



19 NOVEMBRE 2025

La Corte costituzionale e i trattamenti
sanitari obbligatori: luci e ombre
dell'inizio di un percorso

di Gian Paolo Dolso

Professore ordinario di Diritto costituzionale
Università degli Studi di Trieste

La Corte costituzionale e i trattamenti sanitari obbligatori: luci e ombre dell'inizio di un percorso^{*}

di Gian Paolo Dolso

Professore ordinario di Diritto costituzionale
Università degli Studi di Trieste

Abstract [It]: L'articolo esamina la sentenza n. 76 del 2025, con cui la Corte costituzionale ha dichiarato l'illegittimità costituzionale della disciplina dei trattamenti sanitari obbligatori (TSO) nella parte in cui non prevede adeguate garanzie procedurali. Nella sentenza viene affermata la necessità della comunicazione del provvedimento e dell'audizione del destinatario del trattamento da parte del giudice tutelare sulla base del richiamo agli artt. 13, 24, 32 e 111 Cost. Nonostante l'intervento della Corte rimangono dei profili di criticità, tra cui il rispetto del principio del consenso richiesto per ogni trattamento sanitario, il ruolo della difesa tecnica nel procedimento, fino alla controversa competenza attribuita ai sindaci.

Title: The Constitutional Court and compulsory medical treatment: the ups and downs of the beginning of a journey

Abstract [En]: The article examines Judgment No. 76 of 2025, in which the Constitutional Court declared the unconstitutionality of the legislation governing compulsory medical treatment (TSO) insofar as it fails to provide adequate procedural safeguards. In the decision, the Court emphasized the necessity of notifying the individual concerned and ensuring that the guardian judge hears the person subjected to treatment, grounding this requirement in Articles 13, 24, 32, and 111 of the Constitution. Despite the Court's intervention, several critical issues remain unresolved, including compliance with the principle of informed consent required for any medical treatment, the role of legal counsel in the proceedings, and the contentious attribution of competence to mayors.

Parole chiave: Corte costituzionale, trattamenti sanitari obbligatori, malattie mentali, diritto di difesa

Keywords: Constitutional Court, Compulsory Health Treatment, Mental Disease, Right to Defense

Sommario: 1. La questione di costituzionalità. 2. Il quadro normativo nella motivazione della sentenza. 2.1. Sui "casi". 2.2. Sulle garanzie. 2.3. Ratio e finalità della misura. 3. Il "merito" della quaestio. 4. Tirando le fila.

1. La questione di costituzionalità

La Cassazione ha sollevato una importante questione di costituzionalità in relazione alla misura del trattamento sanitario obbligatorio (cosiddetto TSO) disciplinato dalla legge n. 833 del 1978¹. La Corte

^{*} Articolo sottoposto a referaggio.

¹ L'ordinanza di rimessione della Cassazione (Cass., I sez. civ., ord. 9 settembre 2024, n. 24124) non è passata inosservata: sul punto si veda il ricco contributo di E. DALY, *Trattamento sanitario obbligatorio e diritto di difesa*, in *Corti supreme e salute*, n. 3, 2024. Sui trattamenti sanitari obbligatori la dottrina è molto ampia: ci si limita qui a segnalare M. LUCIANI, *Il diritto costituzionale alla salute*, in *Diritto e società*, 1980, pp. 780 ss.; R. D'ALESSIO, *I limiti costituzionali dei trattamenti «sanitari» (a proposito dei Testimoni di Geova)*, in *Diritto e società*, 1981, pp. 529 ss.; V. CRISAFULLI, *In tema di emotrasfusioni obbligatorie*, in *Diritto e società*, 1982, 557 ss.; F. MODUGNO, *Trattamenti sanitari «non obbligatori» e Costituzione (a proposito del rifiuto delle trasfusioni di sangue)*, in *Diritto e società*, 1982, pp. 303 ss.; B. PEZZINI, *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, in *Diritto e società*, 1983, I, pp. 25 ss.; D. VINCENZI AMATO, *Il modello dei trattamenti sanitari nella legge 180*, in P. CENDON (a cura di), *Un altro diritto per il malato di mente. Esperienze e soggetti della trasformazione*, E.S.I., Napoli, 1988, pp. 171 ss.; E.

costituzionale ha deciso la questione con la sent. n. 76 del 2025². La rimessione muove da un giudizio di opposizione avverso il decreto di convalida di un provvedimento sindacale che ha disposto un trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera, che rappresenta la situazione più critica dal momento che si risolve senza dubbio in una limitazione della libertà personale del destinatario del provvedimento.

Vengono censurate diverse norme della legge citata «nella parte in cui non prevedono che il provvedimento motivato con il quale il sindaco dispone il trattamento sanitario obbligatorio [...] sia tempestivamente notificato all'interessato, o al suo eventuale legale rappresentante, con l'avviso che il provvedimento sarà sottoposto a convalida del giudice tutelare entro le 48 ore successive e con l'avviso che l'interessato ha diritto di comunicare con chiunque ritenga opportuno e di chiedere la revoca del suddetto provvedimento, nonché di essere sentito personalmente dal giudice tutelare prima della convalida; nonché nella parte in cui non prevedono che l'ordinanza motivata di convalida del giudice tutelare sia tempestivamente notificata all'interessato, o al suo eventuale legale rappresentante, con l'avviso che può presentare ricorso ai sensi dell'art. 35 della legge 833/1978». La Cassazione evoca come parametri gli articoli 2, 3, 13, 24, 32, 111 e 117, comma 1, Cost., quest'ultimo in relazione agli artt. 6 e 13 CEDU, rilevando al riguardo che altri provvedimenti amministrativi restrittivi della libertà personale, quali l'accompagnamento coattivo alla frontiera e il trattenimento dello straniero nei centri di permanenza per il rimpatrio, contemplano il diritto, per il destinatario, di essere ascoltato dal giudice in sede di convalida. Diritto vieppiù necessario dato che siamo al cospetto di persone «fragili», rispetto alle quali l'ordinamento prevede «modelli procedurali che, pur semplificati, quando incidono su diritti costituzionali contemplano sempre l'audizione della persona, come il procedimento per la nomina dell'amministratore di sostegno». Viene evidenziato il paradosso secondo cui «il destinatario del provvedimento non avrebbe

CAVASINO, *Trattamenti sanitari obbligatori*, in S. CASSESE (diretto da), *Dizionario di diritto pubblico*, Giuffrè, VI, Milano, 2006, pp. 5961 ss.; A. SIMONCINI, E. LONGO, *Art. 32*, in R. BIFULCO, A. CELOTTO, M. OLIVETTI (a cura di), *Commentario alla Costituzione*, Utet, Torino, 2006, 666 ss.; C. TRIPODINA, *Art. 32*, in S. BARTOLE, R. BIN, *Commentario breve alla Costituzione*, Cedam, Padova, 2008, pp. 330 ss.; E. CAVASINO, *La flessibilità del diritto alla salute*, editoriale scientifica, Napoli, 2012, pp. 130 ss.; G. SCACCIA, *Articolo 32*, in F. CLEMENTI - L. CUOCOLO - F. ROSA - G.E. VIGEVANI (a cura di), *La Costituzione italiana. Commento articolo per articolo*, Il Mulino, I, Bologna, 2018, 214 ss.; S. ROSSI, *La salute mentale tra libertà e dignità. Un dialogo costituzionale*, Franco Angeli, Milano, 2015, pp. 256 ss. Da ultimo si veda E. DALY, *Profili costituzionali dei trattamenti medico-psichiatrici*, Pacini Giuridica, Pisa, 2024, a cui si rinvia anche per ulteriori riferimenti di dottrina e di giurisprudenza in materia.

² A testimonianza della rilevanza della pronuncia, si può osservare che molti commenti l'hanno accompagnata: in particolare si vedano, in ordine di comparizione, A. SCALERA, *La sentenza della Corte costituzionale sui T.S.O.: un caso di ultrapetizione necessaria?*, in *Giustizia insieme*, 1 luglio 2025; N. CASTELLANO, *Il diritto al contraddittorio del paziente psichiatrico dopo l'ordinanza sindacale dispositiva del TSO: note a margine della sentenza n. 76/2025*, in *Diritti comparati*, 24 luglio 2025; C. GIUNTA, *Passi avanti e passi indietro nella tutela dei diritti costituzionali del paziente psichiatrico sottoposto a trattamento sanitario coercitivo. Considerazioni a partire dalla sentenza della Corte costituzionale n. 76 del 2025*, in *Federalismi.it*, n. 20, 2025, pp. 257 ss.; E. DALY, *La Corte costituzionale si pronuncia sulla legge Basaglia. I problemi aperti dalla "nuova" procedura di TSO tra garanzie per il paziente e criticità organizzative*, in *Rivista AIC*, n. 3, 2025, pp. 216 ss.; S. ROSSI, *Il processo della cura: la Corte costituzionale e il trattamento sanitario obbligatorio in ambito psichiatrico*, in *Rivista AIC*, n. 4, 2025, pp. 427 ss.

neppure contezza della sua esistenza, non potendo conoscere né confutare le ragioni che ne costituiscono il fondamento e incontrando così un ostacolo insormontabile nell'accesso in tempo utile alla giustizia».

Nel procedimento davanti alla Corte costituzionale non risulta costituito il Presidente del Consiglio dei Ministri tramite l'Avvocatura dello Stato. Si tratta di una eventualità piuttosto rara, che può avere significati diversi. Nel nostro caso si potrebbe verosimilmente ipotizzare che la mancata presenza della parte pubblica corrisponda ad una sostanziale adesione rispetto alla questione proposta, nemmeno risolvibile-forse questo si può anche desumere dall'assenza in giudizio- in via interpretativa.

La Corte, prima di entrare nel merito della questione, procede ad una ricostruzione dell'istituto, appunto il TSO in condizioni di degenza ospedaliera: un trattamento regolato dagli artt. 33, 34 e 35 della legge n. 833 del 1978, con i quali è stata trasposta nella legge istitutiva del servizio sanitario nazionale la disciplina introdotta dalla legge n. 180 del 1978 (legge *Basaglia*). Stando all'art. 22, c. 4 della legge n. 833, i trattamenti possono essere disposti a seguito di accertamento di alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici. I trattamenti in ogni caso «devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato». L'art. 33 inquadra gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori nell'ambito dell'art. 32 Cost., disponendo che essi si svolgano «nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici, compreso per quanto possibile il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura».

Il trattamento in condizioni di degenza ospedaliera è circondato da ulteriori garanzie procedurali prevedendosi che il provvedimento del sindaco sia preceduto da due pareri medici: una proposta motivata di un medico (art. 33, c. 3) sottoposta a «convalida» di un secondo medico appartenente al servizio sanitario nazionale (art. 34, c. 4). Il provvedimento sindacale deve intervenire entro quarantotto ore dalla convalida da parte del medico della struttura pubblica e deve essere motivato -secondo la Corte- con riguardo ai presupposti sostanziali sopra ricordati.

