



Fascicolo n° 4/2025

Data di pubblicazione: 02/10/2025

Autore: Stefano Rossi\*

## Il processo della cura: la Corte costituzionale e il trattamento sanitario obbligatorio in ambito psichiatrico

**Sommario:** 1. Una premessa kafkiana. – 2. Un’ordinanza dal tono costituzionale – 3. Una dubbia incidentalità. – 4. Il trattamento sanitario obbligatorio in ambito psichiatrico tra autodeterminazione e beneficalismo. – 5. Le garanzie procedurali e processuali: quando la forma si fa sostanza. – 6. Il parametro pretermesso. – 7. Conclusioni.

### 1. Una premessa kafkiana.

«Qualcuno doveva aver calunniato Josef K., poiché un mattino, senza che avesse fatto nulla di male, egli fu arrestato»<sup>1</sup>. Il celebre incipit con cui si apre il romanzo di Franz Kafka, *Il Processo*, sembra adattarsi perfettamente all’*affaire* giudiziario che fa da sfondo alla pronuncia della Corte costituzionale qui commentata. Poche righe che, in termini essenziali, danno conto della qualità drammatica della vicenda esistenziale che racchiudono, ma ancor più perché, pur a fronte di una pluralità di piani di lettura<sup>2</sup>, quelle poche parole descrivono un meccanismo e i suoi esiti.

Nell’opera di Kafka, il “processo” può essere inteso non soltanto come fase procedurale antecedente la “condanna”, ma come un dispositivo normativo-autoritativo che, nel momento stesso in cui si instaura, cristallizza le condizioni affinché la condanna divenga necessaria e irrevocabile.

---

\* Avvocato, Dottore di ricerca in diritto pubblico e tributario nella dimensione europea – Università degli studi di Parma.

<sup>1</sup> F. KAFKA, *Il processo*, Adelphi, Milano, 2020, 11.

<sup>2</sup> R. CALASSO, *K*, Adelphi, Milano, 2022.

Da questa prospettiva, la distinzione tra processo e condanna non è meramente temporale, bensì strutturale: il processo, lungi dall'essere strumento di accertamento imparziale e garanzia dei diritti, opera come meccanismo performativo che produce la realtà giuridica che pretende di giudicare. Si configura così un dispositivo in cui la presunta funzione di accertamento e di garanzia del processo viene rovesciata: esso non serve a verificare la colpevolezza, bensì ad assicurare che la condanna acquisti un carattere definitivo, quasi fosse il processo stesso a generarla più che a giudicarla<sup>3</sup>. Di ciò sembra essere pienamente consapevole lo zio Karl il quale, con saggezza popolare, rammenta a K il proverbio: «avere un processo come questo vuol dire averlo già perduto»<sup>4</sup>.

Tale intuizione che, nella narrazione kafkiana, si colloca su un piano simbolico trova un'eco inquietante nella realtà giuridica, come dimostra la vicenda da cui scaturisce l'opposizione al decreto di convalida del trattamento sanitario obbligatorio (Tso) disposto nei confronti di Elena A.A. dal sindaco di Caltanissetta. Dopo una doppia conforme di rigetto nel merito, si giunge in Cassazione davanti alla quale la ricorrente lamenta di non avere mai ricevuto tempestiva comunicazione del provvedimento sindacale né della relativa convalida, di non essere stata sentita dal giudice tutelare prima della decisione e di aver potuto proporre opposizione solo dopo le dimissioni, quando il trattamento era ormai concluso. In altre parole, il procedimento – per come si è svolto – non avrebbe costituito un momento di effettivo controllo giurisdizionale, ma un percorso già orientato e cristallizzato verso l'esito finale, con la conseguenza che le garanzie previste dalla legge si sarebbero rivelate inefficaci o meramente formali.

Nella ricostruzione in fatto, prospettata in sede di ricorso davanti ai giudici di legittimità, sembra trovare conferma la frase rivelatrice rivolta a K dal predicatore nel Duomo – richiamata da Cavallone<sup>5</sup> – secondo cui «la sentenza non viene ad un tratto, è il processo che si trasforma a poco a poco in sentenza». Nel caso concreto, la “trasformazione” è avvenuta senza che l'interessata potesse incidere sul suo corso: l'assenza di notifica degli atti, l'impossibilità di accesso agli stessi se non a posteriori, l'inerzia o la contumacia di alcune parti processuali, hanno determinato un assetto procedimentale nel quale il diritto alla difesa e il diritto a un ricorso effettivo sono stati svuotati di contenuto. Non vi è stata frattura tra l'atto dell'accertamento e quello della convalida della misura, ma un *continuum* impercettibile in cui la funzione cognitiva del procedimento si è consumata gradualmente, in una metamorfosi silenziosa, nella mera validazione (a posteriori) della funzione esecutiva.

