichiatrica conosciuta: **C.G. FAIRBURN, P.J. HARRISON**, *Eating disorders*, Lancet, 2003, 361, pp. 401-416.



luogo, dalla esiguità delle cause trattate anche da quegli organi giurisdizionali che hanno ritenuto di consentirvi l'accesso. Nello specifico, quanto all'assenza di cause, ci si riferisce ai TER Etrusco, Umbro, Beneventano, Salernitano-Lucano, Campano, Calabro, Siculo e Piemontese. Hanno invece trattato un numero esiguo di casi i TER Flaminio (tre cause), Abruzzese (una causa), Pugliese (una causa).

È significativo osservare che le regioni ecclesiastiche con assenza totale, o quasi, di cause in materia di anoressia e/o bulimia sono in maggioranza quelle dell'Italia centro-meridionale. Questo dato è certamente interessante e di non poco conto, poiché offre lo spunto per una serie di considerazioni, prima fra tutte quella sulla probabile differente percentuale di presenza di fenomeni come i disturbi del comportamento alimentare nelle diverse zone del nostro Paese. Tra i fattori che rivestono un ruolo rilevante nell'insorgenza dei disordini alimentari si annoverano, infatti, quelli socio-culturali<sup>3</sup>, comprendenti "la transizione della famiglia dal modello patriarcale a quello moderno"<sup>4</sup>, il ruolo sociale della donna<sup>5</sup>, l'influsso dei mass-media, della pubblicità<sup>6</sup> e della moda. Tali fattori hanno avuto probabilmente maggior presa e trovato un terreno più fertile nella popolazione femminile delle regioni del nord Italia, che ha assimilato lo stereotipo della maggior prestanza e maggior successo di un fisico femminile magro e asciutto sul piano relazionale e sociale.

Un'ulteriore spiegazione della scarsa diffusione delle cause di nullità matrimoniale con parti affette da disturbi del comportamento alimentare nelle regioni del sud potrebbe rinvenirsi nella maggior difficoltà, per formazione culturale, per pressioni socio-familiari o anche per scarsa attenzione al problema, a fare emergere tali fenomeni o a comprenderne le implicazioni sul piano psichico e la conseguente potenzialità a essere causa (o concausa, come meglio si dirà) di una possibile incapacità matrimoniale.

L'argomento meriterebbe certamente una trattazione più approfondita. Tuttavia non sembra il caso, anche e soprattutto per non

---

<sup>3</sup> Cfr. C. BARBIERI, M. TRONCHIN, *Disturbi del comportamento alimentare e matrimonio canonico*, GBP, Roma, 2010, pp. 93-105; A. MENDONÇA, N. SANGAL, *Effects of anorexia nervosa and bulimia nervosa on marital consent*, in *Monitor Ecclesiasticus*, 1996, fasc. IV, vol. CXXI, pp. 545-546.

<sup>4</sup> C. BARBIERI, M. TRONCHIN, *Disturbi del comportamento alimentare*, cit., p. 94.

<sup>5</sup> C. BARBIERI, M. TRONCHIN, *Disturbi del comportamento alimentare*, cit., pp. 98-101.

<sup>6</sup> C. BARBIERI, M. TRONCHIN, *Disturbi del comportamento alimentare*, cit., pp. 102-104.



entrare in ambiti scientifici che esulano dalla competenza di chi scrive, di addentrarsi nell'analisi del tema da punti di vista non prettamente canonistici, seppur, anche nel prosieguo del lavoro, sarà necessario, di quando in quando, fare riferimento a nozioni o studi appartenenti ad altre discipline per meglio spiegare gli influssi dei disturbi del comportamento alimentare sulla capacità matrimoniale.

Per quanto detto, si è dovuto pertanto restringere l'ambito geografico-territoriale della ricerca ai soli TER Lombardo e Triveneto.

La ricerca ha consentito di verificare che le sentenze gentilmente messe a disposizione dai relativi Vicari Giudiziali costituiscono un indice della tendenza giurisprudenziale in materia di due organi giudiziari regionali dell'Italia del nord.

L'esiguo numero di sentenze rotali sull'argomento<sup>7</sup> può inoltre portare ad attribuire una certa rilevanza alla giurisprudenza dei Tribunali Ecclesiastici Regionali, arrivando a conferirle per determinati aspetti, in questo ambito specifico, un ruolo da protagonista.

Prima di procedere con l'analisi delle decisioni giudiziali sopra indicate, pare opportuno cercare di delineare, seppur con la dovuta sinteticità, quali siano le posizioni della dottrina sull'oggetto del presente studio, con particolare attenzione a quella canonistica e brevi cenni a quella psichiatrica.

Tra tali disturbi verranno prese in considerazione, per i fini che qui interessano, le patologie anoressiche e bulimiche, sia perché sono quelle maggiormente oggetto di studio da parte di psichiatria e psicologia<sup>8</sup>, sia

---

<sup>7</sup> Dalla fine degli anni Sessanta a oggi le decisioni della Rota Romana in materia di disturbi del comportamento alimentare, in particolare anoressia, sono soltanto sette, di cui sei sentenze, una non pubblicata, e un decreto non pubblicato: *coram* Stankiewicz, sent. *Mutinen. seu Placentina* del 16 dicembre 1982, in *Il diritto di famiglia e delle persone*, vol. XII, 1983, pp. 536-560, e in *Ephemerides Juris Canonici*, 39, 1983, pp. 255-265; *coram* Funghini, sent. *Mutinen. seu Placentina* del 18 luglio 1990, in *RR Dec.* LXXXIII, 1991, pp. 599-621; *coram* Ragni, sent. *Mutinen. seu Placentina* del 23 marzo 1993, in *RR Dec.* LXXXV, 1993, pp. 170-191; *coram* Serrano Ruiz, sent. 09 gennaio 1998, in *RR Dec.* XC, 1998, 1-9; *coram* Boccafola, sent. 12 marzo 1998, in *RR Dec.* XC, 1998, pp. 216-227; *coram* Huber, sent. *Arundelien.-Brichtelmestunen.*, A. 135/02, non pubblicata; decreto *coram* Funghini, sent. *Insubris seu Comen.*, B. 47/99, non pubblicato. Per una trattazione più approfondita si rimanda a **C. BARBIERI, M. TRONCHIN**, *Disturbi del comportamento alimentare*, cit., p. 289 e ss.

<sup>8</sup> Anoressia e bulimia sono peraltro gli unici disturbi del comportamento alimentare che hanno trovato un inquadramento nosografico autonomo sino al DSM IV e al successivo DSM IV-TR. Nel recente DSM V viene invece riconosciuto anche il disturbo da alimentazione incontrollata (BED - *binge eating disorder*). Di diverso avviso **G. ZUANAZZI**, *Psicologia e psichiatria nelle cause matrimoniali canoniche*, LEV, Città del



perché, per la loro marcata diffusione nella popolazione, sono le uniche ad avere assunto rilevanza nelle sentenze analizzate.

## 2 - La dottrina canonistica (con cenni dottrinali psichiatrici) e i disturbi del comportamento alimentare

Sul tema dei disturbi del comportamento alimentare la dottrina risulta essere di gran lunga meno corposa rispetto a quella che si è occupata di altre anomalie psichiche incidenti sulla valida espressione del consenso matrimoniale, quali ad esempio i disturbi della personalità. Ciò può essere dovuto al fatto che la problematica in esame ha avuto uno sviluppo relativamente recente, trattandosi di patologie che stanno conoscendo negli ultimi decenni una diffusione sempre maggiore, come crescente fenomeno nei Paesi di cultura occidentale a forte industrializzazione, tale da assumere le proporzioni di una vera e propria malattia sociale<sup>9</sup>. O, ancora, alla circostanza che vede quasi sempre i disturbi del comportamento alimentare qualificati come mero sintomo di un disturbo psichico più profondo e totalizzante la sfera psico-fisica della persona che ne è affetta.

A ogni modo, se da un lato l'attenzione dedicata ad anoressia e bulimia dalle scienze psichiatriche e psicologiche ha portato a meglio comprenderne eziologia, patologia e, attraverso una corretta diagnosi, a individuare psicoterapia e farmacoterapia più adatte alle singole pazienti, dall'altro lato molte ancora rimangono le problematiche aperte sull'argomento.

Significativa della scarsa attenzione riservata ai disturbi del comportamento alimentare appare la loro non menzione in alcune opere dottrinali, sul finire del secolo scorso, riguardanti il can. 1095 e le diverse fattispecie di incapacità consensuale da esso contemplate<sup>10</sup>.

---

Vaticano, 2006, p. 183, secondo cui "è difficile dire se la bulimia costituisca un'entità nosografica autonoma o no", pur essendo in stretto rapporto con l'anoressia nervosa.

<sup>9</sup> C. BARBIERI, M. TRONCHIN, *Disturbi del comportamento alimentare*, cit., p. 96. Che l'insorgenza di tali disturbi sia influenzata da fattori storici, sociali e culturali lo conferma il fatto che nei Paesi in via di sviluppo questi quadri clinici compaiono man mano che aumentano le disponibilità alimentari e si diffondono costumi dei Paesi occidentali.

<sup>10</sup> Si vedano, ad esempio, O. FUMAGALLI CARULLI, *Intelletto e volontà nel consenso matrimoniale in diritto canonico*, Vita e Pensiero, Milano, 1974; AA. VV., *Perturbazioni psichiche e consenso nel matrimonio canonico*, Officium Libri Catholici, Roma, 1976; e ancora, P. BIANCHI, *Incapacitas assumendi obligationes essentielles matrimonii – Analisi della giurisprudenza rotale, particolarmente degli anni 1970-1982*, Glossa, Milano, 1992, per un



Il canone citato è il riferimento normativo in tema di rapporto tra disturbi del comportamento alimentare ed effetti sul consenso matrimoniale, una novità nel panorama legislativo canonico introdotta dal *Codex* del 1983, sebbene già durante la vigenza del precedente Codice piobenedettino la giurisprudenza rotale avesse anticipato l'esplicitazione di quelli che sarebbero poi diventati gli elementi fondanti del canone in parola.