L'art. 35 della legge n. 833 prevede che il provvedimento sindacale debba essere notificato, entro quarantotto ore dal ricovero, al giudice competente il quale, entro le successive quarantotto ore provvede con decreto motivato dandone comunicazione al sindaco. In caso di mancata convalida, il sindaco dispone la cessazione del trattamento. Nei confronti della misura adottata la persona destinataria dell'atto e chiunque vi abbia interesse possono proporre ricorso al tribunale competente. Nel giudizio di opposizione, la parte può stare in giudizio personalmente o assistita da un difensore.

Il trattamento sanitario in degenza ospedaliera costituisce esempio emblematico di trattamento sanitario non solo obbligatorio ma *coattivo*, in quanto suscettibile di essere eseguito anche contro la volontà dell'interessato mediante coazione fisica. Le finalità devono essere quelle di protezione della salute. «Ai trattamenti sanitari coattivi si applicano tutte le garanzie dell'art. 13 Cost., proprio in conseguenza della

situazione di evidente assoggettamento fisico della persona a un potere pubblico in grado di vincere con la forza ogni sua contraria volontà»³. L'adozione di tali misure deve presentarsi come una *extrema ratio*.

Superando il passato quadro normativo, di cui alla legge n. 36 del 1904, la finalità del trattamento è oggi solamente la tutela della salute del paziente stesso, di modo che l'art. 32 Cost. «costituisce insieme causa e limite del trattamento sanitario coattivo, che non trova giustificazione se non nella cura della persona interessata», conoscendo l'ordinamento altri istituti che presuppongono la pericolosità sociale della persona affetta da infermità mentale e che sono finalizzati anche alla protezione dell'incolumità e di diritti costituzionali di terzi, quali le misure di sicurezza.

La Corte ritiene dunque fondate le questioni proposte in riferimento agli artt. 13, 24, 32 e 111 Cost., delineandosi una indubbia compressione del diritto di difesa e del contraddittorio. Non è ammissibile che la persona non venga messa in condizione di avere conoscenza dei provvedimenti che la riguardano: il diritto di difesa, del resto, non può conoscere attenuazioni in ragione della condizione di alterazione psichica della persona⁴.

Di qui l'accoglimento della questione sollevata, andando la Corte anche oltre rispetto a quanto richiesto dal rimettente. Si constata che la comunicazione non è sufficiente a realizzare una «effettiva garanzia dei diritti costituzionali di difesa e al contraddittorio». «Per l'effettività di tali diritti assume particolare rilievo l'audizione della persona interessata da parte del giudice tutelare prima della convalida»⁵. La Corte sembra

³ Corte cost., sent. n. 76 del 2025, n. 3 del *Considerato in diritto*, che in proposito cita diversi propri precedenti, tra cui le sentt. n. 203 e n. 135 del 2024; particolarmente significativa la sent. n. 22 del 2022, del resto puntualmente richiamata anche dalla successiva sent. n. 25 del 2023, secondo cui «allorché un dato trattamento sia configurato dalla legge non soltanto come “obbligatorio” – con eventuale previsione di sanzioni a carico di chi non si sottoponga spontaneamente ad esso –, 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. debbono sommarsi a quelle dell'art. 13 Cost., che tutela in via generale la libertà personale, posta in causa in ogni caso di coercizione che abbia ad oggetto il corpo della persona (sentenza n. 238 del 1996). Con conseguente necessità che la legge preveda anche i “modi”, oltre che i “casi”, in cui un simile trattamento – che lo stesso art. 32, secondo comma, Cost. esige d'altronde sia “determinato”, e dunque descritto e disciplinato dalla legge – può essere eseguito contro la volontà del paziente». Anche in dottrina la posizione illustrata nel testo appare la più accreditata: sul punto S.P. PANUNZIO, *Trattamenti sanitari obbligatori e Costituzione (a proposito della disciplina delle vaccinazioni)*, in *Diritto e società*, 1979, p. 888. Esprime chiaramente il concetto anche A. PACE, *Problematica delle libertà costituzionali*, Parte speciale, Cedam, Padova, 1992, p. 179, secondo il quale sono coperte dalle garanzie dell'art. 13 Cost., «la custodia preventiva, l'arresto nel proprio domicilio o in luogo di pubblica cura o di assistenza, l'affidamento del condannato al servizio sociale, la sottoposizione a rilievi segnaletici e a prelievo ematico, la vestizione coatta delle reclute, gli accompagnamenti coattivi, l'internamento e l'isolamento di malati, la traduzione di renitenti alla leva, il palpeggiamento della personale per accertare la presenza di eventuali armi nei vestiti». Si tratta per vero di una posizione già in tempi risalenti espressa da L. ELIA, *Libertà personale e misure di prevenzione*, Giuffrè, Milano, 1962, p. 87. Più di recente, nel senso indicato, D. MORANA, *La salute nella Costituzione italiana: Profili sistematici*, Giuffrè, Milano, 2002, p. 186 ss. p; A.A. NEGRONI, *Profili costituzionali del trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale*, Genova University Press, Genova, 2016, pp. 53 ss.

⁴ Corte cost., sent. n. 76 del 2025, n. 7 del *Considerato in diritto*, secondo cui «il diritto di ricevere comunicazione dei provvedimenti restrittivi della libertà personale non è inficiato dalla condizione di alterazione psichica in cui versa la persona sottoposta a trattamento sanitario coattivo».

⁵ Corte cost., sent. n. 76 del 2025, n. 8 del *Considerato in diritto*. Sul profilo della deroga al principio tra chiesto e pronunciato insiste A. SCALERA, *La sentenza della Corte costituzionale sui T.S.O.: un caso di ultrapetizione necessaria?*, cit., loc. cit.

derogare in una certa misura al principio di corrispondenza tra chiesto e pronunciato, fissato nell'art. 27 della legge n. 87 del 1953⁶. Constatato che «la persona conserva la piena capacità processuale proprio nei procedimenti volti a verificare la sussistenza dei presupposti idonei a condurre a una limitazione della sua capacità di agire, come attestato dalle previsioni in tale direzione dettate per altri giudizi che coinvolgono persone con fragilità psichiche»⁷, la mancata previsione dell'audizione è affetta -secondo il Giudice delle leggi- da illegittimità costituzionale.

L'audizione «assume la valenza di strumento di primo contatto, che consente di conoscere le reali condizioni in cui versa la persona interessata, anche dal punto di vista dell'esistenza di una rete di sostegno familiare e sociale». Si ricorda che la legge prevede l'esame dell'interdicendo e dell'inabilitando, così come della persona rispetto alla quale si chiede l'amministrazione di sostegno (art. 473-*bis* c.c.). Analoghi obblighi sono previsti come necessari con riferimento ad altri provvedimenti amministrativi limitativi della libertà personale: l'accompagnamento coattivo alla frontiera e il trattenimento dello straniero presso centri di permanenza per il rimpatrio.

La Corte, facendo uso dell'istituto dell'illegittimità consequenziale, estende poi la dichiarazione di illegittimità anche al procedimento di proroga della misura irrogata, ove si riscontrano le stesse omissioni che con Quanto ai presupposti sostanziali, devono ricorrere i presupposti meglio indicati dall'art. 22, c. 4 della legge n. 833, in particolare, tra l'altro, si deve accertare l'esistenza di alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici. I trattamenti «devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato».

notano il procedimento con cui la misura viene *ab origine* disposta.

2. Il quadro normativo nella motivazione della sentenza

Sin qui il ragionamento della Consulta. Occorre osservare che la motivazione è molto complessa ed elaborata, di modo che pare opportuno soffermarsi su alcuni passaggi di essa. Essa consta di due parti: una ricostruzione del quadro normativo e la decisione sul “merito”. Non è inusuale negli ultimi tempi che la Corte apra la motivazione con una descrizione puntuale del quadro normativo su cui la questione si innesta. La parte dedicata a tale ricostruzione occupa nel nostro caso un terzo della motivazione. In

⁶ Si tratta di un tema poco esplorato anche dalla dottrina: cfr. il pur risalente contributo di C. MORTATI, *Sulla corrispondenza tra chiesto e pronunciato nei giudizi di fronte alla Corte costituzionale*, in *Giur. cost.*, 1959, p. 759 ss.

⁷ Ancora Corte cost., sent. n. 76 del 2025, 7.3 del *Considerato in diritto*. La Corte prosegue nel suo ragionamento constatando che «il legislatore ha inteso così ribadire l'importanza di non spogliare della capacità processuale chi non sia stato ancora privato della capacità legale d'agire, tant'è che proprio nei procedimenti diretti ad accertare l'eventuale incapacità legale dell'interessato è stata confermata la sua piena capacità di stare in giudizio e di compiere qualsivoglia atto processuale (sentenza n. 168 del 2023) ». Al riguardo si ricorda che «l'interdicendo, l'inabilitando e il potenziale beneficiario dell'amministrazione di sostegno, nei relativi procedimenti, possono stare in giudizio e compiere da soli tutti gli atti del procedimento, comprese le impugnazioni, anche quando siano stati nominati il tutore o il curatore provvisori, ai sensi dell'art. 419 cod. civ., o l'amministratore provvisorio, ex art. 405, quarto comma, del medesimo codice».

disparte dei dubbi che ciò può ingenerare sotto il profilo dello *stylus judicandi*, nella misura in cui la motivazione potrebbe risultare sbilanciata, va rimarcato che in realtà tale mappatura del sistema normativo non risulta meramente “ricostruttiva”, ma contiene già alcune prese di posizione su alcuni snodi rilevanti della *quaestio*.

2.1. Sui “casi”

La descrizione dei *casi* in cui è prevista una qualsiasi forma di restrizione della libertà personale deve essere puntuale, come imposto dall’art. 13 Cost.

Il trattamento può essere adottato «solo se», ai sensi dell’art. 34, comma 4, della citata legge, ricorrono tre presupposti:

- i) l’esistenza di alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici;
- ii) la mancata accettazione degli stessi da parte dell’infermo;
- iii) l’assenza di condizioni e circostanze per l’adozione di tempestive e idonee misure extraospedaliere.

Ci si potrebbe interrogare sulla idoneità della norma a soddisfare *in toto* tale requisito atteso che la legge si limita a un laconico riferimento alla «esistenza di alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici». In relazione al secondo presupposto sostanziale, l’art. 33, c.5 prevede che i trattamenti «devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato». Il consenso può essere espresso da chi abbia la capacità di agire, che presuppone la capacità di intendere e di volere⁸. Sul punto la legge del 1978 nulla dispone. Ma in realtà le alternative sono due: o la persona, nonostante l’alterazione mentale, è in grado di intendere e di volere e quindi conserva la capacità di agire, potendo manifestare il consenso, oppure, non avendo tale la capacità, non è in condizione di prestarlo. È possibile procedere a TSO anche in caso di alterazione mentale che richieda cure urgenti se la persona, pur capace di intendere e volere, non presta il consenso al trattamento? Con che modalità si procede all’accertamento sulla sussistenza della capacità di agire? Si tratta di passaggi che dovrebbero essere disciplinati dalla legge.