È in questo contesto che emerge un ulteriore aspetto kafkiano: come Josef K. teme non solo la condanna, ma l'ombra permanente che essa getta sulla sua identità e reputazione, così la ricorrente insiste nell'annullamento del provvedimento non per ragioni meramente formali, ma perché «ha interesse a non essere etichettata come una insana di mente (per avere subito il trattamento in

---

<sup>3</sup> B. CAPPONI, *Condanna senza giudizio, esecuzione senza condanna (una riflessione sul non-processo di Franz Kafka)*, in *Riv. trim. dir. proc. civ.*, 2013, 542 ss.; P. TINCANI, *Raccontare la società. Politica e diritto nella letteratura e nelle altre arti*, Mondadori, Milano-Firenze, 2022, 146 ss.

<sup>4</sup> F. KAFKA, *Il processo*, cit., 110, su cui la chiosa di R. CALASSO, *K*, cit., 17 secondo cui nel romanzo «il procedimento è già in sé la condanna».

<sup>5</sup> B. CAVALLONE, *La lezione di Titorelli, pittore e giurista (Kafka e la teoria del giudicato)*, in *Riv. dir. proc.*, 2011, 637 s.

questione)»<sup>6</sup>. La misura, dunque, non si esaurisce nella restrizione fisica subita per nove giorni, ma si prolunga in una sorta di marchio sociale e giuridico, una stigmatizzazione che sopravvive alla cessazione della misura e che il provvedimento stesso, se non annullato, continuerà a legittimare.

Così, una procedura che in un ordinamento garantista dovrebbe vegliare come sentinella contro l'arbitrio – attraverso la sequenza misurata delle fasi, la notifica che coinvolge, la voce data a chi è ha diritto di parola – nella prassi spesso si deforma in un congegno implacabile, un labirinto dove la meta non è la giustizia ma il compimento automatico di un “verdetto” già inciso che, anche dopo la perdita di efficacia, continua ad irradiare il suo potere silenzioso di esclusione e sospetto. Ecco che, con la sentenza n. 76/2025, la Corte costituzionale sembra aver infranto le pareti di quel labirinto, facendo entrare una luce che non cancella il passato, ma riduce le possibilità che possa ripetersi di nuovo, restituendo alla persona – anche nel fragile equilibrio della malattia – il diritto di essere presente a se stessa, di ascoltare e di essere ascoltata. Dall'analisi di questa svolta muove il passo del discorso che segue.

## 2. Un'ordinanza dal tono costituzionale.

Con l'ordinanza n. 24124 del 9 settembre 2024<sup>7</sup>, la Cassazione ha sollevato questione di costituzionalità avente ad oggetto il contrasto tra la disciplina procedurale in materia di trattamento sanitario obbligatorio (artt. 33, 34 e 35, l. 23 dicembre, n. 833) e il diritto di difesa declinato nel diritto all'informazione tempestiva e al ricorso effettivo, ricostruiti con riferimento ai parametri costituzionali di cui agli artt. 2, 3, 13, 24 e 111 Cost., nonché a quelli euroconvenzionali di cui agli artt. 6 e 13 della Cedu.

L'incidente di costituzionalità emerge nell'ambito di un procedimento scaturito da un ricorso contro il provvedimento di Tso convalidato dal giudice tutelare. Con un unico motivo di ricorso in Cassazione vengono declinate eccezioni *in procedendo* ed *in indicando*. Per quanto riguarda gli aspetti procedurali, si lamenta innanzitutto la mancata notificazione del provvedimento emanato dal sindaco, peraltro carente di ogni indicazione circa la durata del trattamento, nonché dell'ordinanza di convalida adottata dal giudice tutelare, oltre all'omissione dell'audizione da parte del giudice prima dell'emissione del provvedimento di convalida. Sul piano del merito, si contestava la mancanza dei presupposti per disporre il trattamento sanitario obbligatorio, segnalando in particolare l'assenza di un intento suicidiario e l'omissione di qualsivoglia tentativo di acquisire il consenso preventivo al trattamento, nell'ottica della cosiddetta “alleanza terapeutica”, prima di ricorrere a misure coercitive.