Pare interessante osservare che tanto la dottrina canonistica<sup>11</sup> e, come vedremo oltre, la giurisprudenza, quanto la dottrina psichiatrica, per quanto nei limiti della propria competenza ritengano di potere fare rientrare i disturbi del comportamento alimentare, quando si presentino in forma grave, nei nn. 2 e 3 del can. 1095<sup>12</sup>.

*Sub* n. 2 essi rilevano tanto in quanto le condizioni psicopatologiche in cui versa un soggetto gravemente anoressico o bulimico impediscano al nubendo di esprimere un consenso libero e autodeterminato, integrando così il grave difetto di discrezione di giudizio circa i reciproci diritti e doveri matrimoniali<sup>13</sup>. Le persone affette dalle patologie in esame

---

commento alla prima sentenza pubblicata della Rota Romana in cui una parte era affetta da anoressia nervosa, la *coram* Stankiewicz, Mutinen. seu Placentina del 16 dicembre 1982 (in *Il diritto di famiglia e delle persone*, vol. XII, 1983, pp. 536-560) con specifico riferimento ai disturbi della sessualità.

<sup>11</sup> A. MENDONÇA, N. SANGAL, *Effects of anorexia nervosa*, cit., pp. 539-610; C. BARBIERI, M. TRONCHIN, *Disturbi del comportamento alimentare*, cit.

<sup>12</sup> C. BARBIERI, A. LUZZAGO, L. MUSSELLI, *Psicopatologia forense e matrimonio canonico*, LEV, Città del Vaticano, 2005, pp. 144-148; G. ZUANAZZI, *Psicologia e psichiatria*, cit., pp. 180-184. Per quest'ultima in realtà non appare corretto annoverare l'anoressia tra i disturbi del comportamento alimentare, trattandosi "piuttosto di una patologia dell'esperienza del corpo e dell'incapacità di assumere uno stato adulto e le responsabilità connesse a questo stato" (*ivi*, p. 182).

<sup>13</sup> O. FUMAGALLI CARULLI, *La disciplina del matrimonio e il magistero conciliare*, in *La normativa del nuovo Codice*, a cura di E. Cappellini, Ed. Queriniana, Brescia, 1985, pp. 217-234. All'indomani dell'entrata in vigore del CIC l'Autrice sostiene che, anche se non esplicitamente richiesto con riferimento all'incapacità psichica, "la gravità sia comunque richiesta, come scaturente dalla tutela del diritto naturale alle nozze di coloro che sono solo lievemente turbati nel dominio della propria psiche, essendo il messaggio cristiano rivolto a tutti gli uomini e specialmente ai più deboli" (*ivi*, pp. 219-220). Così anche Z. GROCHOLEWSKI, M.F. POMPEDDA, C. ZAGGIA, *Il matrimonio nel nuovo Codice di Diritto Canonico. Annotazioni di diritto sostanziale e processuale*, Libreria Gregoriana Editrice, Padova, 1984, p. 136. Pensiero poi esplicitato da Giovanni Paolo II nelle note Allocuzioni alla Rota del 1987 e 1988 e successivamente seguito dalla giurisprudenza rotale e non, e dalla dottrina canonistica, come ad esempio P.J. VILADRICH, *Il consenso matrimoniale*, in *Codice di diritto canonico* (a cura di P. Lombardia, J.A. Arrieta), Ed. Logos, 1987, Roma, pp. 778-781, e ancora, dello stesso Autore, *Il consenso matrimoniale*, Giuffrè, Milano, 2001.



presentano infatti fobie e ossessioni relative al cibo e alle variazioni di peso tali da impedire una valutazione critica e una libera accettazione dei diritti e doveri del matrimonio, nonché da distogliere l'attenzione da tutto ciò che non riguarda cibo e peso, compresa la celebrazione del matrimonio. Anche la percezione distorta del proprio corpo e della sessualità, tipica di questi soggetti, non consente di impegnarsi liberamente e con autodeterminazione nella scelta della persona del coniuge, nell'accoglienza dei figli e, prima ancora, della maternità.

Pare opportuno segnalare una voce che ritiene anoressia e bulimia nervose in grado sì di causare ripercussioni, anche gravi, nello svolgimento della vita familiare, ma non anche di compromettere la capacità di realizzare validi processi di scelta coniugale, "poiché solo tardivamente sopraggiunge un abbassamento dei rendimenti intellettuali"<sup>14</sup>.

I disturbi del comportamento alimentare possono assumere rilievo anche in relazione all'incapacità di assumere gli obblighi essenziali del matrimonio, fattispecie prevista dal n. 3 del can. 1095<sup>15</sup>. Ci si riferisce alla tendenza di questi soggetti al rifiuto di una vita sociale, di relazioni interpersonali sia con il coniuge che con i figli (soprattutto nel soggetto bulimico dove la presenza di prole è più frequente rispetto all'anoressico), di rapporti sessuali, che se presenti sono dolorosi, mancanza di comunicazione con il coniuge, incapacità di "vedere" l'altro al di là di se stesso e delle proprie necessità, paura di essere contaminato da oggetti e persone che li circondano e con i quali rifiuta per tale motivo il contatto. Tutti questi aspetti caratterizzanti la persona affetta da anoressia o bulimia impediscono di sviluppare una sana relazione con l'altro, di comunicare, integrarsi e completarsi a vicenda, come invece la norma sopra citata richiede per escludere la nullità matrimoniale.

Chi soffre di anoressia o bulimia è dominato da uno sconfinato egocentrismo incardinato sull'ossessione per il peso corporeo. Così anche quando è legato coniugalmente a una persona la sua costante e autentica preoccupazione quotidiana non è rappresentata di certo dal gratificarla, quanto invece dall'assicurarsi mediante ritualità compulsive che nulla si opponga al raggiungimento di quel modello di fisicità che, attesa la

---

<sup>14</sup> G. ZUANAZZI, *Psicologia e psichiatria*, cit., pp. 182, 184.

<sup>15</sup> C. BARBIERI, A. LUZZAGO, L. MUSSELLI, *Psicopatologia forense e matrimonio canonico*, cit., p. 146, secondo cui i quadri clinici sopra evidenziati possano assumere rilievo anche "laddove la espressività della patologia appaia meno grave, soprattutto nelle sue manifestazioni di acuzie o di stato".



dinamica patologica del suo vissuto, è l'unico a non risultare fonte di angosce depressive.

Con particolare riferimento all'obbligo essenziale di educazione della prole, un'ulteriore interessante aspetto del rapporto tra disturbi del comportamento alimentare e validità del consenso matrimoniale emerge dall'analisi della loro incidenza sulla relativa capacità psichica del genitore<sup>16</sup>.

È infatti verosimile che tali disturbi possano avere dei riflessi sulla capacità a esprimere un valido consenso in relazione al diritto-dovere di procreazione e alla capacità del soggetto di educare la prole poiché, in una visione personalistica del patto matrimoniale, lo scambio interpersonale della dimensione sessuale coniugale porta in sé anche la genitorialità.

La concentrazione su se stessi e sui propri bisogni come esigenza primaria, il conflitto adolescenziale irrisolto con la figura materna, il disagio nei confronti della femminilità, dello sviluppo, della maternità, che caratterizzano soprattutto i soggetti anoressici, impediscono loro di donarsi all'altra parte e perseguire gli scopi del matrimonio, quali il bene dei coniugi e della prole. I risultati su quest'ultima possono essere dirimpenti: durante la gravidanza le condotte alimentari disturbate intensificate per bilanciare l'aumento di peso causano spesso danni al feto, aborti, parti prematuri e mortalità neonatale; quando la gestazione giunge al termine è frequente l'adozione da parte della madre di un regime alimentare rigido anche per il figlio, il quale non avrà una corretta crescita e sviluppo fisico; il comportamento della madre viene vissuto dai figli con senso di colpa e, nell'età adolescenziale, può accadere che venga seguito anche da loro.

Da ultimo si rileva come sia stata evidenziata in dottrina<sup>17</sup> la necessità di distinguere i diversi effetti sul processo di formazione di un valido consenso matrimoniale di anoressia e bulimia nervose acute, da quelli degli stati cronici delle medesime patologie: mentre si ritiene che le prime vadano a influire sull'incapacità per grave difetto di discrezione di giudizio, si sostiene che le seconde intacchino la capacità di assumere e adempiere gli obblighi essenziali del matrimonio<sup>18</sup>.

---

<sup>16</sup> Sul tema in generale si veda **A. VANZI**, *L'incapacità educativa dei coniugi verso la prole come incapacità ad assumere gli oneri essenziali del matrimonio (can. 1095, n. 3)*, ed. Pontificia Università Gregoriana, Roma, 2006.

<sup>17</sup> **J.J. GARCIA FAILDE**, *Trastornos psíquicos y nulidad del matrimonio*, Universidad Pontificia de Salamanca, Salamanca, 1999, pp. 435-436.

<sup>18</sup> Il can. 1095 n. 3 non parla di adempiere, ma di assumere gli obblighi essenziali. Il termine adempiere non è stato utilizzato per evitare la commistione tra *matrimonium in*



### 3 - Le sentenze del Tribunale Ecclesiastico Regionale Lombardo e i disturbi del comportamento alimentare

Per maggiore chiarezza e maggiore organicità del discorso, si procederà analizzando dapprima la giurisprudenza del Tribunale Ecclesiastico Lombardo, per poi passare, nel successivo paragrafo, a esaminare quella del Tribunale Ecclesiastico Triveneto.

Le sentenze reperite presso il primo dei detti Tribunali in tema di disturbi del comportamento alimentare sono sette<sup>19</sup>, comprese in un arco temporale che va dal 1998 al 2010.