⁸ Il riferimento è all’art. 1, comma 5, alla legge n. 219 del 2017 (*Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*), secondo cui «ogni persona, capace di agire ha il diritto di rifiutare [...] qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario». L’essenzialità e la centralità del consenso è del resto dimostrata anche dal fatto che la stessa legge n. 219 del 2017, da una parte, dispone che «la persona minore di età o incapace ha diritto alla valorizzazione delle proprie capacità di comprensione e di decisione [...] deve ricevere informazioni sulle scelte relative alla propria salute in modo consono alle sue capacità per essere nelle condizioni di esprimere la sua volontà» (art. 3, c. 1), e, dall’altra, valorizza l’espressione del consenso anche nel caso di interdetto e/o a inabilitato (art. 3, c. 4). Anche prima della legge appena citata il consenso veniva considerato centrale nel contesto dei trattamenti sanitari: sul punto cfr. già Corte cost., sent. n. 438 del 2008; in dottrina, tra gli altri, R. BALDUZZI, D. PARIS, *Corte costituzionale e consenso informato tra diritti fondamentali e ripartizione delle competenze legislative*, in *Giur. cost.*, 2008, pp. 4962 ss.; E. ROSSI *Profili giuridici del consenso informato: i fondamenti costituzionali e gli ambiti di applicazione*, in *Rivista AIC*, n. 4, 2011, pp. 1 ss.

Su questi aspetti la Corte non si sofferma in modo esplicito, ma in un passaggio della motivazione si ragiona di condizione di “*possibile*” incapacità naturale nella quale il destinatario si trovi, dando per scontato -*a contrario*- che il provvedimento possa essere adottato anche nel caso in cui tale incapacità non ricorra.

Non mancano riferimenti alla previgente disciplina di cui la legge 36 del 1904, per rimarcare lo stacco tra i due modelli⁹. In una risalente pronuncia la Corte, ritenuto che il ricovero per necessità e urgenza disposto dall'autorità di pubblica sicurezza rientrasse «tra quelli restrittivi della libertà personale», con alcuni interventi mirati aveva ricondotto il sistema a legittimità costituzionale¹⁰. I profili di incostituzionalità allora riscontrati erano stati limitati, mentre nella pronuncia ora in commento gli accenti critici verso quel sistema non mancano.

Nell'attuale contesto normativo sono scomparsi i riferimenti della legge del 1904 al «pubblico scandalo» e alla pericolosità per sé o per gli altri. Se è condivisibile l'eliminazione del riferimento al *pubblico scandalo*, lo stesso può dirsi della espunzione del riferimento alla pericolosità per sé o per altri? Nel sistema vigente la necessità clinica di cura di una persona affetta da disturbo mentale potrebbe legittimare un trattamento sanitario obbligatorio contro il consenso della persona, pur anche nel caso in cui la stessa conservi la capacità di agire¹¹. Tutto ciò anche se si tratti di patologia che non determina situazioni di pericolosità né per sé né soprattutto per altri. Si creerebbe una discrasia tra la disciplina relativa alla malattia mentale e le altre patologie da cui può essere affetta una persona non provvista di capacità di intendere e di volere: TSO nel primo caso, non nel secondo. Ma se l'accento viene posto sulla cura della persona, *quid juris* nel caso in cui la persona necessiti di trattamenti improcrastinabili *quoad vitam* per patologie diverse da quelle mentali? Se la persona è capace di esprimere il proprio consenso è escluso che essi possano essere praticati contro la volontà della persona¹². Secondo la Corte, l'art. 32 Cost. «costituisce insieme causa e limite del

⁹ Il riferimento è all'art. 1 della legge n. 36 del 1904, secondo cui «debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé o agli altri o riescano di pubblico scandalo o non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi. Sono compresi sotto questa denominazione, agli effetti della presente legge, tutti quegli istituti, comunque denominati, nei quali vengono ricoverati alienati di qualunque genere».

¹⁰ Il riferimento è a Corte cost., sent. n. 74 del 1968, con osservazione di V. ANDRIOLI, *Gli infermi di mente avanti la Corte Costituzionale*, *Giur. cost.*, 1968, I, p. 1080. Come accennato nel testo, si trattava di un intervento piuttosto contenuto nella misura in cui veniva dichiarata l'illegittimità costituzionale dell'art. 2, c. 2, della legge 36/1904 sui manicomi e gli alienati, limitatamente alla parte in cui non permette la difesa dell'infermo nel procedimento che si svolge innanzi al Tribunale e nella parte in cui dispone che l'autorità di pubblica sicurezza, quando ordina il ricovero provvisorio, può riferire al procuratore della Repubblica in un termine superiore alle quarantotto ore.

¹¹ Ciò contrariamente a quanto prevede in modo inequivoco la legge n. 19 del 2017.

¹² Si tratta del filo conduttore della legge n. 219 del 2017. Ma la questione era stata anche nel passato oggetto di attenzione da parte della giurisprudenza e della dottrina. Torna al riguardo alla mente la risalente questione delle trasfusioni di sangue nei confronti di persone che le rifiutavano per motivi religiosi: sul punto, tra gli altri, F. MODUGNO, *Trattamenti sanitari “non obbligatori” e Costituzione [a proposito del rifiuto delle trasfusioni di sangue]*, in *Diritto e società*, 1982, 318, che non a caso appunto ragiona di trattamenti non obbligatori; sul tema cfr. pure, nello stesso torno di tempo, V. CRISAFULLI, *In tema di emotrasfusioni obbligatorie*, in *Diritto e società*, 1982, p. 557.

trattamento sanitario coattivo, che non trova giustificazione se non nella cura della persona interessata», esistendo nell'ordinamento «altri istituti che presuppongono la pericolosità sociale della persona affetta da infermità mentale e che sono finalizzati anche alla protezione dell'incolumità e di diritti costituzionali di terzi»¹³. Si tratta di una impostazione che in sostanza è in sintonia con la consolidata giurisprudenza di legittimità, secondo cui il trattamento può essere disposto di certo anche in assenza del consenso della persona¹⁴.

Se dirimente è la cura della persona, risultano accentuati i dubbi di incoerenza del sistema se si compara il regime della malattia mentale rispetto a tutte le altre patologie. Il richiamo alle misure di sicurezza, quale strumento per arginare la pericolosità sociale, non è dirimente: la misura di sicurezza va disposta solo *post delictum*, mentre al contrario la pericolosità sociale potrebbe anche essere desumibile *aliunde*, da altri indici, e la sua esistenza potrebbe in definitiva controbilanciare l'eclissi del consenso, in via generale invece necessario per ogni intervento sanitario¹⁵.

2.2. Sulle garanzie

La legge circonda il TSO in condizioni di degenza ospedaliera di garanzie procedurali e processuali. In relazione alle prime, si ricorda come esse precedano il provvedimento sindacale e consistano in un duplice parere medico. Il provvedimento del Sindaco è adottato su proposta motivata di un medico sottoposta a «convalida» di un secondo medico appartenente al servizio sanitario nazionale, «normalmente uno specialista in psichiatria»: quest'ultimo inciso viene dalla Corte aggiunto ma non è previsto dalla legge la quale richiede solamente che il medico appartenga ad una struttura pubblica. Si tratta di un altro punto che sarebbe da rettificare in via legislativa.

¹³ Così Corte cost., sent. n. 76 del 2025, 4.4 del *Considerato in diritto*, che fa riferimento alle misure di sicurezza e all'assegnazione alle REMS. «I due istituti, trattamento sanitario coattivo e assegnazione alle REMS, hanno presupposti diversi, richiedendo soltanto la misura di sicurezza una manifestazione della pericolosità sociale nel compimento di fatti costituenti reato e una valutazione della pericolosità stessa anche in termini prognostici, a tutela della collettività. La «natura “incipite”» della misura di sicurezza, la sua duplice «polarità», di cura e tutela dell'infermo e di contenimento della pericolosità sociale (sentenza n. 22 del 2022), difettano nel trattamento sanitario coattivo in degenza ospedaliera, che resta, invece, ispirato al principio personalista e finalizzato essenzialmente alla cura della persona».

¹⁴ Sul punto si veda, da ultimo, la già citata Cass., I sez. civ., ord. 9 settembre 2024, n. 24124, secondo cui «nessun accenno contiene la normativa alla pericolosità sociale (meno che mai al pubblico scandalo), ma solo alla necessità di interventi terapeutici rifiutati dal paziente, sicché questa Corte, in tema, ha affermato la misura è finalizzata alla tutela della salute del paziente medesimo, non deve essere considerata di difesa sociale e può essere disposta anche senza il consenso informato del paziente, ove, a fronte di alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, non sia possibile adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra-ospedaliere e il paziente rifiuti gli interventi terapeutici proposti (Cass. n. 509/2023) ».

¹⁵ Che la pericolosità sociale possa ricorrere a prescindere dalla commissione di reati è dimostrato in modo inequivoco dalla presenza, nel nostro ordinamento, di una ampia gamma di misure che si basano sulla pericolosità sociale dei soggetti nei cui confronti vengono adottate e nondimeno non presuppongono la commissione di reati: si tratta, come noto, delle misure di prevenzione, non a caso qualificate come misure *praeter delictum*. Ad oggi risultano per lo più disciplinate dal codice antimafia: d.lgs. n. 159 del 2011.

Secondo la ricostruzione della Corte, «il sindaco adotta il provvedimento che dispone il trattamento entro quarantotto ore dalla convalida da parte dello specialista (art. 35, primo comma), motivando espressamente in ordine all'esistenza dei tre presupposti sostanziali sopra richiamati, tra cui la ricerca dell'alleanza terapeutica e l'assenza di soluzioni per ovviare al ricovero ospedaliero (art. 34, quarto comma, ultimo periodo)»¹⁶. Si richiama «la ricerca dell'alleanza terapeutica» in luogo del riferimento al fatto che trattamenti obbligatori devono essere «accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato» (art. 33, c. 5 della legge 833/1978). Si tratta di un dettaglio, ma il dettato normativo della legge 833 appare più chiaro dell'orami invalsa locuzione *alleanza terapeutica*. Una locuzione che, sebbene trovi spazio in giurisprudenza, forse non a caso è scomparsa dalla rubrica della legge del 2019, mentre compariva nei progetti di legge che a quel provvedimento hanno condotto¹⁷. Su un altro punto la Corte in qualche misura “integra” il dettato normativo laddove prevede che il provvedimento del Sindaco deve essere corredato da opportuna motivazione in ordine ai presupposti sostanziali della misura. In disparte del fatto che tutti gli atti amministrativi devono essere motivati a mente dell'art. 3 l. 241/1990, va osservato che la legge in verità prevede che sia il provvedimento del medico della struttura pubblica a dover essere *motivato* sui presupposti a cui la legge ancora la misura. Si tratta in fin dei conti di dettagli. Sarebbe stato forse opportuno che la Corte, in sede di ricostruzione del tessuto normativo di riferimento, tenesse distinto il dato testuale dall'apporto giurisprudenziale ed entrambi dalla interpretazione dalla stessa Corte somministrata delle norme oggetto di giudizio.