---

<sup>6</sup> Cass. civ., sez. I, ord. 9 settembre 2024, n. 24124, §. 3.7.

<sup>7</sup> Su cui A. SCALERA, *La Cassazione solleva la questione di costituzionalità della legge sui T.S.O.*, in *Nuova giur. civ. comm.*, 2025, 1, 53 ss.; E. DALY, *Trattamento sanitario obbligatorio e diritto di difesa* [Cass., I sez. civ., ord. 9 settembre 2024, n. 24124], in *Corti Supreme e Salute*, 2024, 3, 887 ss.

In sostanza, le doglianze avanzate con il ricorso riguardavano sia profili legati alla correttezza e trasparenza del procedimento, sia questioni sostanziali attinenti alla legittimità e proporzionalità dell'intervento sanitario imposto. La formulazione delle censure nel contesto di un unico motivo è stata contestata, ai fini dell'inammissibilità del ricorso, dall'Avvocatura dello Stato in quanto non conforme al paradigma normativo dell'art. 366 c.p.c.<sup>8</sup>, eccezione tuttavia non accolta dai giudici di legittimità, da un lato, «poiché le censure, che sono facilmente distinguibili, non sono incompatibili tra di loro»<sup>9</sup>, dall'altro, in quanto dai denunciati *errores in procedendo* – riconducibili alla violazione, da parte del procedimento stesso previsto dalla normativa, di disposizioni sovraordinate, anche di rango internazionale – discendono gli *errores in iudicando*: in specie, si è sostenuto che, se fosse stata seguita una procedura regolare e conforme alle norme convenzionali richiamate, la ricorrente avrebbe avuto la possibilità di difendersi durante il periodo in cui era soggetta al trattamento sanitario obbligatorio, e non solo alla sua conclusione.

Condivise le osservazioni della Procura generale riguardo i profili di incompatibilità della procedura di applicazione dei trattamenti sanitari obbligatori con i principi costituzionali, la Corte di cassazione si impegna nella valutazione della rilevanza della questione sollevata segnalando come «nel sistema di controllo di costituzionalità diffuso vigente nel nostro ordinamento la rilevanza della questione per il giudizio in corso si configura come necessità di applicare la disposizione censurata nel percorso argomentativo che conduce alla decisione, e si riconnette all'incidenza della pronuncia della Corte costituzionale su qualsiasi tappa di tale percorso. L'applicabilità della disposizione censurata è dunque sufficiente – ma altresì necessaria – a fondare la rilevanza della questione proposta»<sup>10</sup>. La disposizione è dunque rilevante se incide su qualunque passaggio di

---

<sup>8</sup> Un'eccezione astrattamente fondata, laddove «la contemporanea denuncia di omessa motivazione e omessa pronuncia in un unico motivo di ricorso per cassazione, senza gradazione, rende il ricorso inammissibile. L'ambiguità derivante dalla denuncia concomitante di ambedue i vizi non può essere risolta dalla Corte di Cassazione mediante un intervento di selezione» (Cass. civ., sez. V, 19 maggio 2025, n. 13279; Cass. civ., sez. VI-2, ord. 4 marzo 2022, n. 7224). Dovendosi precisare altresì che «il giudizio di cassazione è un giudizio a critica vincolata, delimitato e vincolato dai motivi di ricorso, che assumono una funzione identificativa condizionata dalla loro formulazione tecnica con riferimento alle ipotesi tassative formalizzate dal codice di rito. Ne consegue che il motivo del ricorso deve necessariamente possedere i caratteri della tassatività e della specificità ed esige una precisa enunciazione, di modo che il vizio denunciato rientri nelle categorie logiche previste dall'art. 360 c.p.c., sicché è inammissibile la critica generica della sentenza impugnata, formulata con un unico motivo sotto una molteplicità di profili tra loro confusi e inestricabilmente combinati, non collegabili ad alcuna delle fattispecie di vizio enucleate dal codice di rito» (Cass. civ., sez. VI - 2, ord. 14 maggio 2018, n. 11603).