Tale periodo di collocazione fa pensare che, essendo, come già detto<sup>20</sup>, anoressia e bulimia disturbi di recente emersione, solo negli ultimi anni essi sono stati oggetto di trattazione nelle cause di nullità matrimoniale, di pari passo con l'interesse della dottrina per questa tematica.

Da un punto di vista statistico, possiamo anticipare che tutte le decisioni sono affermative riguardo ad almeno uno dei capi di nullità proposti. Quanto a questi, la maggioranza dei dubbi concordati - cinque su sette - riguarda i nn. 2 e 3 del can. 1095, mentre soltanto in un caso è stata introdotta la causa per esclusione della prole a norma del can. 1101, § 2, e in un altro caso per dolo sulla base del can. 1098 CIC. In ciascuna causa la parte affetta dal disturbo alimentare, poi dichiarata incapace, è la donna, a conferma di quanto sopra osservato<sup>21</sup> circa la prevalenza dell'incidenza di anoressia e bulimia nella popolazione di sesso femminile. Tutte le sentenze statuiscano a carico di questa il divieto di contrarre nuove nozze senza il consenso del competente ordinario, udito il Tribunale.

Passando all'analisi delle sentenze raccolte, la prima tra quelle relative al can. 1095 è una Ponente Nava del 29 aprile 1999, relativa a un causa avviata nel 1997. Il dubbio formulato riguarda il "difetto di discrezione di giudizio e/o per incapacità di assumere gli obblighi matrimoniali essenziali da parte della convenuta, ai sensi del can. 1095, 2-3".

---

*fieri e matrimonium in facto esse*. Di diverso avviso nel senso di ritenere sinonimi e intercambiabili i due termini sono E. VITALI, S. BERLINGÒ, *Il matrimonio canonico*, Giuffrè, Milano, 2003, p. 66.

<sup>19</sup> Va precisato che le sentenze fornite sono state ricercate manualmente e non per il tramite di un sistema informatizzato.

<sup>20</sup> Si veda *supra* quanto osservato al par. 2.

<sup>21</sup> Si veda *supra* quanto osservato a p. 1.



Le parti, ventitreenne lui, ventenne lei, si conoscono e fidanzano nel 1990. Dopo due anni di frequentazione, la donna, S., inizia a manifestare stati di ansia, tensione e angoscia, giungendo con il tempo a una loro somatizzazione, accompagnata da un vistoso calo di peso e da un atteggiamento di dipendenza psicologica dal fidanzato.

In questo quadro generale, nel 1993, i due decidono di sposarsi.

Nel tempo antecedente la celebrazione, avvenuta nell'ottobre 1994, S. rifiuta gli inviti del fidanzato volti a consultare degli specialisti per valutare le sue condizioni di salute, sempre piuttosto precarie, convinta del fatto che il matrimonio sia per lei l'ancora di salvezza che farà scomparire tutti i suoi problemi. Così non è. La vita coniugale appare infatti da subito caratterizzata dal peggioramento di salute di S., che si estrania progressivamente da tutti i suoi impegni coniugali, sociali e di studio. Il marito, che impone alla moglie il ricorso a specialisti stante la gravità della situazione, viene ora identificato dalla stessa come la fonte della conflittualità. La frattura tra le parti diviene così insanabile e nel 1996 viene omologata la separazione civile consensuale.

Nella parte *In Iure*, dopo un inquadramento generale della fattispecie matrimoniale canonica e un'indicazione delle forme di incapacità psichica contemplate dal can. 1095, ne vengono analizzati i nn. 2 e 3<sup>22</sup>, con rimando ad alcune delle indicazioni fornite da Giovanni Paolo II nelle note Allocuzioni alla Rota Romana del 1987 e 1988 quali criteri canonici di valutazione, interpretazione e applicazione del n. 2 del canone citato<sup>23</sup>.

Rilevando come ai medesimi criteri adottati nella trattazione del n. 2 si deve ricorrere anche per la valutazione delle nullità matrimoniali per

---

<sup>22</sup> Quanto al n. 2, viene evidenziato un duplice aspetto contenutistico della discrezione di giudizio. In primo luogo essa è facoltà estimativa che si identifica in un giudizio pratico *de rebus agendis*. In secondo luogo, la mancanza di discrezione di giudizio equivale a una mancanza della debita libertà interiore come vizio della volontà più che dell'intelletto, causata dalla psicopatologia che affligge il soggetto. La rilevanza giuridica del difetto di discrezione di giudizio è correlata con la necessarietà dell'esistenza causale di una turba psichica o di un'anomalia della personalità, benché, si sottolinea, non siano questi ultimi a determinare la nullità del consenso, bensì la gravità del difetto stesso valutata in rapporto ai diritti e doveri essenziali del matrimonio, a norma del can. 1095.

<sup>23</sup> In particolare, il concetto di normalità della persona, che non può coincidere con l'assenza di qualsiasi difficoltà psicologica o con la piena salute mentale; solo una seria anomalia può portare a una reale incapacità psichica al matrimonio; il giudice deve valutare le conclusioni dei periti alla luce della visione antropologica cristiana e con riferimento alla considerazione equilibrata di tutti gli elementi emersi nella fase istruttoria.



*incapacitas assumendi obligationes essentielles* di cui al n. 3 del can. 1095<sup>24</sup>, il Ponente accoglie la tesi dottrinale che vuole i capi di nullità relativi ai nn. 2 e 3 come fattispecie autonome e distinte tra loro.

Afferma poi che, in linea teorica, può essere data risposta affermativa a entrambi i capi nella medesima causa, ma ritiene di aderire per ragioni sistematiche e di economia processuale alla linea di pensiero che considera riassorbito il secondo nel primo una volta dimostrata l'insufficienza dell'atto consensuale, considerando pertanto non necessario proseguire con l'analisi della sua applicabilità all'oggetto del consenso. Sul punto vedremo però oltre che la decisione non rispecchierà appieno queste premesse.

Quanto alla situazione psico-fisica dell'attrice, non vengono espresse valutazioni specifiche sull'anoressia mentale, patologia la cui presenza nella donna è stata esclusa da entrambe i periti incaricati. In particolare, dalle due perizie effettuate è emersa l'esistenza in S., al momento delle nozze, di un disturbo distimico a esordio precoce, individuato come espressione diretta del conflitto, e di un disturbo dell'alimentazione non altrimenti specificato, con tratti di personalità dipendente non classificabile secondo il Diagnostic Manual of Mental Disorders. La sintomatologia anoressica e depressiva presente al momento del matrimonio va letta quindi come mera espressione indiretta di una conflittualità profonda, in una personalità connotata da evidenti elementi di dipendenza, ansia, insicurezza, nervosismo, mutismo relazionale, apatia e disimpegno.

Pur concludendo le perizie per una situazione psicopatologica di moderata gravità tale da non influire sulla capacità di intendere e volere della donna, il Giudice procede con il vaglio delle ipotesi di nullità concordate alla luce del criterio normativo. Egli giunge così a ritenere provata l'esistenza di una sufficiente facoltà estimativa, ma ritiene altrettanto supportata da prove la mancanza di libertà interiore dell'attrice,

---

<sup>24</sup> La sentenza prende in considerazione i tre elementi che contraddistinguono la fattispecie di cui al n. 3 del can. 1095: le cause di natura psichica devono essere tali da impedire al soggetto di portare a esecuzione gli obblighi matrimoniali, da questo ben conosciuti, per motivi psichici o psicologici inerenti la struttura psichica del soggetto stesso; l'impossibilità di assumere deve essere una condizione esistente al momento dell'emissione del consenso da parte del nubendo, indipendentemente dall'effettivo inadempimento durante la vita coniugale; oggetto dell'incapacità sono gli obblighi essenziali del matrimonio, definiti con il richiamo a una *coram* Pinto del 30 maggio 1986 come esigenze che discendono dall'essenza stessa del matrimonio, comprensiva delle sue finalità istituzionali e delle sue proprietà essenziali.



ossia di indipendente autodeterminazione, di cui il disturbo alimentare (rifiuto del cibo, perdita di peso, amenorrea), come detto, è sintomo.

La sentenza conclude affermativamente per il primo dubbio concordato (can. 1095, n. 2) e, in modo contraddittorio rispetto a quanto osservato nella parte in diritto sulla posizione adottata sul punto, dopo avere comunque esaminato il secondo capo di nullità (can. 1095, n. 3), conclude per esso negativamente.

Tale discrepanza è stata rilevata anche dalla sentenza di secondo grado, emessa dal Tribunale Ecclesiastico Ligure di Appello, Ponente Romairone del 25 gennaio 2002. La decisione definitiva osserva infatti che se un soggetto è incapace di valido consenso per mancanza di sufficiente uso di ragione o di discrezione di giudizio, nella medesima persona manca anche, per diritto naturale, la capacità di assumere gli oneri essenziali del matrimonio. Incaricato un nuovo perito che, criticando le conclusioni delle due perizie di primo grado, ha individuato nella donna una personalità immatura, incompleta sul piano psico-evolutivo, della quale erano epifenomeni sia il disturbo alimentare, sia quello umorale, aggravatosi con manifestazioni anoressiche e depressive, il Giudice di appello ha concluso affermativamente per il can. 1095, n. 2 e, di conseguenza, in riforma della sentenza di primo grado, anche per il n. 3.

Nella sentenza Ponente Bernardelli del 24 aprile 2003 il matrimonio celebrato tra le parti, trentunenne lei, trentasettenne lui, dopo poco più di due anni di fidanzamento, ha breve durata, solo cinque mesi. L'attrice, A., soffre sin dall'età di diciannove anni di anoressia e bulimia nervose e dipendenza dall'alcol, ingerito per eliminare i sintomi della fame. Subisce due ricoveri, uno prima del fidanzamento e l'altro dopo il matrimonio, quando già era separata di fatto dal marito, F. Dopo un tentativo di riconciliazione, la scoperta delle infedeltà di F. la fa crollare nuovamente e la costringe a un nuovo ricovero e alla ripresa della psicoterapia.