La motivazione si sofferma quindi sulle garanzie processuali di cui all'art. 35 della legge n. 833 del 1978, che disciplina la convalida. Con riguardo all'istruttoria, in casi del genere gli accertamenti non dovrebbero essere solo “eventuali”, ma “necessari”: il provvedimento in definitiva incide in maniera molto pesante sulla libertà personale e su altri diritti fondamentali della persona, di modo che l'istruttoria non può mancare. Anche in ordine alle proroghe la legge non è chiara sulla tempistica. Se il primo trattamento ha da durare non più di sette giorni, *quid juris* per le proroghe? La legge prevede che venga seguita la procedura adottata in sede di convalida ma non precisa il lasso di tempo della proroga che potrebbe essere superiore. Sul punto ci dovrebbe essere maggiore certezza sempre alla luce della stringente riserva di legge di cui all'art. 13 Cost: “casi e modi” appunto. Sul termine massimo di trattamento, la Corte osserva che secondo la disciplina dettata dalla legge del 1904 esso poteva durare «anche per l'intera vita», salvo poi constatare che, anche sulla base nel sistema normativo oggi vigente «non è previsto un termine massimo di durata del trattamento».

¹⁶ Ancora Corte cost., sent. n. 76 del 2025, n. 2.3 del *Considerato in diritto*.

¹⁷ Il riferimento è alla legge n. 219 del 2017, rubricata appunto *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*.

La legge preveda che a «*chiunque*» è attribuita la possibilità di proporre opposizione nei confronti del provvedimento del giudice tutelare che convalida o non convalida l'ordinanza sindacale. La giurisprudenza ha circoscritto la portata dell'espressione, radicando tale facoltà «in capo a soggetti che abbiano un interesse concreto e attuale a far valere la legittimità del trattamento, in ragione di un rapporto stretto e personale con il paziente che vi è sottoposto»¹⁸. L'interpretazione si pone contro il dettato testuale della legge: la lettura restrittiva non costituisce certo un *melius* dal momento che l'allargamento della platea di soggetti che possano contestare un provvedimento giudiziale costituisce un elemento di *garanzia* a favore della persona, in un contesto in cui le sue possibilità di difesa risultano fortemente minorate.

«Nel giudizio di opposizione, la parte può stare in giudizio personalmente o assistita da un difensore»¹⁹. Si tratta di una *facoltà*. Più ragioni cospirano a ritenere l'omessa previsione della necessità della difesa tecnica costituisca un profilo di criticità della norma. La stessa Corte insiste sulla indiscutibile «fragilità» dei destinatari dei provvedimenti. È vero che il punto specifico non era stato sollevato dal rimettente, ma un'indicazione da parte della Corte sul punto non sarebbe suonata affatto stonata. La mancata previsione della necessità della difesa tecnica fin dalla fase di convalida appare un *vulnus* rispetto al diritto della persona, che si vede menomata nell'esercizio del diritto inviolabile di difesa in un procedimento così gravido di conseguenze sui suoi diritti fondamentali.

La Corte poi si sofferma sulle garanzie costituzionali del TSO e sulle *rationes* che lo giustificano. Quanto alle prime, si muove dal presupposto che il trattamento sanitario in degenza ospedaliera costituisca un vero e proprio trattamento sanitario *coattivo*. «La misura si pone così sul crinale tra la libertà di autodeterminazione in materia di salute e la regola del consenso, da un lato, e l'esigenza della salute della persona stessa, dall'altro, che giustifica in via d'eccezione un trattamento contro la sua volontà imposto mediante coazione fisica»²⁰. In effetti la descrizione è coerente con il testo della legge ma appare in qualche misura fuorviante, non essendo chiaro perché trattamenti consimili non potrebbero essere adottati anche per patologie non psichiatriche ma che necessiterebbero un intervento sanitario. La centralità del consenso, certificata dalla legge n. 217 del 2019, non consente invece alcun trattamento, nemmeno salvavita in senso stretto, fuori dal perimetro del consenso²¹.

¹⁸ Corte cost., sent. n. 76 del 2025, n. 2.4 del *Considerato in diritto*, che sul punto richiama Corte di cassazione, ordinanze n. 4229 e n. 4000 del 2024.

¹⁹ Corte cost., sent. n. 76 del 2025, n. 2.5 del *Considerato in diritto*.

²⁰ Corte cost., sent. n. 76 del 2025, n. 3 del *Considerato in diritto*.

²¹ Osserva la Corte nella sent. n. 76 del 2025, 4.1 del *Considerato in diritto*: «il requisito della ricerca del consenso fino a dove è possibile, già presente nella legge Basaglia e poi nella legge n. 833 del 1978, risulta oggi ulteriormente rafforzato dalla legge 22 dicembre 2017, n. 219 [...] che ha affermato, rispetto alla generalità dei trattamenti medici, la necessità, di regola, del consenso libero e informato del paziente maturato in seno all'alleanza terapeutica con il medico: necessità che questa Corte aveva, peraltro, già da tempo dedotto dagli artt. 2, 13 e 32, secondo comma, Cost.».

Alla luce dell'essenzialità del consenso, il trattamento coattivo dovrebbe essere ammesso solo in caso di certificata incapacità del soggetto a prestarlo. Se sussiste la capacità di prestare il consenso, riesce difficile giustificare la distinzione tra malattia mentale e altre malattie. Nel caso di alterazione mentale, al cospetto della doppia certificazione medica, il sindaco può disporre in ogni caso il trattamento, mentre tale *iter* non è praticabile in relazione ad altra patologia. Tutto ciò viene avallato dalla Corte ove osserva che «presupposto del trattamento di cui all'art. 35 della legge n. 833 del 1978, invero, è la mancanza di consenso della persona interessata», non, come sarebbe più consono al sistema, la accertata incapacità a prestarlo validamente, il che presupporrebbe un accertamento tecnico di cui nella legge non vi è alcuna traccia.

Per ricondurre il sistema a razionalità si dovrebbe probabilmente ipotizzare di introdurre una qualche forma di pericolosità sociale che la patologia mentale dovrebbe portare con sé. In difetto di questo *quid pluris*, in grado di bilanciare una limitazione così intensa della libertà personale, attraverso una valorizzazione dell'interesse per la collettività di cui ragiona l'art. 32 Cost., l'adozione del TSO nei confronti di persona che, pur affetta da patologia mentale, non ha perso *in toto* la capacità di esprimere il consenso al trattamento sanitario, sembra collocarsi al di fuori del sistema²². Tali profili rimangono estranei al ragionamento della Corte, che non solleva alcun dubbio al riguardo.

La Corte infine osserva che il provvedimento «è portato a esecuzione coattiva dai vigili urbani, in quanto polizia amministrativa sanitaria»: si tratta per la verità di un dato non certo precisato dalla legge e, a quanto consta, nemmeno da altre fonti. L'indicazione, oltre che eccentrica rispetto al sistema normativo, appare anche discutibile non solo per la delicatezza del compito per cui forse il personale di altri corpi di polizia esser più attrezzato, ma anche per il fatto che in alcuni comuni nemmeno è presente un nucleo di polizia municipale.

²² Sul punto, in sede di commento all'ordinanza di rimessione della Cassazione, si veda ancora E. DALY: *Trattamento sanitario obbligatorio e diritto di difesa* *Trattamento sanitario obbligatorio e diritto di difesa*, cit., p. 906, secondo cui «il riconoscimento al paziente di un diritto di difesa effettivo sarebbe uno strumento giuridico idoneo a ricondurre il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale all'interno del ristretto perimetro delineato dalla Costituzione, ovverosia quale trattamento a cui ricorrere solo «in casi eccezionali di necessità e urgenza», laddove il paziente è davvero impossibilitato a esprimere un consenso informato alle cure sanitarie»: quindi il trattamento coattivo dovrebbe ritenersi lecito non in mancanza di consenso *tout court* ma in mancanza di consenso quando difetti la capacità a prestarlo. Giova ricordare che, secondo la giurisprudenza costituzionale, la legge che dispone di un trattamento sanitario obbligatorio risulta compatibile con l'art. 32 Cost. solamente se il trattamento sia «diretto non solo a migliorare o a preservare lo stato di salute di chi vi è assoggettato, ma anche a preservare lo stato di salute degli altri»: così Corte cost., sent. n. 258 del 1994, riferita alla questione delle vaccinazioni, ma con principio estensibili anche a tutti gli altri casi. Si tratta di un orientamento a cui la Corte si è sempre attenuta.

2.3. *Ratio* e finalità della misura

La Corte iscrive il trattamento sanitario coattivo nel contesto delle garanzie di cui agli artt. 13 e 32 Cost., rimarcando la natura eccezionale dell'istituto e la sua declinazione in termini di *extrema ratio*, richiamando quanto osservato nella sent. n. 22 del 2022 relativa alle misure di sicurezza²³. Quanto alla finalità delle misure, si tratta di misure che si radicano sull'art. 32 Cost., essendo scomparsi nell'attuale contesto «i riferimenti alla pericolosità per gli altri e al pubblico scandalo»²⁴.

Il superamento dei presupposti di cui alla legge del 1904 viene visto con favore: il ricovero «non è disposto contro il soggetto a titolo di pena o di misura di sicurezza, ma, quanto meno prevalentemente, a favore di lui, a protezione della sua salute e della sua integrità fisica»²⁵. «Nell'ottica dell'attuazione del disegno costituzionale relativo alla centralità della persona, i ricordati presupposti sostanziali del trattamento sanitario coattivo [...] riflettono la finalità eminente cui il trattamento è indirizzato, ossia la tutela della salute del paziente stesso»²⁶.

Oltre alle tensioni con il “consenso”, ci si può chiedere per quale ragione la Corte legga l'ancoraggio di trattamenti sanitari alla pericolosità della persona, per sé o per altri, alla stregua di trattamenti “contro” la persona stessa. Gli interventi funzionali a contenere pericolosità sociale, più che natura “punitiva”, rispondono a finalità di salvaguardia prima di tutto la persona stessa. Il riferimento alla “pericolosità sociale” potrebbe in fin dei conti sostanziare l'interesse della collettività menzionato nell'art. 32, c.1 Cost., la cui condizione è necessaria al fine di porre in essere trattamenti sanitari obbligatori²⁷. Una delle più

²³ Si tratta di una pronuncia ricca di spunti, anche con riguardo alla distinzione - essenziale nel caso che ci occupa - tra misure obbligatorie e misure propriamente coercitive: sul punto insiste particolarmente E. DALY, *La distinzione fra trattamento sanitario “obbligatorio” e trattamento sanitario “coattivo” nella recente giurisprudenza della Corte costituzionale: luci e ombre*, in *Corti supreme e salute*, n. 3, 2022, pp. 569 ss. La sentenza n. 22 del 2022 non è del resto passata inosservata in dottrina: tra gli altri, G. MONACO, *REMS: riserva di legge e competenze del Ministro della giustizia. Dopo un'ampia istruttoria, ancora una pronuncia di incostituzionalità accertata ma non dichiarata. Osservazioni su Corte cost. n. 22/2022*, in *Osservatorio costituzionale*, n. 3, 2022, pp. 274 ss.