<sup>9</sup> Cass. civ., ord. n. 24124/2024, §. 2. Nello stesso senso si è precisato che «il ricorso è altresì inammissibile quando con un unico articolato motivo siano cumulativamente denunciati il vizio di violazione di legge e di difetto di motivazione, ma non risultino formulati quesiti ben distinti per ciascun motivo, idonei a chiarire il senso delle censure» (Cass. civ., sez. V, 16 gennaio 2015, n. 671). Ciò non esclude tuttavia l'ammissibilità del ricorso per Cassazione che denunci con unico motivo vizi di violazione di legge e di motivazione in fatto (Cass. civ., sez. I, 18 gennaio 2008, n. 976). Sicché «è possibile che uno stesso articolato motivo di impugnazione si concluda con una pluralità di quesiti, ciascuno dei quali contenga un rinvio all'altro, al fine di individuare su quale fatto controverso vi sia stata, oltre che un difetto di motivazione, anche un errore di qualificazione giuridica del fatto» (Cass. civ., sez. un., 31 marzo 2009, n. 7770). In dottrina L. TRIA, *Il ricorso per cassazione per violazione di norme di diritto. Tra disciplina nazionale, disciplina Ue e normativa internazionale*, Key editore, Milano, 2015, 126 s.; D. CHINDEMI, *Ricorso civile per cassazione*, Utet, Torino, 2023, 358 s.

<sup>10</sup> Corte cost., 1° aprile 2021, n. 59; Corte cost., 26 novembre 2020, n. 254; Corte cost., 27 luglio 2016, n. 174.

quel percorso logico-giuridico: può trattarsi di una premessa, di una disposizione interposta o di un presupposto procedurale. Non occorre che la norma determini direttamente la soluzione del merito, essendo sufficiente che il suo utilizzo sia indispensabile in una qualsiasi tappa dell'*iter* che porta alla decisione.

In questo senso, l'applicabilità della disposizione censurata è tanto sufficiente quanto necessaria a fondare la rilevanza. Sufficiente, perché basta dimostrare che essa trovi applicazione nel caso concreto per giustificare la rimessione alla Corte. Necessaria, perché, se il giudice può definire la controversia prescindendo del tutto da quella disposizione, la questione diventa irrilevante e, dunque, inammissibile. Questa impostazione, consolidata nella giurisprudenza costituzionale, garantisce che il sindacato della Corte sia sempre ancorato a una controversia reale e ad un'esigenza concreta di giustizia costituzionale, evitando il rischio di pronunce meramente consultive o di principio.

Nel caso di specie, parte ricorrente ha lamentato l'irregolarità della procedura seguita e l'inadeguatezza delle garanzie previste dalla normativa vigente a consentirle una efficace difesa e l'effettività del diritto ad un ricorso effettivo, sicché – sostiene il giudice di legittimità – non sarebbe possibile decidere la controversia senza fare applicazione degli artt. 33, 34, 35 della legge n. 833/1978 e segnatamente di quella parte di dette norme che disciplinano la procedura del Tso.

La Corte di cassazione opera una digressione sul diritto alla salute e sui trattamenti sanitari obbligatori fornendo una cornice concettuale alla sua analisi. In questo senso si ricorda come il diritto alla salute, riconosciuto e tutelato all'art. 32 Cost., garantisca un insieme variegato di posizioni giuridiche soggettive<sup>11</sup>. Complessità che si esprime anche attraverso il paradigma del diritto fondamentale, espressamente previsto dalla lettera della Costituzione solo in relazione alla tutela della salute, a cui è correlata la qualificazione della salute come interesse della collettività a che tutti i suoi componenti godano del miglior stato di benessere possibile a mezzo della predisposizione da parte dello Stato delle strutture e dei presidi sanitari più adeguati. La salute, in questi termini, è un diritto fondamentale per il singolo e un interesse per la collettività, ed è proprio per ovviare ai rischi insiti in tale asimmetria che la sua tutela è assicurata in via primaria ed immediata come modo di essere della persona ed espressione della sua sfera di libertà, che non può quindi subire alcuna *deminutio* nel rapporto-confronto con le esigenze collettive. L'interesse collettivo, infatti, rappresenta un limite esterno, e non interno, al diritto individuale, ovvero una barriera che ne circoscrive l'ampiezza senza tuttavia condizionarne il godimento. Peraltro, secondo la lettura ormai consolidata della dottrina<sup>12</sup> e della giurisprudenza costituzionale<sup>13</sup>, l'imposizione di un determina-

---

<sup>11</sup> La letteratura giuridica su questi temi è molto ampia. Senza pretesa di completezza: L. CARLASSARE, *L'art. 32 cost. e il suo significato*, in R. Alessi (a cura di), *L'amministrazione sanitaria italiana*, Atti del congresso celebrativo del centenario delle leggi amministrative di unificazione, Vicenza, 1967, 105 ss.; D. VINCENZI AMATO, *Art. 32, 2° co.*, in G. Branca (a cura di) *Commentario della Costituzione*, Zanichelli – Il Foro Italiano, Bologna-Roma, 1976, 175 ss.; M. LUCIANI, *Il diritto costituzionale alla salute*, in *Dir. Soc.*, 1980, 769 ss.; D. MORANA, *La salute nella Costituzione italiana. Profili sistematici*, Giuffrè, Milano, 2002; E. CAVASINO, *La flessibilità del diritto alla salute*, Editoriale scientifica, Napoli, 2012.