Se la documentazione clinica agli atti non lascia dubbi sulla presenza in A. dei disturbi dalla stessa riferiti, le risultanze testimoniali aiutano il Giudice nel valutarne gli influssi sul vissuto della donna. Emerge infatti come la volontà di A. non fosse in grado di seguire ciò che l'intelletto le presentava: razionalmente sapeva di farsi del male, ma non riusciva a trovare la volontà di smettere. L'anoressia-bulimia, che ha trovato la sua causa scatenante nel caso specifico in un'aggressività non veicolata nei confronti della madre, e l'alcol-dipendenza, ai livelli raggiunti dall'attrice, hanno un'incidenza negativa sia sulla volontà che sulla razionalità, introducendo delle distorsioni nei confronti della realtà.

La perizia *ad acta* conferma che all'epoca del matrimonio A. soffriva di una sindrome da dipendenza alcolica in disturbo ossessivo-compulsivo



di personalità e disturbo del comportamento alimentare tali da comprometterne, se non azzerarne, la comprensione critica e una libertà autodeterminante.

Anche il Giudice giunge alla conclusione che la donna, pur volendo il matrimonio e l'assunzione dei suoi obblighi essenziali, mancava dell'autodeterminazione e della dimensione razionale. In altre parole della capacità di emettere il giudizio pratico-pratico sufficiente sotto il profilo psicologico.

Ciò che riteniamo interessante notare in questa sentenza, che conclude affermativamente sia per il n. 2 che per il n. 3 del can. 1095, è il dato per cui anoressia e bulimia nervose vengono considerate malattie in grado, da sole, di incidere sul consenso matrimoniale fino a provocarne la nullità, contrariamente alla maggior parte della dottrina che non le ritiene cause in sé di nullità matrimoniale, ma sintomi e concause di ulteriori disturbi più profondi e pregnanti nell'alterazione dei processi psichici della persona.

Il decreto Ponente Romairone del T.E.R. Ligure di appello del 27 febbraio 2004 conferma la pronuncia di primo grado senza discostarsene nei punti salienti.

La pronuncia Ponente Bianchi del 6 settembre 2007 si occupa del matrimonio di G. e D., all'epoca di venti e ventisei anni, durato poco più di cinque anni e mezzo. Ancora una volta è la donna a essere affetta da anoressia nervosa, iniziata prima dei diciotto anni e diagnosticata in occasione di un ricovero avvenuto dopo quasi due anni dalle nozze, unitamente a un disturbo di personalità non altrimenti specificato. Diagnosi che trova conferma nella perizia d'ufficio.

Nella motivazione in diritto il Giudice spiega in modo chiaro l'impostazione che ritiene di seguire per arrivare a un corretto convincimento. Due sono i criteri che devono essere verificati per potere considerare sussistente, accertandola caso per caso, una vera incapacità giuridica in campo matrimoniale: il criterio soggettivo o clinico e il criterio oggettivo o normativo<sup>25</sup>.

Il primo richiede la presenza di una forma patologica di rilievo, anche se non necessariamente e non sempre dovrà trattarsi di una forma

---

<sup>25</sup> Si richiama ai criteri soggettivo-clinico e oggettivo-normativo, sia pure in riferimento al rilievo canonico dei disturbi della personalità, **P. BIANCHI**, *Disturbi di personalità e capacità matrimoniale*, in **AA. VV.**, *Verità del consenso e capacità di donazione. Temi di diritto matrimoniale e processuale canonico*, a cura di H. Franceschi, M.A. Ortiz, PUSC, Roma, 2007, pp. 200-202. E ancora **P. BIANCHI**, *L'incapacità psichica (can. 1095)*, in *Quaderni di diritto ecclesiale*, 19, 2006, pp. 93-104.



psicopatologica maggiore<sup>26</sup>. A tale proposito si ritiene necessario distinguere la gravità clinica, riferita al disturbo o anomalia psichica che affligge il soggetto, dalla gravità giuridica, che attiene invece alla proporzione intercorrente tra il difetto di discrezione e gli obblighi essenziali del matrimonio. La sentenza richiama alcune delle poche decisioni rotali in materia ove si rileva che il disturbo del comportamento alimentare grave può incidere da solo in modo profondo sulla qualità e sulla stabilità della relazione coniugale<sup>27</sup>.

Il secondo criterio consiste nello stabilire se la grave anomalia abbia inciso di fatto sulla capacità sostanziale di valutazione critica del soggetto o sulla sua libertà interiore, impedendogli radicalmente di autodeterminarsi nella scelta matrimoniale, o di farsi carico degli obblighi essenziali da essa derivanti<sup>28</sup>. La valutazione giudiziaria della singola fattispecie dovrà infine stabilire quali siano i diritti e doveri del matrimonio che vengono colpiti nel caso concreto, tanto da un punto di vista logico-sostanziale, quanto processuale ed empirico-probatorio.

Sulla scorta di queste indicazioni metodologiche il Giudice giunge a concludere per la non sussistenza della nullità del matrimonio di G. e D. per l'incapacità di cui al can. 1095 n. 2.

Non ritenendo tuttavia di aderire alla tesi della subordinazione del citato capo a quella del n. 3 del medesimo canone, in quanto quest'ultima "rappresenta un motivo di inefficacia giuridica di un consenso in se stesso anche sufficiente", giunge a dare risposta affermativa al dubbio concordato circa la nullità del matrimonio per incapacità di assumere gli obblighi coniugali essenziali da parte della donna. Decisione confermata in appello dal decreto Ponente Margara del 27 giugno 2008.

La motivazione in diritto della Ponente Bianchi del 27 marzo 2008 ricalca sostanzialmente quella della precedente sentenza, con la

---

<sup>26</sup> La gravità di carattere clinico richiesta perché l'anomalia psichica possa rendere il soggetto incapace di esprimere un valido consenso e incidere sui doveri essenziali del matrimonio è stata rimarcata da **GIOVANNI PAOLO II**, *Allocuzione alla Rota Romana*, 5 febbraio 1987, in AAS, LXXIX, 1987, pp. 1453-1459. E ancora cfr. **GIOVANNI PAOLO II**, *Allocuzione alla Rota Romana*, 25 gennaio 1988, in AAS, LXXX, 1988, pp. 1178-1185. Cfr. anche **P. BIANCHI**, *Cause psichiche e nullità del matrimonio. I. Le allocuzioni alla Rota di Giovanni Paolo II. Il tema della capacità al matrimonio*, in *Quaderni di diritto ecclesiale*, 16, 2003, pp. 403-431; e **G. FATTORI**, *Scienze della psiche e matrimonio canonico. Le norme delle allocuzioni pontificie alla Rota Romana (1939-2009)*, Cantagalli, Siena, 2009, pp. 195-296.

<sup>27</sup> *Coram* Funghini, sent. 18 luglio 1990, cit.; *coram* Ragni, sent. 23 marzo 1993, cit.

<sup>28</sup> "(...) Il giudice dovrà domandarsi: il soggetto non ha potuto, pur volendolo, agire diversamente, ovvero non ha voluto farlo, pur potendolo?": **P. BIANCHI**, *Incapacitas assumendi*, cit., p. 230.



precisazione che alla verifica del criterio soggettivo-clinico concorrono soprattutto i mezzi di prova consistenti nella perizia e nella documentazione clinica del soggetto, mentre a quella del criterio oggettivo-normativo contribuisce la ricostruzione dei fatti.

Maggiore spazio viene inoltre dato alla difficoltà di determinare quali siano gli obblighi essenziali dello stato coniugale<sup>29</sup> e vengono citate altre due sentenze rotali, oltre a quelle richiamate nella decisione del 2007, relative al disturbo anoressico<sup>30</sup>.

Quanto ai fatti, la donna soffriva già da una decina d'anni prima del matrimonio di un grave disturbo della condotta alimentare, anoressia nervosa, associato a sintomi dello spettro ossessivo e a un grave stato di immaturità psicologica, tale da influire in modo sostanziale sulle sue capacità intellettive e volitive e sulla sua capacità di autodeterminazione in merito alla scelta matrimoniale e agli obblighi essenziali con essa assunti. Il matrimonio viene perseguito comunque e solo come via di fuga da una situazione familiare pesante, nonostante i dati oggettivi avrebbero dovuto fare riflettere diversamente. Dal punto di vista della capacità ad assumere gli obblighi essenziali viene individuata in particolare una carenza sotto il profilo dell'ordinazione di principio del matrimonio *ad bonum coniugum*, soprattutto in relazione all'integrazione affettiva e sessuale, rivelatasi non realizzata e realizzabile in S.

La sentenza conclude affermativamente sia per il n. 2 che per il n. 3 e viene confermata nel decreto di appello Ponente Margara del 30 gennaio 2009.

Stessa statuizione conclusiva nella Ponente Giacobbi del 29 aprile 2010, in cui la donna è dichiarata dal perito affetta da grave disturbo istrionico della personalità con caratteristiche di egosintonicità, abuso di alcol, psicofarmaci e da disturbi alimentari. Tuttavia il Giudice non esamina nello specifico la tematica di tali ultimi disturbi, trattando nella parte in diritto soltanto in generale l'incapacità a contrarre matrimonio e soffermandosi sui nn. 2 e 3 afferenti al dubbio di causa concordato.

Interessante la pronuncia Ponente Barolo del 30 aprile 1998 in cui l'incidenza dell'anoressia nervosa viene valutata, all'interno di un più

---

<sup>29</sup> La non tipizzazione e ardua identificazione di ciò che va considerato giuridicamente essenziale nel matrimonio porta la dottrina a parlare di obblighi essenziali *rimasti inevasi*: si veda P. BIANCHI, *Alla ricerca degli obblighi essenziali del matrimonio rimasti inevasi: can. 1095, n. 3*, in *Quaderni di Diritto Ecclesiale*, 22, 2009, pp. 65-84.