²⁴ Corte cost., sent. n. 76 del 2025, 4.1 del *Considerato in diritto*; in discontinuità con la legge n. 36 del 1904,

²⁵ Corte cost., sent. n. 74 del 1968.

²⁶ Così Corte cost., sent. n. 76 del 2025, 4.3 del *Considerato in diritto*, che sul punto si riallaccia a un filone di giurisprudenza di legittimità, la quale ha confermato l'impostazione meglio illustrata nel testo, «incentrata sul principio personalista, affermando che il trattamento sanitario coattivo in condizioni di degenza ospedaliera non è una misura di difesa sociale, ma deve essere necessariamente finalizzato alla tutela della salute mentale del paziente stesso (Corte di cassazione, ordinanze n. 4000 del 2024 e n. 509 del 2023)».

²⁷ Ed in effetti la Corte costituzionale, in una storica pronuncia in tema di vaccinazioni, la n. 307 del 1990, precisa che nei casi dei trattamenti sanitari obbligatori è necessaria la sussistenza di un ulteriore scopo, «attinente alla salute come interesse della collettività, a giustificare la compressione di quella autodeterminazione dell'uomo che inerisce al diritto di ciascuno alla salute in quanto diritto fondamentale»; un orientamento fatto poi proprio in modo inequivoco dalla giurisprudenza costituzionale successiva: tra le altre, sent. n. 258 del 1994 e, di poi, sent. n. 258 del 1994, sent. n. 118 del 1996, sent. n. 268 del 2017, sentt. nn. 14 e 15 del 2023. Si tratta del resto di un dato su cui anche la dottrina ha posto l'accento e su cui si può riscontrare un sostanziale *idem sentire* tra gli studiosi: per tutti P. VERONESI, *Uno statuto costituzionale del corpo*, in S. RODOTA', P. ZATTI (diretto da), *Trattato di biodiritto. Il governo del corpo*, I, a cura di S. CANESTRARI, G. FERRANDO, C.M. MAZZONI, S. RODOTA', P. ZATTI, Giuffrè, Milano, 2011, pp. 154 ss., secondo cui, sulla base dell'art. 32, c. 2 Cost., può «disporsi un trattamento sanitario obbligatorio (tso) solo quando sia in discussione non solo la salute del singolo ma – in contemporanea e direttamente – anche quella della collettività»; in

recenti e articolate pronunce in tema di trattamenti sanitari obbligatori è la sent. n. 14 del 2023, in materia di vaccinazioni anti COVID. È singolare che la Corte si limiti ad una mera menzione. In essa infatti la Corte, richiamando per vero numerosi precedenti in materia, insiste a più riprese sull'interesse collettivo che l'intervento sanitario obbligatorio deve necessariamente soddisfare per poter limitare l'interesse individuale: «tutte le volte in cui le due dimensioni entrano in conflitto [...] il diritto alla salute individuale può trovare una limitazione in nome dell'interesse della collettività, nel quale trova considerazione il diritto (individuale) degli altri in nome di quella solidarietà “orizzontale”, che lega ciascun membro della comunità agli altri consociati (sentenza n. 288 del 2019) »²⁸. È evidente che l'enfasi posta dalla Corte nell'occasione sulla tutela della collettività, unica condizione per poter legittimare trattamenti obbligatori, poneva difficoltà non agevoli da sormontare nel caso di TSO relativi a malattie mentali, ove appunto l'interesse collettivo non traspare: tanto più che nel caso che ci occupa i trattamenti sono *coattivi* e non già meramente *obbligatori* come nel caso delle vaccinazioni. La centralità del consenso in materia di trattamenti sanitari può conoscere attenuazioni solo se controbilanciata dalla necessità di salvaguardare beni di rilevanza costituzionale della collettività che potrebbero anche consistere nella sicurezza pubblica, in presenza di persone di cui venga certificata la “pericolosità”.

Esistono nell'ordinamento «altri istituti che presuppongono la pericolosità sociale della persona affetta da infermità mentale e che sono finalizzati anche alla protezione dell'incolumità e di diritti costituzionali di terzi, quali le misure di sicurezza»²⁹. Il riferimento non tiene conto del fatto che le misure di sicurezza presuppongono la commissione di reati. Non si comprende per quale ragione la misura di contenimento possa essere adottata a tutela della salute della persona e non invece a tutela dei diritti della collettività³⁰. L'unico modo per giustificare misure di trattamento sanitario obbligatorio che possano essere adottate anche in costanza di capacità di intendere e di volere della persona, sembrerebbe proprio quello di

sostanza, il «trattamento coercitivo dev'essere indispensabile al fine di evitare una situazione di pericolo per la salute dei consociati, non potendosi comunque pregiudicare la salute di chi vi viene sottoposto». Analogamente, in prospettiva filosofica, con riguardo anche al “principio del danno”, che nel caso che ci occupa non viene rispettato, si veda anche A.A. NEGRONI, *Sul concetto di “trattamento sanitario obbligatorio”*, in *Rivista AIC*, n. 4, 2017, pp. 1 ss.

²⁸ Così Corte cost., sent. n.- 14 del 2023, 7 del *Considerato in diritto*, che prosegue osservando che «i doveri inderogabili, a carico di ciascuno, sono [...] posti a salvaguardia e a garanzia dei diritti degli altri, che costituiscono lo specchio dei diritti propri: al legislatore tocca bilanciare queste situazioni soggettive e a questa Corte assicurare che il bilanciamento sia stato effettuato correttamente».

²⁹ Così Corte cost., sent. n. 76 del 2025, n. 4.4 del *Considerato in diritto*.

³⁰ «Questa Corte ha chiarito che i due istituti, trattamento sanitario coattivo e assegnazione alle REMS, hanno presupposti diversi, richiedendo soltanto la misura di sicurezza una manifestazione della pericolosità sociale nel compimento di fatti costituenti reato e una valutazione della pericolosità stessa anche in termini prognostici, a tutela della collettività. La «natura “incipiente”» della misura di sicurezza, la sua duplice «polarità», di cura e tutela dell'infermo e di contenimento della pericolosità sociale (sentenza n. 22 del 2022), difettano nel trattamento sanitario coattivo in degenza ospedaliera, che resta, invece, ispirato al principio personalista e finalizzato essenzialmente alla cura della persona» (ancora sent. n. 76 del 2025, 4.4 del *Considerato in diritto*). Se il trattamento previsto in relazione alle misure di sicurezza assolve a diverse funzioni, perché non si può immaginare che anche il TSO possa assolvere a diverse funzioni, rispondendo anche ad esigenza di coerenza sistematiche?

attribuire una qualche rilevanza alla pericolosità sociale della persona: diversamente il sacrificio della libertà di autodeterminazione –fortemente connesso del resto alla dignità della persona– potrebbe non sembra conoscere un contraltare adeguato.

3. Il “merito” della *quaestio*

Dopo una lunga premessa ricostruttiva, la Corte accoglie le questioni di costituzionalità poste dalla Cassazione, alla luce degli artt. 13, 24, 32 e 111 Cost. Nonostante la discrezionalità di cui il legislatore dispone nella conformazione degli istituti processuali, nel caso in esame si realizza «una significativa compressione del diritto di difesa e al contraddittorio, cioè dei contenuti minimi della tutela giurisdizionale»; «tale compressione assume particolare rilievo perché attiene a provvedimenti amministrativi adottati in assenza del consenso dell’interessato, in violazione del principio di libertà di cura, e incidenti sulla sua libertà fisica, quindi sul nucleo primario della protezione costituzionale della libertà personale»³¹.

Si tratta di provvedimenti che hanno una «finalità terapeutica, nell’interesse della salute della persona stessa, ai sensi dell’art. 32 Cost., per la cui adozione non vengono in rilievo esigenze costituzionali di ordine pubblico e sicurezza riconoscibili in capo alla collettività»³². Un profilo di discontinuità rispetto alla disciplina pre-vigente, non scevro da criticità. Evidenti dunque i profili di incostituzionalità nella misura in cui «proprio il soggetto nel cui interesse il provvedimento coattivo è adottato non è messo in condizione di conoscerlo ed è escluso dal relativo procedimento di convalida giurisdizionale». «Il diritto di ricevere comunicazione dei provvedimenti restrittivi della libertà personale non è inficiato dalla condizione di alterazione psichica»³³: l’alterazione psichica non esclude invariabilmente la possibilità di comprendere la natura dell’atto, facendo però riemergere i dubbi sul rapporto tra alterazione psichica e capacità di intendere e di volere.

La stessa Corte coglie la pluralità delle situazioni al cospetto delle quali potrebbe esservi spazio per un simile trattamento, che «può intervenire nei casi più diversi, da quello di persone affette da una persistente infermità psichica, eventualmente già interdette, inabilite o assistite da amministratore di sostegno, a quello di persone che solo occasionalmente si trovino in una condizione di alterazione, non infrequentemente dovuta a condizioni sociali di marginalizzazione e di abbandono»³⁴. Pare trapelare una almeno implicita constatazione secondo cui la legge non ci consegna un quadro composito dei “casi” in cui il trattamento in discorso può essere disposto. Secondo la Corte, «la giurisprudenza di legittimità ha

³¹ Corte cost, sent. n. 76 del 2025 6.2 del *Considerato in diritto*.

³² Corte cost, sent. n. 76 del 2025 6.2 del *Considerato in diritto*.

³³ Corte cost, sent. n. 76 del 2025, 7 del *Considerato in diritto*.

³⁴ Ancora Corte cost, sent. n. 76 del 2025, 7.1 del *Considerato in diritto*.

dato atto di queste variabili», affermando che «nonostante, dal punto di vista normativo, un paziente sia considerato, secondo una visione dicotomica, capace oppure incapace, la realtà clinica suggerisce che possano esistere degli spazi di autonomia e libertà decisionale residui anche in pazienti sottoposti a TSO». Nella prassi trovano spazio approcci “multidimensionali”, volti alla valutazione, caso per caso, della capacità a prestare il consenso³⁵. Al di là della vaghezza di certe espressioni (“approcci multidimensionali”) che male si conciliano con provvedimenti che incidono sulla libertà personale, rimane il fatto che la Cassazione finisce per ammettere trattamenti sanitari obbligatori in caso di malattia mentale non tale da ottundere la capacità di intendere e di volere.

Delle due l’una: o riteniamo che il consenso possa in certi casi attenuarsi fino a divenire irrilevante al cospetto dell’alterazione mentale, oppure si aggiungano, per giustificare il trattamento sanitario coattivo, altri requisiti, quali una comprovata pericolosità sociale della persona per sé ma soprattutto per gli altri e quindi per la collettività, unico interesse in grado di legittimare tale tipologia di trattamento. Mentre la prima opzione appare foriera di dubbi di costituzionalità, la seconda invece parrebbe conforme alle coordinate di sistema realizzando un più equilibrato bilanciamento tra principi in gioco.