<sup>12</sup> L. CARLASSARE, *L'art. 32 cost. e il suo significato*, cit., 110 ss.; D. VINCENZI AMATO, *Art. 32, 2° co., cit.*, 174 ss.; M. LUCIANI, *Salute I) Diritto alla salute – dir. cost.*, in *Enc. giur.*, Roma, 1991, 9-10.

to trattamento sanitario, stabilito per legge, risulta legittima solo quando sia in gioco non soltanto la salute del singolo in quanto tale, ma anche, e direttamente, l'interesse collettivo alla salute.

Soltanto per queste ragioni ed in questi limiti è consentito, dunque, al legislatore imporre limitazioni al diritto del singolo ad autodeterminarsi in tema di salute, dovendo altrimenti trovare assoluta applicazione «il diritto di ciascuno a decidere da sé stesso su come, quando e soprattutto se curarsi, e quindi anche il diritto di perdere la salute, di ammalarsi, di non curarsi, e di vivere le fasi finali della propria esistenza secondo canoni di dignità umana propri dell'interessato»<sup>14</sup>.

Come sottolinea la Corte, nell'ambito della salute mentale, tali principi debbono essere declinati in termini peculiari tenendo conto, da un lato, del grado di capacità che può esprimere la persona, ovvero se la sua determinazione sia libera o condizionata dalla patologia che la affligge e, dall'altro, depurando il discorso da qualsivoglia riferimento, anche implicito, alla presunta pericolosità sociale del sofferente psichico che verrebbe a giustificare misure preventive.

Delineata la cornice dei principi, i giudici di legittimità svolgono una ricostruzione della normativa dettata dagli artt. 33, 34 e 35 della legge n. 833/1978 e del relativo meccanismo procedimentale atto all'adozione di una misura coattiva che 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. Si tratta di un dispositivo riconducibile ai trattamenti sanitari coattivi<sup>15</sup>, il quale è volto, pur in assenza di un interesse di tutela della salute pubblica, a proteggere la salute della persona mediante una temporanea ed eccezionale limitazione del diritto di autodeterminazione sanitaria, determinata da una condizione patologica o, più precisamente, di alterazione psichica e attuata con coercizione sul corpo del paziente.

A fronte, dunque, di una restrizione pur parziale e transitoria della capacità di agire, accompagnata da una coazione fisica che mette in gioco diritti fondamentali, diviene necessario disporre un accertamento giurisdizionale dotato delle opportune garanzie, che non si traduca, in termini minimalisti, in un controllo giudiziario esterno della sola valutazione medica.

In questa prospettiva, la questione di fondo emergente dall'ordinanza – anche in termini di non manifesta infondatezza della questione – è il *vulnus* al diritto ad un ricorso effettivo che si manifesta laddove il Tso venga disposto e convalidato senza che il paziente riceva tempestiva e personale comunicazione dei provvedimenti, e senza che sia obbligatoria la sua audizione da parte del giudice tutelare. L'assenza di un obbligo di informativa diretta all'interessato determina infatti un paradosso: il soggetto, pur privato della libertà, può ignorare la natura giuridica del prov-

---

<sup>13</sup> In particolare Corte cost., 22 giugno 1990, n. 307, su cui F. GIARDINA, *Vaccinazione obbligatoria, danno alla salute e responsabilità dello Stato*, in *Giur. cost.*, 1990, 1880 ss.; F. MODUGNO, *Chiosa a chiusa. Un modello di bilanciamento di valori*, in *Giur. it.*, 1995, 1, 64 ss.