<sup>30</sup> *Coram* Funghini, sent. 18 luglio 1990, cit.; *coram* Ragni, sent. 23 marzo 1993, cit.; *coram* Serrano Ruiz, sent. 09 gennaio 1998, cit.; *coram* Boccafola, sent. 12 marzo 1998, cit.



ampio quadro problematico, in relazione alla simulazione per esclusione del *bonum prolis*.

Il matrimonio tra le parti, l'uomo, G., di ventuno anni, e la donna, L., di vent'anni, viene celebrato dopo quattro anni di fidanzamento e viene vissuto da L. esclusivamente come un modo per ottenere quell'autonomia e libertà che l'ambiente e il controllo familiare le avevano sempre fatto mancare. Lo stesso desiderio di libertà emerge dall'istruttoria come concausa del rifiuto persistente della donna ad avere dei figli, percepiti come ostacolo alla propria realizzazione personale e lavorativa e come fonte di stravolgimento del proprio stato di vita sociale ed economica. Nemmeno quando L. rimane incinta, dopo quasi nove anni di matrimonio, si può dire che la sua scelta sia stata consapevolmente orientata verso la maternità. Un paio di anni prima, infatti, la convenuta si ammala di anoressia e bulimia nervose, a cui giunge per eliminare l'eccesso di peso dovuto all'assunzione della pillola anticoncezionale. L'amenorrea la rende addirittura felice di non potere incorrere in gravidanze. È in tale stato psichico, nel momento in cui il ciclo le viene indotto artificialmente con farmaci, che L. accetta di soddisfare la richiesta insistente del marito, pur non desiderando la gravidanza. Tant'è che si sentì addirittura sollevata quando ebbe un aborto spontaneo e perse il figlio.

La sentenza richiama alcune pronunce rotali<sup>31</sup> in cui si ritiene il disturbo psichico dell'anoressia invalidante il consenso dal momento che il soggetto anoressico difetta della *discretio iudicii* e, di conseguenza, è incapace *ad assumenda onera coniugalia*, tra cui rientra quello della procreazione. La scelta della donna verso la maternità non poteva pertanto essere libera e consapevole. La decisione, che dichiara la nullità del matrimonio per esclusione della prole, offre interessanti spunti di riflessione. In primo luogo si è visto come l'anoressia e, più in generale, il disturbo del comportamento alimentare, possa avere rilievo anche se insorto dopo la celebrazione del matrimonio, seppure con riferimento a un canone diverso dal 1095. In secondo luogo è riprova della potenziale capacità di tali disturbi, in forma grave, di essere da soli invalidanti della capacità psichica decisionale e volitiva di un soggetto. In terzo luogo trova conferma quanto sopra osservato<sup>32</sup> circa la difficoltà di una donna anoressica di accettare la gravidanza e, di conseguenza, un figlio, con evidenti conseguenze sulla capacità della stessa ad assumere gli obblighi essenziali collegati al *bonum prolis*.

---

<sup>31</sup> *Coram* Funghini, sent. 18 luglio 1990, cit.; *coram* Ragni, sent. 23 marzo 1993, cit.

<sup>32</sup> Si veda *supra* quanto rilevato al par. 2, pp. 5-6.



Un cenno, per mera completezza espositiva sui risultati della ricerca, va fatto a un'altra sentenza, la Ponente Valsecchi del 29 giugno 2006, in cui i disturbi del comportamento alimentare in realtà non rilevano in sé e per sé, ma solo in quanto oggetto di dolo da parte della donna per timore di essere rifiutata qualora li avesse rivelati al marito. Il dubbio concordato è infatti relativo al can. 1098 e intorno a questo si basa la riflessione del Giudice. Con riferimento alla malattia si rileva soltanto che essa ha avuto certamente un influsso negativo nella vita coniugale, sia nella relazione della convenuta con il marito, sia nella stessa vita sessuale coniugale. Viene pertanto considerata la gravità della patologia, senza sottovalutarne la portata e i riflessi in ambito matrimoniale.

#### **4 - Le sentenze del Tribunale Ecclesiastico Regionale Triveneto e i disturbi del comportamento alimentare**

Passando a esaminare il materiale reperito presso il Tribunale Ecclesiastico Regionale Triveneto, va subito detto che le sentenze in tema di disturbi del comportamento alimentare sono trentuno, numero superiore a quelle del T.E.R. Lombardo<sup>33</sup>, comprese in un arco temporale leggermente più ristretto che va dal 2003 al 2010<sup>34</sup>.

Valgano riguardo a tale collocazione temporale le stesse considerazioni svolte sopra per le sentenze lombarde, a cui si rimanda<sup>35</sup>.

Dal punto di vista statistico, tra le pronunce del Triveneto tre sentenze si concludono con negazione della nullità del matrimonio, mentre tutte le altre sono affermative riguardo ad almeno uno dei capi di nullità proposti.

Rispecchia invece il *trend* del Tribunale milanese il dato per cui la maggioranza dei dubbi concordati contempla i nn. 2 e 3 del can. 1095. Per il resto, due soli casi riguardano il can. 1098, uno l'esclusione dell'indissolubilità e uno l'esclusione della prole, che viene subordinata nella formulazione del dubbio al can. 1095.

---

<sup>33</sup> In questo caso la ricerca è stata condotta tramite sistema informatizzato. Rileva certamente anche il fatto che la competenza del Tribunale Ecclesiastico Regionale Triveneto insiste su un territorio più vasto, composto da quindici diocesi italiane del Nord Est: Adria-Rovigo, Belluno-Feltre, Bolzano-Bressanone, Chioggia, Gorizia, Padova, Concordia-Pordenone, Trento, Treviso, Trieste, Udine, Venezia, Verona, Vicenza, Vittorio Veneto, rispetto al T.E.R. Lombardo: Milano, Bergamo, Brescia, Como, Crema, Cremona, Lodi, Mantova, Pavia, Vigevano.

<sup>34</sup> La causa conclusasi con la sentenza del 2003 è in realtà stata avviata nel 1998.

<sup>35</sup> Si veda *supra* quanto rilevato al par. 3, p. 6.



È interessante notare la presenza di una sentenza in cui il soggetto affetto dal disturbo alimentare è l'uomo. Dato questo singolare, ma che, restando un caso isolato, non smentisce quanto detto sulla maggior diffusione di anoressia e bulimia nella popolazione di sesso femminile.

La maggior parte delle sentenze, infine, pone a carico della parte psichicamente disturbata il divieto di contrarre nuove nozze senza il consenso del competente ordinario, udito il Tribunale.

Entrando nel merito, osserviamo subito che le due decisioni delle cause introdotte per dolo subito dall'uomo non affrontano direttamente il problema dei disturbi del comportamento alimentare.

La prima, Ponente Mattiello del 26 aprile 2002, affermativa, rileva soltanto che la donna era affetta da anoressia e bulimia da nove anni prima della celebrazione delle nozze, con comparsa di amenorrea disfunzionale a sei anni dal matrimonio. Ciò al fine di valutare la veridicità della consapevolezza nella S. di non potere concepire dei figli e della sua intenzionalità nel nascondere al fidanzato per non essere da questo rifiutato.

Nella seconda, Ponente Cecchele del 2 aprile 2004, l'anoressia viene solo addotta dall'attore come presente nella donna e dalla stessa a lui sottaciuta. Non viene però raggiunta in corso di causa la prova della corrispondenza al vero di tali dichiarazioni. Il Giudice si pronuncia quindi negativamente sul dubbio concordato.

Sotto tale profilo le due pronunce non apportano pertanto elementi significativi per il nostro lavoro, così come la Ponente Busato del 18 ottobre 2005 in tema di indissolubilità matrimoniale esclusa dalla donna affetta da anoressia.

La Ponente Ceoletta del 7 aprile 2008 si occupa di nullità per esclusione della prole e considera anoressia e bulimia, di cui soffre la donna sin dall'inizio dell'età adolescenziale per i difficili rapporti con i genitori, e perdurata durante il fidanzamento, come una causa secondaria che può in qualche modo avere influito non tanto sulla formazione di uno strenuo convincimento in R. a rifiutare radicalmente l'idea della maternità, quanto sulla sua stabilità psicologica. Ne vengono evidenziate la fragilità e il bisogno di appoggio e sostegno che l'hanno spinta ad accettare la proposta di matrimonio di M., seppur non sia stato possibile dimostrare la presenza di carenze di natura psichica di tale gravità da renderla incapace di contrarre valido matrimonio,

Di maggior interesse per la nostra ricerca sono le sentenze che valutano la nullità del matrimonio contratto da persone affette da disturbi del comportamento alimentare sotto il profilo della loro possibile incapacità psichica a norma del can. 1095.



Nella Ponente Vanzetto del 5 febbraio 2003 l'anoressia di cui soffre la donna sin dalla prima adolescenza viene individuata, dal punto di vista clinico, come manifestazione di un disagio latente, ma sempre presente in M., che affonda le sue radici nel difficile rapporto con i genitori, vissuti come inadeguati al loro ruolo e opprimenti la libertà della figlia, verso i quali la stessa già dall'infanzia si atteggiava in un continuo sforzo di adattamento cosciente e volontario. I problemi di salute scompaiono, almeno apparentemente ed esteriormente, con l'avvio della relazione con F., per poi ricomparire sotto forma di grave disturbo dell'identità sessuale in struttura isterico-paranoica con la prima gravidanza, ossia quando la donna viene posta di fronte alla necessità di assumere concretamente il ruolo di moglie-adulta e di madre.