La Corte ricostruisce diffusamente l’evoluzione del sistema delle tutele dall’ordinamento approntate per le persone affette da infermità fisica e psichica, sulla base del «principio personalista e del principio della pari dignità sociale espressi dagli artt. 2 e 3, primo comma, Cost.»; «il trattamento giuridico che l’ordinamento riserva alle persone affette da infermità fisica o psichica chiama in causa un complesso di principi “che attingono ai fondamentali motivi ispiratori del disegno costituzionale”»; «ai sensi dell’art. 3, secondo comma, Cost., infatti, è compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli materiali che, per le persone affette da fragilità, si frappongono al godimento effettivo dei diritti costituzionali»³⁶.

Ad avviso della Corte, «la persona conserva la piena capacità processuale proprio nei procedimenti volti a verificare la sussistenza dei presupposti idonei a condurre a una limitazione della sua capacità di agire»³⁷. Deve ritenersi quindi che la comunicazione all’interessato del provvedimento del sindaco con il quale è disposto un trattamento sanitario e la notificazione del relativo decreto del giudice «non trovino ostacolo nella condizione di possibile incapacità naturale nella quale il destinatario si trovi al momento della comunicazione o della notificazione»³⁸.

³⁵ Le citazioni sono ovviamente tratte da Corte cost., sent. n. 76 del 2025, 7.1 del *Considerato in diritto*. Si veda al riguardo Cassazione, ordinanza n. 509 del 2023.

³⁶ Le citazioni sono tratte sempre da Corte cost., sent. n. 76 del 2025, 7.2 del *Considerato in diritto*.

³⁷ Corte cost., sent. n. 76 del 2025, 7.3 del *Considerato in diritto*; «il legislatore – prosegue la Corte – ha inteso così ribadire l’importanza di non spogliare della capacità processuale chi non sia stato ancora privato della capacità legale d’agire, tant’è che proprio nei procedimenti diretti ad accertare l’eventuale incapacità legale dell’interessato è stata confermata la sua piena capacità di stare in giudizio e di compiere qualsivoglia atto processuale (sentenza n. 168 del 2023)».

³⁸ Corte cost., sent. n. 76 del 2025, n. 7.5 del *Considerato in diritto*.

La condizione di alterazione psichica può essere di ostacolo alla effettiva comprensione del contenuto delle richiamate comunicazioni. Tali comunicazioni, bensì necessarie, non sono sufficienti ad assicurare una *effettiva* garanzia del diritto di difesa, rispetto a cui si delinea come necessaria l'audizione della persona, che «è certamente garanzia che il trattamento venga eseguito nel rispetto dell'art. 13, quarto comma, Cost., che sancisce il divieto di violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizioni della libertà personale, e nei limiti imposti dal rispetto della persona umana, ai sensi dell'art. 32, secondo comma, Cost.»³⁹.

«L'omessa previsione della comunicazione del provvedimento sindacale e della notificazione del decreto di convalida alla persona interessata o al suo legale rappresentante, ove esistente, nonché l'omessa previsione dell'audizione della stessa persona interessata prima della convalida, determinano la violazione degli artt. 13, 24, 32 e 111 Cost.». Non si tratta di una soluzione particolarmente innovativa, se è vero come è vero che già da tempo la dottrina aveva posto l'accento sulla criticità, rispetto all'art. 24 Cost., della mancata audizione del destinatario della misura del trattamento sanitario obbligatorio⁴⁰.

4. Tirando le fila

Della sentenza colpisce in primo luogo l'estensione della motivazione e lo sforzo ricostruttivo messo in campo dalla. Se è vero che la mappatura dell'istituto occupa ben un terzo della pronuncia, ciò non di meno alcuni profili rimangono in ombra o comunque il quadro di risulta non appare del tutto coerente con il sistema⁴¹.

Da una parte, la situazione di incostituzionalità era palese, di modo che l'apparato argomentativo appare in una certa misura sovradimensionato. D'altra parte, pur a fronte di una motivazione a così vasto raggio, si potrebbe avere l'impressione che il sistema sia stato ricondotto a piena sintonia con la Costituzione: vero è, invece, che la disciplina dell'istituto sconta l'usura del tempo, manifestando diversi profili di tensione con i principi costituzionali.

Quanto ai passaggi non del tutto funzionali alla decisione, si possono annoverare gli insistiti riferimenti a svariate fonti sovranazionali. Nella motivazione si richiama quanto osservato dal giudice rimettente con riguardo al "Report del 24 marzo 2023", adottato dal Comitato europeo per la prevenzione della tortura e delle pene o dei trattamenti disumani e degradanti del Consiglio d'Europa. In occasione di una visita

³⁹ Corte cost., sent. n. 76 del 2025, n. 8.2.2 del *Considerato in diritto*.

⁴⁰ Per un approfondimento, si rinvia, tra gli altri, al contributo di S. ROSSI, *La salute mentale tra libertà e dignità*, Milano, 2015, 320.

⁴¹ Sui profili di criticità che ad oggi caratterizzano l'istituto in esame si veda, da ultimo, anche per ulteriori riferimenti, la ricostruzione di A. VENCHIARUTTI, *Notre-Dame de Paris, Quasimodo e la prova del danno non patrimoniale da trattamento sanitario obbligatorio illegittimo*, in *Responsabilità civile e previdenza*, n. 3, 2025, pp. 890 ss., a commento di una interessante pronuncia della Suprema Corte relativa ad un caso di risarcimento del danno a seguito di TSO illegittimo (il riferimento è a Cass. civ., Sez. III, ordinanza 19 dicembre 2024, n. 33290).

compiuta nel nostro Paese venne stilato un rapporto ove trova spazio una notazione critica in relazione al fatto che il giudice «non incontri mai la persona interessata». Si tratta di un atto particolarmente illuminante e denso di interesse sotto il profilo della prassi effettuale, che però può avere un effetto tutt'al più *ad colorandum*. Diversamente dalla giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo che dispiega ben altra efficacia. Viene richiamata al riguardo una pronuncia della Corte di Strasburgo che però è di irricevibilità.

Richiamando poi la disciplina relativa alla nomina di amministratore di sostegno, si ricorda l'art. 407, c. 2, c.c., secondo cui il «giudice tutelare deve sentire personalmente la persona» oggetto del procedimento. In riferimento a tale norma la «giurisprudenza di legittimità ha ritenuto che essa sia diretta espressione dei diritti sanciti dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, approvata dall'Assemblea generale il 13 dicembre 2006, ratificata e resa esecutiva con legge 3 marzo 2009, n. 18». Che rilevanza riveste questa indicazione ai fini del decidere? Nulla verrebbe da dire, essendo già del resto sostanzialmente eccentrica nella cornice della pronuncia della Cassazione richiamata⁴².

Passando ai profili «interni», viene fatta anche menzione delle «sollecitazioni espresse in più occasioni dal Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale, volte all'adozione di maggiori cautele nell'applicazione dei trattamenti sanitari coattivi, affinché siano disposti in via residuale e nei soli casi effettivamente previsti dalla legge»⁴³ (da ultimo, Relazione al Parlamento 2023, *sub* sezione «Fragilità reclusi», pagina 92).

Al di là di un interesse scientifico, nel contesto della motivazione tali riferimenti non risultano certo decisivi. La motivazione -in linea generale- deve essere funzionale alla definizione del caso. I parametri costituzionali sono per vero del tutto sufficienti a fondare la dichiarazione di illegittimità costituzionale senza richiedere alcun riferimento ulteriore che nulla aggiunge al ragionamento della Corte costituzionale, di fatto solidamente argomentato⁴⁴.

Non indispensabile ai fini del *decisum* appare anche la puntuale ricostruzione degli istituti che l'ordinamento conosce a protezione delle persone *fragili*: dall'interdizione alla amministrazione di

⁴² Al riguardo la Corte costituzionale cita la pronuncia della Cassazione che pone l'accento in modo rigoroso – con riguardo al procedimento di nomina dell'amministratore di sostegno – sulla necessaria «audizione personale del beneficiario» (Corte di cassazione, prima sezione civile, ordinanze n. 32219 del 2023 e 19 gennaio 2023, n. 1667).

⁴³ Corte cost., sent. n. 76 del 2025 (n. 8.2.1 del *Considerato in diritto*), che al riguardo cita espressamente – con tanto di rimando al testo – la Relazione del Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale, nella quale si raccomandano «maggiori cautele nell'applicazione dei trattamenti sanitari coattivi, affinché siano disposti in via residuale e nei soli casi effettivamente previsti dalla legge (da ultimo, Relazione al Parlamento 2023, *sub* sezione «Fragilità reclusi», pagina 92)».

⁴⁴ La motivazione, del resto, è saldamente ancorata agli artt. 13, 24 e 111 Cost. Con riguardo al rapporto tra i diritti garantiti dalla Costituzione e quelli tutelati da fonti sovranazionali, cfr. A. PACE, *Metodi interpretativi e costituzionalismo*, in *Quad. cost.*, 2001, spec. pp. 48-50, il quale, nel rilevare come gran parte dei diritti sanciti dalla CEDU riceva nell'ordinamento costituzionale italiano una tutela più ampia e incisiva, invita a una forma di «prudente interpretazione» della stessa Convenzione.

sostegno. In fin dei conti sarebbe stato più che sufficiente il riferimento a quest'ultimo istituto: se nell'ambito di esso è richiesto che sia sentita la persona destinataria della misura, semplicemente *a fortiori* ciò dovrebbe essere previsto in sede di procedimento volto a disporre un trattamento sanitario obbligatorio, che su tanti diritti di assoluto pregio costituzionale incide in modo significativo.

Ma se questa ricapitolazione dei vari istituti forse è solo eccedente, nella cornice della motivazione, il riferimento all'art. 13, c. 4 Cost. appare addirittura fuorviante. Secondo la Corte «l'audizione da parte del giudice tutelare [...] è certamente garanzia che il trattamento venga eseguito nel rispetto dell'art. 13, quarto comma, Cost., che sancisce il divieto di violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizioni della libertà personale»⁴⁵. In primo luogo si tratta di un'indicazione che non trova riscontro nella legge e sembra porsi anche al di fuori del quadro sistematico. Ci si potrebbe chiedere per quale ragione nei casi in cui sia disposta una misura cautelare in carcere nessun controllo di tal genere venga operato, svolgendosi di fatto l'interrogatorio dell'imputato per lo più fuori dal carcere. Nel caso di TSO non è nemmeno detto che il giudice di fatto acceda alle strutture ove la persona è trattenuta, anzi la prassi pare piuttosto contraria. Quello che si registra è la pratica delle audizioni da remoto: il che, oltre a vanificare il significato della pronuncia della Consulta, finirebbe per frustrare quel *quid pluris* che l'audizione del destinatario della misura porta con sé nella prospettiva della garanzia di cui all'art. 13 ultimo comma, Cost.⁴⁶.

Tra gli altri passaggi non del tutto funzionali all'epilogo della questione si può anche annoverare quello che riguarda l'eventuale esercizio di poteri ufficiosi da parte del giudice nel corso del procedimento di convalida. Di fatto l'esercizio di tali poteri non è mai stato revocato in dubbio, né tali poteri sono stati misconosciuti da parte della giurisprudenza. Suscita piuttosto qualche dubbio l'esemplificazione di essi. Non costituendo certo un *numerus clausus*, una loro elencazione può essere addirittura fonte di incertezze in relazioni ai casi non menzionati.