Dal punto di vista canonistico, viene individuato un nesso di causalità tra l'anomalia psichica presente in M., con tutti i caratteri di gravità, antecedenza, perpetuità e relatività, e la mancanza nella stessa di conoscenza critica e libertà interna, nonché dell'incapacità di tradurre in pratica gli oneri matrimoniali con l'assunzione consapevole di responsabilità nella relazione interpersonale con il coniuge. Il matrimonio, celebrato quando le parti avevano ventisei e ventuno anni, viene quindi dichiarato nullo per incapacità nella donna a norma del can. 1095, nn. 2 e 3.

Anche nella sentenza Ponente Pavanello del 19 maggio 2003 viene ritenuto elemento importante l'esplosione di una grave forma di anoressia in M., seppur manifestatasi dopo il matrimonio alle prime difficoltà di relazione con il marito e con la di lui famiglia. La perizia ha avuto modo di evidenziare come in realtà il disturbo, diagnosticato come anoressia nervosa con abbuffate e condotte di eliminazione, fosse già presente, anche se allo stato sub-clinico, all'epoca della celebrazione del matrimonio, affondando le sue radici nello stato di abbandono vissuto nei confronti del padre e della madre, assenti perché assorbiti totalmente dalle proprie attività lavorative. L'anoressia mentale viene individuata come l'epifenomeno di un grave disturbo maturativo della personalità, modalità peculiare di eliminare il dolore mentale o i conflitti psichici attraverso atti e comportamenti.

Appurata la presenza del disturbo, dopo avere nella parte in diritto richiamato la giurisprudenza rotale e un'opera dottrinale in materia<sup>36</sup>, il Giudice verifica che anche i criteri clinico-soggettivo e normativo-

---

<sup>36</sup> *Coram* Stankiewicz, sent. 16 dicembre 1982, cit.; *coram* Funghini, sent. 18 luglio 1990, cit.; *coram* Ragni, sent. 23 marzo 1993, cit. Per la dottrina la sentenza cita A. MENDONÇA, N. SANGAL, *Effects of anorexia*, cit.



oggettivo sono soddisfatti nel caso concreto: quanto al n. 2 del can. 1095 viene appurato che la donna, al momento della manifestazione del consenso, aveva una comprensione solo astratta degli obblighi matrimoniali, in quanto i suoi processi volitivo-razionali erano negativamente condizionati da alcuni fattori costituzionali di personalità, in particolare dalla scarsa capacità di introspezione e dalla scarsa conoscenza dei propri sentimenti e motivazioni, fattori che le impedivano di valutare con sufficiente chiarezza, accuratezza e attendibilità la sua capacità o meno di portare avanti nel tempo gli obblighi essenziali del matrimonio. Quanto al n. 3 del medesimo canone, è riscontrato che il disturbo alimentare, associato a quello borderline di personalità, aveva portato la donna in uno stato di incapacità a relazionarsi al coniuge come altro da sé e di esternalizzazione dei propri conflitti attraverso la manipolazione delle persone come oggetti-sé, stato incompatibile con l'assunzione degli obblighi essenziali del matrimonio.

Stesse considerazioni nella parte in diritto in relazione all'anoressia nervosa e ai richiami giurisprudenziali e dottrinali si ritrovano in un'altra Ponente Pavanello, successiva di alcuni anni rispetto alla precedente, precisamente, resa in data 26 febbraio 2010. Probabile indice questo dell'immutato orientamento giurisprudenziale del Tribunale sul tema. Nel caso di specie viene osservato che il persistere al momento delle nozze di un disturbo del comportamento alimentare, definito come anoressia nervosa con abbuffate e condotte di eliminazione, comparso dopo la fine di un'infelice esperienza sentimentale e la morte improvvisa del padre, attesta l'esistenza di un'importante immaturità nella donna che ne è affetta. Sulla medesima linea si colloca il decreto di appello del Tribunale Ecclesiastico Regionale Lombardo con cui viene confermata la nullità del matrimonio per incapacità di cui ai nn. 2 e 3 del can. 1095 da parte della donna.

Parimenti incisiva risulta la presenza dell'anoressia nella causa Ponente Valentini, conclusasi con sentenza affermativa per entrambi i capi di nullità resa in data 25 marzo 2004, peraltro a distanza di quasi trent'anni dalla celebrazione del matrimonio tra I., la donna, e G.P.

Pur occupandosi nella parte in diritto soltanto dell'immaturità affettiva e del disturbo dipendente di personalità, nella parte in fatto emerge che l'attrice fosse affetta anche da anoressia nervosa. Questa patologia è individuata come sintomo di un disagio interiore iniziato dalla prima infanzia con il senso di abbandono che la morte prematura del padre ha determinato in I., di allora nemmeno due anni di età, protrattosi per moltissimi anni, e presente anche al momento della manifestazione del consenso matrimoniale. Il disturbo alimentare unito a quello d'ansia di



separazione a esordio precoce per la mancata relazione triangolare con i genitori, a quello dipendente di personalità e alle fobie sociali di I., hanno fatto sì che il consenso non potesse essere espresso liberamente e consapevolmente né con riferimento al n. 2, né tantomeno al n. 3 del can. 1095.

Minor rilievo viene attribuito invece all'anoressia, tanto in diritto, quanto in fatto, in due Ponente Ceoletta, in cui l'attenzione di perito e Giudice si concentra maggiormente sull'immaturità di entrambe le parti (sentenza del 26 agosto 2004, affermativa per l'uomo e per la donna in relazione ai nn. 2 e 3 del can. 1095) o sul disturbo borderline e l'immaturità della donna (sentenza del 18 febbraio 2004), mentre le problematiche alimentari vengono liquidate come mera denuncia delle difficoltà di accedere ai propri vissuti durante il periodo del fidanzamento e del matrimonio (pur trattandosi, nella prima delle pronunce citate, di anoressia presente dai quindici anni della donna, con ricovero ospedaliero di tre mesi, alimentazione con flebo, e risolta solo intorno ai trent'anni). Entrambe i casi sono comunque accomunati da ambienti familiari di origine difficili, rigidi, con problematiche psicologiche presenti già nei genitori, in particolare nelle madri, dove il vissuto della donna poi rivelatasi incapace di valido consenso è stato fortemente segnato dagli atteggiamenti familiari recepiti come soffocanti e repressivi.

Anche per la sentenza Ponente Pavanello del 10 settembre 2007 i disturbi alimentari presenti nella donna durante l'adolescenza sono sintomi da valutare, insieme alle carenze dell'ambiente familiare e al disturbo ossessivo-compulsivo *post* matrimoniale, in un più ampio quadro di immaturità psico-affettiva, seppur mancasse al momento della celebrazione delle nozze un preciso disturbo della personalità. In tal senso conclude affermativamente per il n. 2 e negativamente per il n. 3 del can. 1095. Solo un accenno viene fatto nella Ponente Ros del 13 maggio 2009 al disturbo del comportamento alimentare, in cui si tramutano gli effetti negativi del blocco affettivo vissuto dalla donna nell'età infantile e adolescenziale per il disinteresse e l'abbandono percepiti. La L. cade anche in depressione e mette in essere comportamenti ossessivo-compulsivi che la portano ulteriormente al ritiro sociale e alla totale chiusura in se stessa. Il disturbo viene comunque valutato come indice, nel più ampio complesso dei problemi riscontrati nella donna, d'inadeguatezza della sua facoltà deliberativa, specie sul piano pratico, pur nell'integrità della facoltà intellettuale. Stesso discorso per la Ponente Tomasi del 12 marzo 2009, in cui l'anoressia si inserisce in un contesto caratterizzato da un grave disturbo istrionico di personalità.



Anche due Ponente Ceoletta, una del 26 novembre 2004, l'altra del 08 giugno 2005, negano la rilevanza tanto di episodi di problemi alimentari vissuti dalla donna in età adolescenziale, legati all'attenzione alla propria immagine fisica, alla cura di sé, con assenza per un periodo delle mestruazioni, quanto di sintomi anoressici di media gravità in personalità narcisistica, non configurando essi una vera e propria patologia anoressica di tale gravità da incidere sulla capacità psichica consensuale della stessa. Ciò a riprova del fatto, già evidenziato, che non tutte le difficoltà e anomalie psico-fisiche sono in grado di intaccare sostanzialmente la capacità di intendere e di volere del soggetto<sup>37</sup> e, pertanto, il Giudice non dovrà addivenire a una conclusione automatica *pro nullitate* per la sola presenza di un disturbo psichico, sulla scorta dell'inesatta equazione anomalia-nullità. Entrambe le sentenze si concludono negativamente per entrambi i capi di nullità concordati.

A porsi sulla stessa linea interpretativa è ancora una Ponente Ceoletta del 12 aprile 2010 in cui, pur in presenza di problemi di anoressia e bulimia comparsi cinque anni prima delle nozze, come indicativi di un rapporto disturbato con i genitori, nonché dell'utilizzo di meccanismi auto aggressivi come modalità di gestione di situazioni conflittuali, il Ponente non ritiene che la situazione psichica della donna fosse gravemente compromessa in relazione al n. 2 del can. 1095. Ritiene infatti limitati in F. il numero e l'ampiezza delle alternative possibili rispetto ai comportamenti da scegliere, senza esserne tuttavia pregiudicata la libertà e la capacità essenziale di intendere e di volere.

È una Ponente Mazzoni del 28 gennaio 2005 a circoscrivere con la dovuta prudenza l'anoressia insorta nella donna dopo il matrimonio, a causa dei problemi coniugali e della nevrosi presente in forma grave al momento delle nozze. È quest'ultima patologia, dovuta a una situazione estremamente difficile e conflittuale nella famiglia d'origine (padre assente, per nulla dedito al lavoro, alcolizzato, madre scarsamente affettiva e oberata di lavoro per sopperire alla situazione economica pesante) a essere individuata come la vera causa dell'incapacità psichica di F. a esprimere un valido consenso matrimoniale in ordine tanto alla sufficiente discrezione di giudizio, quanto all'assunzione degli obblighi essenziali del patto coniugale.

Così nelle Ponente Valentini del 13 settembre 2007, Ponente Bisiacchi del 17 marzo 2010 e Ponente Franchetto del 3 maggio 2010. Nella

---

<sup>37</sup> Ricorda **GIOVANNI PAOLO II**, *Osservatore Romano*, 25-26 gennaio 1988, pp. 4-5, che la condizione umana in questo mondo "comprende anche moderate forme di difficoltà psicologica".



prima sentenza la patologia anoressica compare addirittura solo dopo la gravidanza della donna, che smette di mangiare a seguito della depressione che l'aveva portata a desiderare di morire, come ultima manifestazione di un personalità fortemente disturbata e dipendente, schiacciata e umiliata nella propria femminilità.

Nella altre due pronunce citate l'anoressia e la bulimia nervose, comparse in corrispondenza di difficili o fallimentari relazioni affettive e sentimentali, si affiancano al preponderante disturbo borderline della personalità, con forti tratti di personalità dipendente, che hanno impedito alla donna di essere libera di scegliere attraverso l'uso di una reale capacità di discrezione di giudizio.

Un dato che risulta senz'altro interessante nella Ponente Mascotti del 27 settembre 2005, almeno dal punto di vista statistico per la sua sporadicità, è che il soggetto della coppia colpito da anoressia e bulimia nervose non è la donna, come in tutti gli altri casi esaminati, bensì l'uomo. Un uomo costretto in continuazione dal clima familiare al confronto con il fratello morto in tragiche circostanze all'età di nove anni. Quanto alla dimensione giuridica del problema, un certo spazio, per lo meno rispetto alle precedenti pronunce, viene dato alla valutazione del disturbo alimentare constatato in G. Viene innanzitutto richiamato l'orientamento rotale in materia e individuata l'origine delle problematiche psichiche dell'uomo: il trauma familiare irrisolto nonostante il passare del tempo. Da qui elementi di rimozione e difesa concretizzatisi in disturbi fisici di origine psichica, soprattutto in occasione di decisioni implicantanti un certo grado di responsabilità, affettività e autonomia, tra i quali il principale dato da anoressia e bulimia. I disturbi vengono tenuti nascosti sia prima che dopo il matrimonio dall'uomo, che non ne comprende la gravità e non accetta di farsi aiutare. La sentenza ritiene importante per la riflessione sul rapporto tra capacità e matrimonio in concreto la circostanza secondo la quale "i disturbi all'alimentazione apparvero circa due anni prima del matrimonio, (...) legati a dispiaceri personali, in particolare nel rapporto con la signora D. [la moglie, n.d.a.]".

Questo quadro generale si inserisce in una situazione di fondo connotata da una scarsa strutturazione della personalità (nevrosi persistente, inquietudine, senso di inferiorità, insicurezza, ansia, dipendenza, fuga dalla responsabilità, debole capacità decisionale e progettuale), che porta il perito d'ufficio a concludere per un'immaturità profonda dell'uomo. Il Giudice compie l'ulteriore passaggio per individuare l'esistenza o meno del forte nesso richiesto "tra i poli soggettivo e oggettivo" per valutare la gravità dell'incapacità: data la grave compromissione della capacità intellettuale di G., le ripercussioni



della sofferenza psichica sulla sua persona, il comportamento da figlio piuttosto che da marito nei confronti della moglie, conclude affermativamente per entrambe i capi di nullità.

Le Ponente Ros del 28 marzo 2006 e Ponente D'Agosto del 16 maggio 2006 si soffermano fuggacemente sull'anoressia, ma la ritengono comunque un indicatore sicuro dell'incapacità della donna che ne soffre di elaborare un progetto duraturo di vita familiare, di ponderare adeguatamente cosa davvero significhi il matrimonio e a cosa impegni per tutta la vita, soprattutto sul piano oblativo della capacità di partecipazione attiva e solidale. La causa viene sempre individuata nei problemi di rapporto con la madre, che nell'un caso sfociano in ripercussioni sull'identità personale della figlia, nell'altro generano una personalità immatura e inibita con disturbo di personalità NAS e sul piano sessuale.

Interessa anche la capacità di assolvere il compito procreativo la Ponente Pavanello del 28 giugno 2006, che si occupa del matrimonio celebrato tra A. e R, la donna, all'età rispettivamente di trenta e venticinque anni. Al momento della celebrazione R. soffre di un serio disturbo psichico, individuato nell'anoressia e bulimia nervose, che le ha impedito sia di compiere una scelta nuziale responsabile e consapevole, sia di assolvere agli impegni essenziali, con particolare riferimento alla comunione di vita e alla fedeltà coniugale. È anzi proprio la vita coniugale che fa emergere in tutta la sua gravità la patologia della donna, il cui sviluppo psicologico e affettivo è stato fin dall'infanzia e dall'adolescenza compromesso dalla morte prematura del padre e dalle difficoltà di relazione con la madre e il patrigno. Nella perizia si legge poi che "il problema cibo è una manifestazione tardiva ed emblematica di un disturbo più fondamentale del concetto di sé", espressione di una condizione patologica legata alla struttura psicologica. Significativo delle problematiche psicologiche di R. è il modo in cui affronta la gravidanza, desiderata solo come soluzione al problema alimentare, poi interrotta a causa di un aborto spontaneo ricollegato dalla stessa donna alla crisi bulimica con abbuffata-vomito che aveva avuto la sera precedente. Da qui il tentativo di suicidio e la vita affettiva sregolata successiva.

In questa sentenza il Giudice attribuisce quindi un ruolo fondamentale agli influssi esercitati dai disturbi del comportamento alimentare sul consenso, ritenendo proporzionata la causa psichica al suo effetto giuridico, ossia alla realtà giuridica dell'incapacità. Richiamata sul



punto la giurisprudenza rotale<sup>38</sup>, conclude affermativamente per la nullità del matrimonio.

Rilevanza della presenza della sola anoressia come patologia in grado di inficiare la validità del consenso matrimoniale, peraltro non manifesta al momento della celebrazione, si ritrova in una Ponente Berti del 3 aprile 2008. Anche se i sintomi fisici esplodono poco dopo il matrimonio, peraltro con tale gravità da ridurre T. in coma per dieci giorni e richiedere ben undici mesi di ricovero ospedaliero, l'anoressia è individuata come esistente allo stato latente sin dall'infanzia a causa del rapporto con la madre dominante e influente, verso la quale la figlia era sottomessa e ossequiosa a qualsiasi sua richiesta. Questo rapporto fatto solo di doveri è stato trasposto nel matrimonio in modo acritico. Il conseguente arresto dello sviluppo sessuale e delle dinamiche intrapsichiche hanno portato la donna a esprimere il consenso matrimoniale nella situazione di incapacità di cui al can. 1095, nn. 2 e 3. Non è dato tuttavia sapere quali siano gli obblighi essenziali che in particolare si ritengono inadempiti dalla donna, poiché la sentenza non entra sul punto nello specifico della loro individuazione.

Dello stesso avviso è la pronuncia Ponente Vanzetto del 9 settembre 2009 in relazione a un caso in cui il disturbo del comportamento alimentare è presente già da tempo al momento delle nozze, ma viene nascosto da M. al marito, il quale ne viene a conoscenza solo nel momento in cui la gravità dello stesso richiede interventi medici e cure. Non ci sono nella donna altri disturbi della personalità accertati o gravi forme di immaturità. L'anoressia da sola, in fase acuta, porta a ritenere M. incapace di agire diversamente e di farsi carico delle obbligazioni essenziali del matrimonio secondo il n. 3 del can. 1095, essendo totalmente presa dalla ricerca del benessere per se stessa. In tal senso depongono l'incapacità di rivelare al marito il suo stato, l'incapacità di farsi carico degli impegni e delle responsabilità del vivere coniugale e familiare, essendo intrinseco alla natura del disturbo anoressico l'attenzione esclusiva alla propria persona. Ancora una volta l'origine è legata al difficile rapporto con i genitori. Interessanti i riferimenti dottrinali sul tema nella parte in diritto, mentre sono assenti richiami giurisprudenziali.

Menziona invece la sentenza rotale *coram* Boccafola del 12 marzo 1998 una Ponente Caccin del 04 dicembre 2008 e si rifà al DSM IV-TR quanto ai sintomi e agli effetti dell'anoressia. La pronuncia osserva che

---

<sup>38</sup> *Coram* Stankiewicz, sent. 16 dicembre 1982, cit.; *coram* Funghini, sent. 18 luglio 1990, cit.; *coram* Ragni, sent. 23 marzo 1993, cit.



“si tratta di un disordine mentale severo che, in proporzione alla sua consistenza, interferisce con la personalità di chi ne è colpito. Quindi non si tratta solo di un problema di cibo, ma di psiche, che può rendere incapace la persona alle relazioni interpersonali, nelle loro varie espressioni. Se l'anoressia patita dal soggetto è seria, ne viene interessato e intaccato il consenso nuziale”.

E questo è proprio quanto avviene nel caso concreto, in cui il Ponente rileva come la sofferenza psicologica in cui S. versava a causa dell'anoressia nervosa di “gravità drammatica” (a rischio della vita stessa), a sua volta dovuta al forte rifiuto di sé, della propria corporeità e femminilità e alla contestazione dei genitori, abbia impedito alla stessa di scegliere il matrimonio come frutto di un'analisi serena di ciò che esso significava. La medesima incapacità si è riflessa su alcuni degli obblighi che costituiscono parte integrante del matrimonio: dialogo, socializzazione con il partner, mediazione dei problemi, oblatività, serena gestione della sessualità coniugale.