Una motivazione più sorvegliata non nuocerebbe, anche nella prospettiva del recepimento delle decisioni della Corte costituzionale da parte dei giudici comuni, rispetto ai quali una motivazione maggiormente concisa e ancorata al caso appare un buon viatico anche per evitare fraintendimenti che talvolta si possono produrre e che di recente si sono di fatto verificati all'atto dell'interpretazione delle pronunce del Giudice delle leggi da parte dei giudici comuni⁴⁷.

⁴⁵ Corte cost., sent. n. 76 del 2025, 8.2.2 del *Considerato in diritto*.

⁴⁶ Molto eloquente – a seguito della pronuncia della Corte in esame – il contributo, ricco di dati, di C. DAINA, *Il folle Stato dei sedati per forza*, in *Corriere della sera*, 19 agosto 2026, ove, riportando una opinione di un tecnico esperto della materia, si constata: «i tribunali fanno le audizioni da remoto, in video call, e spesso dall'altra parte del cellulare, prestato dall'infermiere, 'è un paziente sedato. Che senso ha?' ».

⁴⁷ Basti, ad esempio, por mente all'importante pronuncia della Corte costituzionale n. 96 del 2025 in materia di centri di detenzione e di rimpatrio per gli stranieri. A fronte di una decisione di inammissibilità, pure corredata da un riconoscimento di incostituzionalità, vi sono stati giudici di merito che – pur prendendo atto della natura della pronuncia,

A fronte di una serie di passaggi della motivazione non strettamente necessari nella prospettiva della decisione da adottare, rimangono piuttosto sul tappeto una serie di nodi irrisolti che, pure non oggetto dell'ordinanza di rimessione, avrebbero forse meritato attenzione.

Secondo i dati ufficiali, migliaia sono i casi in cui vengono disposti ogni anno trattamenti sanitari obbligatori per malattie mentali con trattamento ospedaliero⁴⁸. A fronte di una tale casistica come è possibile che si proceda quasi sempre *de plano* da parte dei giudici senza nemmeno che vi sia un contatto diretto tra la persona oggetto del trattamento e il giudice? Anche la Cassazione dà per scontata tale mancanza nell'ordinanza di rimessione che ha dato luogo al giudizio di costituzionalità⁴⁹. La lacuna appare viepiù vistosa al cospetto di una misura che è particolarmente invasiva rispetto ai diritti della persona che vi è soggetta, potendo assumere contenuti deteriori perfino rispetto alla detenzione. Si tratta di una situazione in cui possono essere disposti trattamenti farmacologici che tra l'altro possono fortemente ridurre se non del tutto obliterare la capacità della persona a partecipare in modo consapevole all'udienza, vanificando nella sostanza la garanzia dell'audizione.

Possibile che si tratti di dubbi che si sono affacciati solo dopo quasi quarant'anni di applicazione della norma da parte dei giudici? Tale constatazione colpisce e ci dice sostanzialmente due cose: la magistratura ha certamente introiettato da tempo i principi della Costituzione e i diritti che di essa costituiscono corredo indispensabile, ma non si può negare che talvolta, per diverse ragioni, la sensibilità rispetto alla tutela dei diritti si manifesti a macchia di leopardo. Seconda considerazione: la magistratura, in questo probabilmente specchio della società, continua a ostentare un certo disagio nei confronti della malattia mentale, rispetto alla quale pare avere il sopravvento un approccio sotto certi versi paternalistico e per altro verso proteso verso una dimensione eminentemente concentrazionaria sotto un profilo trattamentale⁵⁰.

non certo di accoglimento—hanno in sostanza finito per utilizzare il *dictum* della Corte costituzionale come se si trattasse di una pronuncia di annullamento. Nel senso appena indicato, ad esempio, Corte di Appello di Cagliari –Sez. distaccata di Sassari– Sezione specializzata in materia di immigrazione, protezione internazionale e libera circolazione dei cittadini dell'Unione europea, 4 luglio 2025, n. 290 del 2025.

⁴⁸ La società italiana di epidemiologia psichiatrica (Siep) sulla base di dati forniti dall'Istat, quantifica diverse migliaia di casi all'anno; in particolare 5.398 casi nel 2020, 5.538, nel 2021, 5.118 nel 2022, 4.879 nel 2023: ancora C. DAINA, *Il folle Stato dei sedati per forza*, cit., in cui si precisa che i numeri ufficiali sono in realtà da ritenersi sottodimensionati rispetto alla realtà, sfuggendo in effetto alla rilevazione statistica sia i casi di ricoveri di urgenza, di norma non censiti alla stregua di veri e propri TSO, sia i casi in cui il ricovero a seguito di TSO si è trasformato *in itinere* in un trattamento volontario da parte del soggetto destinatario del provvedimento. Il fenomeno non pare quindi per nulla trascurabile anche sotto un profilo quantitativo. Si noti che alcuni anni fa, ad esempio nel 2015, i casi di trattamento sanitario obbligatorio superavano gli 8.000 all'anno.

⁴⁹ Il riferimento è alla già citata Cass., I sez. civ., ordinanza 9 settembre 2024, n. 24124.

⁵⁰ La dottrina giuridica ha dimostrato tardivamente una certa attenzione nei confronti delle malattie mentali, anche a seguito della sopravvenuta Costituzione, che in verità aveva attitudine a incidere su normative spesso del tutto fuori asse rispetto ai principi costituzionali. Tra i primi a occuparsi di questo problema va certamente annoverato Paolo Cendon: al riguardo si vedano per lo meno i vari contributi contenuti nel volume P. CENDON (a cura di), *Un altro diritto per il malato di mente. Esperienze e soggetti della trasformazione*, cit.

La peculiarità della malattia mentale, con tutto il bagaglio di paure e di pregiudizi che reca con sé, finisce per inquinare anche il tema del *consenso*. Non si può ignorare che si manifesti una tensione tra la disciplina del TSO e l'indiscussa centralità del *consenso* nel contesto dei trattamenti sanitari. Al netto del *favor* manifestato dalla legge verso la ricerca di un percorso terapeutico condiviso, la stessa legge non esclude che il trattamento coattivo venga adottato nei confronti di persona che non abbia perso la capacità di esprimere il proprio consenso. La legge poi non proceduralizza questo accertamento, che potrebbe essere utilmente compiuto dal medico della struttura pubblica (meglio se specialista in psichiatria ovviamente). Essendo tuttavia *altri* i presupposti della misura, si tratta di una verifica del tutto eventuale. Un ulteriore profilo appare particolarmente dilemmatico: quello della tutela autenticamente piena del diritto di difesa. Il fatto che, proprio in un caso dove sono in gioco diritti di pregnante valenza costituzionale, che costituiscono corollario indispensabile della dignità della persona, al cospetto di persona in stato di *vulnerabilità*, si preveda che la persona stessa *possa* intervenire *personalmente* in giudizio configura una stonatura: la legge in particolare prevede – all'art. 35, c. 6, – che «nel processo davanti al tribunale le parti possono stare in giudizio senza ministero di difensore e farsi rappresentare da persona munita di mandato scritto».

Nel procedimento di convalida dovrebbe essere imprescindibile oltre al “contatto” tra autorità giudicante e destinatario del provvedimento, anche la difesa “tecnica”. Si tratta di una difesa richiesta del resto nell'ambito del processo civile, ove la possibilità della persona di stare in giudizio personalmente è, come noto, limitatissima⁵¹. Nei procedimenti di interdizione e di inabilitazione è prevista bensì la possibilità della persona di stare in giudizio personalmente, ma si contempla altresì la possibilità che venga dal giudice nominato un tutore o curatore provvisorio, cosa che nel procedimento che ci occupa sembrerebbe vieppiù utile⁵².

Nel contesto del procedimento volto a disporre il trattamento sanitario obbligatorio, oltre alla necessità della difesa tecnica, legata alla natura dei diritti che si vanno a comprimere, dovrebbe poi essere prevista, in caso di mancata nomina fiduciaria, la nomina di un difensore d'ufficio. La disciplina attuale – pur dopo l'innesto da parte della Corte – rende la tutela del diritto di difesa a forte rischio di *ineffettività*.

Vi è una tendenza, nella giurisprudenza costituzionale, a limitare la natura obbligatoria della difesa tecnica, soprattutto della difesa d'ufficio, ai soli procedimenti penali e a quelli che investono «misure che trovano causa nella pericolosità sociale-criminale del soggetto». In sostanza quindi, processo penale, processo per

⁵¹ Tranne casi marginali: cfr. l'art. 82 c.p.c. in relazione ai processi davanti al giudice di pace, di valore particolarmente basso; l'art. 417 c.p.c. nelle controversie di lavoro di primo grado; l'art. 23 della legge n. 689 del 1981 relativamente all'irrogazione di sanzioni amministrative.

⁵² In questo senso, a seguito della modifica nel contesto della cosiddetta “riforma Cartabia”, cfr. l'art. 473 *bis* 55, c.p.c. Si tratta per vero di una procedura che si applica anche nel procedimento per la nomina di un amministratore di sostegno, grazie al richiamo di cui all'art. 473 *bis* 58, c.1, c.p.c.

l'irrogazione delle misure di sicurezza e di quelle di prevenzione. Anche con riguardo al trattamento dei tossicodipendenti, la legge n. 685 del 1975 non prevede la necessità della difesa tecnica, pur versandosi in caso di limitazione della libertà personale. Il fattore decisivo forse non dovrebbe essere ancorato alla natura del procedimento, quanto piuttosto all'incisione sulla libertà personale e alla necessità di apprestare le condizioni essenziali per l'effettivo esercizio del contraddittorio di fronte all'autorità procedente, nella cornice di una procedura che conduce ad una limitazione particolarmente intensa della libertà personale le cui garanzie, come pacifico, si applicano anche nel caso del trattamento sanitario obbligatorio⁵³. Poteva essere -questa- l'occasione per un ripensamento di un orientamento che in effetti non pare immune da criticità e dà adito a più di qualche dubbio⁵⁴.

Siamo al cospetto di un procedimento che può condurre a privare la persona di un fascio di diritti che nemmeno sono identificabili *ex ante*, il che evidenzia più di qualche problema di compatibilità con la riserva di legge relativa ai "modi" di restrizione della libertà personale⁵⁵. Pare dirimente ricordare quanto

⁵³ Si tratta, quello della *effettività* del diritto di difesa, di un profilo sovente toccato dalla Corte costituzionale: ad esempio, da ultimo, cfr. sent. n. 78 del 2025, senza tuttavia che la Corte stessa ne tragga tutti i corollari possibili nella prospettiva di un ampliamento della necessità della difesa tecnica anche al di fuori del processo penale, al ricorrere di determinate condizioni.