Anche nella parte in diritto della Ponente Frattin del 4 dicembre 2008 vengono svolte delle considerazioni in ordine all'anoressia nervosa, alle sue caratteristiche e ai suoi effetti, con richiamo anche in questo caso al DSM IV e, per quanto riguarda le conseguenze giuridiche sul matrimonio, alla sentenza rotale *coram* Ragni del 23 marzo 1993. Seppur l'anoressia non fosse l'unica patologia presente, ma affiancata da un disturbo da uso di alcool come dipendenza stabile e da un disturbo depressivo di personalità, il Giudice le attribuisce rilevanza, per la sua gravità, come concausa dell'incapacità di V. a esprimere un valido consenso, sia sotto il profilo del grave difetto di discrezione di giudizio, sia sotto quello dell'assunzione delle obbligazioni essenziali del matrimonio. All'origine circostanze negative piombate sulla sventurata donna sin dalla nascita: l'abbandono della madre naturale, l'adozione solo per condizione imposta dal fratellino scelto dai nuovi genitori, la non accettazione della propria fisicità, la violenza sessuale, l'alcolismo, i tentativi di suicidio.

Interessante nella Ponente Lavaroni del 20 aprile 2009 l'intervento del Giudice nella qualificazione del disturbo di cui soffre la R. in contrasto con quanto sostenuto dal perito d'ufficio. Quest'ultimo infatti appare restio a qualificare come anoressia nervosa i sintomi che risultano dagli atti processuali, iniziati nella mente della donna, la quale, vissuta in un clima familiare di forte svalutazione e incomprensione, ormai prossima ai trent'anni, constata di essere ancora senza la prospettiva sentimentale e pensando di meglio piacere si impone maniacalmente l'obiettivo della magrezza fino a perdere parecchi chili di peso e a soffrire di prolungata amenorrea. Il Ponente ritiene invece che si tratti pur sempre di una forma



di anoressia, non nervosa o cronica, le quali esordiscono nella prima infanzia, ma come reazione neurotica, che può intervenire a qualunque età. Quanto a effetti le diverse forme del disturbo sono equiparabili, tant'è che R. viene ritenuta talmente concentrata su se stessa e in contrapposizione con il mondo esterno degli affetti da risultare incapace tanto di discrezione di giudizio, quanto di assumere gli obblighi essenziali del matrimonio. Sotto il primo profilo si noti che non si tratta di incapacità di valutazione astratta, data la buona intelligenza e l'educazione umana e cristiana ricevuta, ma di valutazione pratico-pratica, concreta, della sua situazione e quindi dei diritti e doveri che si sarebbe assunta sposandosi. Sotto il secondo profilo vengono individuati in particolare gli obblighi non portati a compimento dalla donna, obblighi che la sentenza in esame ritiene di qualificare come essenziali:

*“fare comunione affettiva, vivere serenamente l'intimità sessuale, vivere una normale relazione quotidiana, concorrere alla conduzione del regime domestico, promuovere la concordia e la vicendevole maturazione”.*

La presenza dell'anoressia gioca un ruolo fondamentale nella vicenda di cui si è occupata la sentenza Ponente Vanzetto del 3 giugno 2009. Il disturbo alimentare è presente in A., soggetto con problematiche identitarie e depressive, già da diversi anni prima della celebrazione del matrimonio e condiziona tutte le scelte dalla stessa effettuate in ordine al rapporto con il fidanzato, prima fra tutte la determinazione ad addivenire alle nozze. La patologia è talmente grave da fare diventare per anni il cibo, il dimagrimento, l'attività fisica gli unici scopi della donna, con riflessi non solo sulla consapevolezza della scelta coniugale, ma anche sulla susseguente vita di coppia, profondamente minata dalle mancanze di A. nel rapporto personale, relazionale e intimo con il marito. Come già osservato a proposito di altre sentenze, anche qui viene in rilievo la forte problematica insita nel disturbo anoressico riguardante l'identità femminile, che viene rifiutata soprattutto nella sua valenza generativa e quindi nella possibilità di accedere a una sessualità e genitalità matura, al desiderio di viverci come donna, moglie e madre. In questo quadro, l'anoressia è ritenuta patologia capace di invalidare il consenso sotto i profili di cui al can. 1095 nn. 2 e 3.

## **5 - Conclusioni**



Dall'esame di questa rassegna giurisprudenziale emergono alcuni dati da cui trarre spunti per riflessioni e aperture di nuove prospettive sul tema dell'interazione tra disturbi del comportamento alimentare e consenso matrimoniale.

Il numero delle decisioni esaminate, trentotto, non appare tutto sommato eccessivamente esiguo, specie se rapportato al numero di pronunce rotali sul tema. Certamente ciò è dovuto, come in parte già osservato, alla crescente diffusione del fenomeno e alla tendenza a dare allo stesso rilievo, anche attraverso la maggior disponibilità all'ammissione da parte dei soggetti interessati, solo a partire dagli ultimi decenni.

Riguardo alla diversa proporzione numerica rispetto alla giurisprudenza della Rota Romana, essa si spiega da sé per il sol fatto che moltissime cause non giungono al Tribunale di ultima istanza poiché ottengono già in sede di appello la doppia conforme alla sentenza affermativa della nullità.

Da un lato si osserva come non tutte le sentenze abbiano attribuito lo stesso peso al ruolo dei disturbi del comportamento alimentare in relazione alla capacità di esprimere un valido consenso matrimoniale del soggetto colpito tanto sotto il profilo della sua capacità critico-estimativa, quanto riguardo alla sua idoneità ad assumere gli obblighi essenziali del matrimonio. Questo è di certo un dato positivo, segno dell'accortezza dei Giudici a vagliare con attenzione i dati clinici rapportandoli con i riscontri fattuali e testimoniali, nonché con le risultanze peritali e, soprattutto, con il dato normativo.

Dall'altro lato, quanto ora evidenziato mette in rilievo anche l'esistenza di molti casi in cui il disturbo alimentare costituisce una componente del più ampio e complesso quadro patologico del soggetto, componente non sufficiente da sola a determinarne l'incapacità psichica. Questa posizione è in linea con la già citata dottrina sul tema, secondo la quale non qualsiasi disturbo mentale, per il solo fatto di essere sussistente nella persona, è in grado di costituire un capo giuridico di nullità del matrimonio se non produce effetti sulla capacità della stessa a prestare il consenso matrimoniale. L'anoressia e la bulimia non sempre sono cause efficienti alla base dell'incapacità giuridica: la diagnosi del disturbo non è condizione necessaria e sufficiente per stabilire con certezza morale la nullità del matrimonio.

Tuttavia riteniamo importante mettere in luce l'esistenza di alcune pronunce, tra quelle esaminate, che, seppur a livello di eccezione sulla regola generale, attribuiscono rilevanza autonoma, ai fini della nullità,



all'anoressia che raggiunga determinati livelli di gravità. Tendenza che non pare rinvenirsi nelle sentenze rotali in materia.

Anche il fatto che la maggior parte delle sentenze in cui anoressia e bulimia hanno assunto un certo rilievo si sia conclusa a favore della nullità del matrimonio, può essere letto come chiaro indice delle ripercussioni che i disturbi del comportamento alimentare hanno sulla validità del consenso matrimoniale: dati per assodati gli effetti dal punto di vista clinico sulla capacità del soggetto di emettere un valido consenso secondo il criterio oggettivo e soggettivo, le sentenze in parola hanno stabilito una correlazione tra gli effetti dell'anoressia e bulimia nervose e il consenso matrimoniale, anche se compresenti con altri disturbi psichici. Si può dire, dunque, che anche per i disturbi del comportamento alimentare, come per gli altri motivi di nullità matrimoniale a base psichica, vi sia stata sotto tale profilo un'integrazione di aspetti clinici e principi giuridici.

All'interno delle cause introdotte sulla base del can. 1095, invero la quasi totalità, nessuna è stata proposta per incapacità di cui al n. 1 della medesima norma, probabilmente perché anoressia e bulimia non vengono ritenute patologie in grado di fare scemare quel minimo di ragione sufficiente per fare comprendere i contenuti del matrimonio anche solo a livello teorico.

L'incapacità derivante da un disturbo del comportamento alimentare, abbia esso rilevanza autonoma o di concausa, è stata invece riconosciuta in prevalenza con riferimento sia al n. 2 che al n. 3, mentre in due cause è stato dato parere negativo per il n. 2, e tre per il n. 3. Soltanto in due pronunce la conclusione è stata negativa per entrambi i capi di nullità. Il dato fa pensare all'idoneità del disturbo, in senso canonistico, a inficiare tanto la capacità di sufficiente valutazione critica dei diritti e doveri essenziali del matrimonio e la libera autodeterminazione nel decidere di farsene carico, quanto la capacità di adempiere uno o più obblighi essenziali del matrimonio. Non sempre tuttavia le sentenze, come abbiamo visto, si addentrano nella determinazione dell'obbligo essenziale che si ritiene impedito dal disturbo del comportamento alimentare.

Da ultimo, rileviamo come dai riferimenti giurisprudenziali richiamati dalle sentenze, per la precisione non sempre presenti, è fuori dubbio che l'orientamento rotale, seppur come già rilevato non molto ricco di pronunciamenti in questa materia, rimane il punto di riferimento dei Tribunali Ecclesiastici Regionali verso cui orientare le proprie decisioni.



## **ABSTRACT**

### **Eating disorders and canonical marriage. The experience of Lombardo and Triveneto Ecclesiastical Regional Courts.**

Eating disorders find an increasing prevalence in the current social context and inevitably the impact that they have on the person who suffers is also reflected on the theme of the canonical matrimonial consent, placing itself in the bed of can. 1095 CIC. In this context the work wants to offer an overview of decisions in matters of Ecclesiastical Regional Courts, in particular Lombardo and Triveneto, paying attention to the legal evaluation of the consequences that these pathologies may have on the capacity to contract a valid canonical marriage.

**PAROLE CHIAVE** - capacità, consenso matrimoniale, can. 1095, anoressia, disturbi del comportamento alimentare, sentenze.

**KEY WORDS** - capacity, matrimonial consent, can. 1095, anorexia, eating disorders, sentences.