⁵⁴ La giurisprudenza della Corte è sul punto ferma. La questione è stata tra l'altro affrontata nella sentenza n. 160 del 1982, confermativa di pregresse pronunce. Nell'occasione la Corte -occupandosi del trattamento disposto nei confronti dei tossicodipendenti- così ragiona: «se è innegabile che l'obbligatorietà dell'assistenza difensiva [...], con la susseguente necessità che il giudice provveda alla nomina di un difensore d'ufficio in mancanza di un difensore di fiducia, è stata più volte affermata da questa Corte (v. le sentenze n. 53 del 1968, n. 86 del 1968, n. 67 e 76 del 1970, n. 168 del 1972, n. 69 del 1975 ecc.), non bisogna dimenticare che tale affermazione si ritrova sempre e soltanto con riferimento al processo penale di cognizione, agli incidenti di esecuzione penale, al processo per le misure di sicurezza, tra cui il ricovero in manicomio giudiziario, ed al processo per le misure di prevenzione, espressamente modellato dall'art. 4 legge 27 dicembre 1956, n. 1423, sullo schema degli artt. 636 e 637 c.p.p.: procedimenti caratterizzati, tutti, dal compimento di indagini e valutazioni preordinate all'adozione ed esecuzione di misure penali o di misure "che trovano causa nella pericolosità sociale - criminale" del soggetto (v. le sentenze n. 168 del 1972 e n. 69 del 1975) ». La Corte ricorda come anche nel ricovero in manicomio previsto dalla legge del 1904, la stessa avesse «ritenuto costituzionalmente necessario, ma al tempo stesso sufficiente, che, in vista dell'adozione di provvedimenti del genere, il legislatore non escluda, cioè permetta, la difesa dell'infermo, concludendo nel senso che «il legislatore ordinario può anche non spingersi sino al punto di imporre la difesa tecnica, restando così libero di prescrivere o no la nomina del difensore d'ufficio in mancanza del difensore di fiducia e, a maggior ragione, di prescrivere o no l'intervento obbligatorio del difensore nel concreto svolgersi del procedimento» (ancora Corte cost., sent. n. 160 del 1982).

⁵⁵ Si noti per vero che i dubbi sulla idoneità della legge n. 833 del 1978 a soddisfare la riserva di legge si erano in dottrina posti anche in riferimento all'art. 32 Cost.: in questo senso, tra gli altri, A.M. VECCHIETTI, *Salute mentale e riforma sanitaria*, Giuffrè, Milano, 1983, pp. 78 ss. Si tratta di dubbi che si erano posti nonostante il fatto che sia diffusa l'opinione secondo cui l'art. 32 Cost. ponga una riserva di legge relativa. In questa prospettiva si è anche più di recente osservato che «in ogni caso, la legge o gli atti aventi forza di legge dovranno stabilire con esattezza le *norme di principio* riferibili ai TSO di volta in volta coinvolti, definendo almeno i *tipi* di trattamento obbligatorio ritenuti imprescindibili: nello stesso art. 32, comma 2, si prevede infatti che la legge possa imporre «un *determinato* trattamento», concludendosi nel senso che «il legislatore dovrà dunque evitare previsioni troppo generiche, limitando i margini d'azione delle fonti subordinate eventualmente necessarie a completare la disciplina predisposta dalla legge»: in questo senso, condivisibilmente, P. VERONESI, *L'eccezione alla regola: il caso dei trattamenti sanitari obbligatori*, in *Osservatorio costituzionale*, n. 6, 2021, p. 32.

Se è vero che in dottrina non è mancato chi ha sostenuto la natura assoluta della riserva di legge contenuta nell'art. 32 Cost. (ad esempio B. PEZZINI, *Il diritto alla salute*, cit., p. 28 e D. MORANA, *La salute nella Costituzione italiana*, cit., p. 131), resta il fatto che la giurisprudenza costituzionale si è orientata per la natura relativa, quantunque rinforzata, della riserva. In proposito di recente la Corte ha avuto modo di osservare che «la Costituzione ha introdotto una riserva di

sostenuto da una autorevole dottrina in tempi risalenti, stando alla quale l'obbligo della difesa tecnica dovrebbe valere «*in ogni caso per ogni tipo di giudizio in cui sia in gioco la libertà personale dell'individuo*», a prescindere dal fatto che si tratti di un procedimento penale o di procedimenti similari⁵⁶.

Anche in relazione a questo punto, la Corte nulla fa trapelare. Ampio spazio la Corte si è da sempre riservata per evidenziare, con riguardo alle norme di volta in volta esaminate, eventuali punti critici, soluzioni possibili per porvi rimedio, o semplicemente per formulare auspici di interventi legislativi che talvolta diventano veri e propri moniti: l'armamentario decisionale della Corte è molto ricco e, soprattutto negli ultimi anni, in cui l'interlocuzione con il legislatore ha preso nuova linfa, correntemente utilizzato dal Giudice delle leggi. Non però in questo caso.

Un ultimo profilo merita un cenno: il riferimento è alla competenza del Sindaco a disporre provvedimenti consimili. Non si può disconoscere che il procedimento che porta al TSO è idoneo ad incidere in profondità su diritti fondamentali delle persone. Si tratta di una competenza che si pone del tutto fuori dal perimetro dell'art. 13 Cost. e dalle sue rigorose prescrizioni. Escluso che tale norma possa esaurire la sua portata nella cornice del processo penale, è chiaro che ogni limitazione o restrizione della libertà personale va iscritta in questo quadro costituzionale di regole⁵⁷. Nemmeno questo aspetto era stato evidenziato dalla Cassazione in sede di rimessione. Ci si sarebbe potuti aspettare una presa di posizione della Consulta sul punto per lo meno *sub specie* di auspicio, anche per mettere sul tappeto, *pro futuro*, i temi da non trascurare e i dubbi da fugare in relazione ad una normativa che ormai mostra chiare crepe. Certo suona veramente paradossale che la disciplina previgente (risalente al 1904!) fosse in definitiva più in asse – *in parte qua* – con la Costituzione vigente rispetto alla legge del 1978, nella misura in cui il provvedimento di internamento in manicomio dell'*alienato* veniva disposto dall'autorità giudiziaria e non dall'autorità amministrativa⁵⁸.

legge relativa (sentenza n. 258 del 1994), ma rinforzata per contenuto, stante il necessario «rispetto della persona umana» prescritto dall'ultimo periodo dell'art. 32, secondo comma, Cost. »; la stessa Corte ha per vero soggiunto tuttavia - e si tratta di una affermazione rilevante per il nostro caso - che «per i trattamenti sanitari coercibili valgono le ulteriori e più intense garanzie previste per le restrizioni alla libertà personale, tra le quali è annoverata l'osservanza di una riserva di legge assoluta» (così Corte cost., sent. n. 25 del 2023).

⁵⁶ Sono parole di P. BARILE, *Diritti dell'uomo e libertà fondamentali*, Il Mulino, Bologna, 1984, p. 294.

⁵⁷ Cfr., in argomento, C. CASTRONOVO, *La legge 180, la Costituzione e il dopo*, in *Riv. crit. dir. priv.*, 1986, p. 624, secondo cui il sistema delineato dall'art. 35 non risulta conforme all'art. 13, comma 2, Cost., in quanto la decisione sul trattamento sanitario obbligatorio, incidente sulla libertà personale del malato, è rimessa non all'autorità giudiziaria – come espressamente richiesto dalla Costituzione – bensì al sindaco, in qualità di autorità sanitaria. Sulla medesima lunghezza d'onda, v. anche A.M. VECCHIETTI, *Salute mentale e riforma sanitaria*, cit., spec. 110-113, secondo cui si deve ritenere che rientri «nella disciplina dell'art. 13, 2° comma Cost., ogni misura obbligatoria coercitiva della libertà fisica della personae, indipendentemente dalle ragioni che la giustificano (motivi di sanità, di ordine pubblico, di giustizia, di difesa sociale)».

⁵⁸ L'art 2, comma 3, della legge n. 36 del 1904 prevede che la detenzione nei manicomi è «autorizzata, in via provvisoria, dal pretore sulla presentazione di un certificato medico e di un atto di notorietà, redatti in conformità delle norme stabilite dal Regolamento, ed in via definitiva dal tribunale in Camera di Consiglio sulla istanza del pubblico ministero».

Al netto di tutto questo, della modesta dinamicità dei giudici comuni in relazione a questo genere di procedimenti, della cautela del rimettente che ha condizionato inevitabilmente anche il perimetro della decisione della Corte costituzionale, della tendenza della stessa Corte a ricostruire con acribia un quadro composito piuttosto che a svelarne criticità e tensioni con i principi costituzionali, si possono anche cogliere le opportunità che nascono dalla vicenda in esame e dalla decisione a cui essa ha dato adito.

È in definitiva merito della Cassazione aver rimesso finalmente alla Consulta la questione relativa a un plesso normativo che non pochi dubbi di costituzionalità solleva, accendendo un faro su una situazione densa di problematicità. Merito della Corte è avere per lo meno iniziato a porre mano alla questione, andando pure in parte al di là del “chiesto”, eliminando le distonie più evidenti. Si poteva fare di più? Certamente. In un periodo ove la Corte non lesina moniti o auspici al legislatore, nel caso in esame non poteva e non doveva mancare una forte indicazione nel senso della necessaria rivisitazione di un istituto che risulta disciplinato da una normativa che sconta l'usura del tempo, che non pare in linea con l'evoluzione del sistema, che di fatto rischia di lasciare passare tra le sue maglie situazioni di possibili abusi in situazioni ove i diritti fondamentali della persona -soprattutto *fragile*- vengono pericolosamente oscurati.

L'aver in definitiva innescato una discussione sul tema appare già di per sé un risultato utile e di cui vanno colte le opportunità, sia da parte dei giudici, che quotidianamente fanno uso -forse troppo acriticamente- delle norme di questo problematico istituto, sia da parte della dottrina, che potrebbe suggerire le strade per rendere l'istituto stesso pienamente in sintonia con le coordinate costituzionali nel pieno rispetto dei diritti della persona. La bussola a cui guardare è proprio quel limite che correda questo tipo di trattamenti e che consiste nel *rispetto della persona umana*. Se si tratta di un profilo che non è stato particolarmente esplorato dalla giurisprudenza, nemmeno costituzionale, potrà essere la dottrina a tentare di fornire le coordinate per ridisegnare l'istituto in modo conforme a tale ineludibile prescrizione⁵⁹.

⁵⁹ Che la giurisprudenza della Corte non abbia particolarmente approfondito il concetto di «rispetto della persona» di cui all'art. 32 Cost. è constatato tra gli altri da M. CARTABIA, *L'art. 32, secondo comma, della Costituzione italiana*, in *Monitor - Elementi di analisi e osservazione del sistema salute*, n. 29, 2012, p. 24, secondo la quale «la Corte non ha avuto modo di elaborare specificamente il significato di questo limite». Secondo P. VERONESI, *L'eccezione alla regola: il caso dei trattamenti sanitari obbligatori*, cit. p. 241, «il concetto di “rispetto della persona” ex art. 32 Cost. esige [...] che si riservi il massimo rispetto possibile alle opinioni e ai convincimenti dei singoli, frutto della loro libertà di coscienza, religiosa e di opinione», concludendo nel senso che, con riguardo ai limiti dei trattamenti coattivi, «l'autodeterminazione altrimenti piena dell'individuo potrà esplicarsi solo finché ciò non si ponga oggettivamente in antitesi con il diritto alla salute altrui».