<sup>14</sup> Cass. civ., ord. n. 24124/2024, §. 3.2 che richiama Cass. civ., sez. I, 16 ottobre 2007, n. 21748; Cons. Stato, sez. III, 21 giugno 2014, n. 4460. In dottrina, A. D'ALOIA, *Diritto di morire? La problematica dimensione costituzionale della fine della vita*, in *Pol. dir.*, 1998, 611 ss.; A. PIOGGIA, *Consenso informato e rifiuto di cure: dal riconoscimento alla soddisfazione del diritto*, in *Giorn. dir. amm.*, 2009, 270 ss.; S. AGOSTA, *Bioetica e Costituzione. II. Le scelte esistenziali di fine-vita*, Giuffrè, Milano, 2012, 125 s.

<sup>15</sup> Sulla distinzione tra trattamento obbligatori e coattivi si veda Corte cost. n. 22/2022.

vedimento, le sue ragioni e le modalità per proporre reclamo, con l'effetto di snaturare l'opposizione prevista dall'art. 35 della legge n. 833/1978 in un rimedio solo nominale, privo di utilità concreta. Allo stesso modo, l'attuale disciplina, laddove attribuisce al giudice un potere puramente discrezionale di assumere informazioni ed eventualmente ascoltare l'interessato, ma non prevede garanzie procedurali minime di partecipazione del paziente alla fase decisoria, sacrifica quel diritto all'ascolto riconosciuto nel frangente più incisivo della compressione della libertà personale<sup>16</sup>.

L'esigenza di assicurare la tutela del diritto alla salute, anche mediante interventi caratterizzati da urgenza, deve comunque essere attuata nel pieno rispetto della dignità della persona, il che esclude forme di compressione del principio del contraddittorio, così come del correlato diritto dell'interessato a prendere parte, nei limiti consentiti dalle proprie condizioni psico-fisiche, ai processi decisionali concernenti il proprio percorso terapeutico. Va altresì ribadito che l'eventuale stato di incapacità di agire o di intendere e di volere dell'individuo non incide sulla titolarità dei diritti fondamentali – che restano inalienabili e insuscettibili di sospensione anche temporanea – ma rileva esclusivamente sotto il profilo delle modalità del loro concreto esercizio.

Per concludere sul punto, si può sostenere che l'ordinanza di rimessione della Corte di cassazione si caratterizzi per un impianto argomentativo di ampiezza e profondità tale da travalicare la mera funzione di filtro processuale per assumere tratti tipici di una vera e propria disamina di costituzionalità. Il testo, per rigore logico, ricchezza di riferimenti sistematici e pervasività del ragionamento, sembra quasi emulare un "sindacato diffuso" di legittimità costituzionale, cui difetta soltanto il potere dichiarativo. Tale impostazione, se da un lato offre alla Corte costituzionale un quadro ricostruttivo completo e pregnante, dall'altro ne condiziona inevitabilmente lo sviluppo del percorso motivazionale, ponendole dinanzi una trama argomentativa già fittamente intessuta, nella quale i margini di autonoma elaborazione appaiono inevitabilmente compressi. Ne risulta una dinamica peculiare, in cui l'organo rimettente, pur restando formalmente nei confini della propria competenza, finisce per orientare in maniera significativa l'esito del successivo scrutinio di legittimità costituzionale.

### 3. Una dubbio incidentalità.

Il giudice *a quo* argomenta che la questione di legittimità costituzionale riveste carattere dirimente, in quanto la definizione della controversia non può prescindere dall'applicazione degli artt. 33, 34 e 35 della legge n. 833/1978. La valutazione circa la conformità a Costituzione della procedura seguita costituisce, infatti, passaggio logico-giuridico imprescindibile, dato che la legittimità del provvedimento impugnato non può essere apprezzata senza previamente fugare il dubbio di compatibilità delle suddette norme con i principi costituzionali.

---

<sup>16</sup> In dottrina A.M. VECCHIETTI, *Salute mentale e riforma sanitaria*, Giuffrè, Milano, 1983, 117 s.; S. ROSSI, *La salute mentale tra libertà e dignità. Un dialogo costituzionale*, FrancoAngeli, Milano, 2015, 320.

Si tratta di vagliare la rilevanza dell'omissione di adeguate garanzie procedurali in un contesto normativo che in effetti non impone la notifica all'interessato né del provvedimento sindacale, né dell'ordinanza di convalida, né altresì prevede come obbligatoria l'audizione personale di quest'ultimo dinanzi al giudice tutelare<sup>17</sup>. Tali omissioni legislative configurano quindi una violazione in via diretta e immediata dei principi costituzionali relativi al ricorso effettivo e al contraddittorio.

Si potrebbe sostenere che questa peculiare conformazione della questione determini la carenza del requisito dell'incidentalità, nella misura in cui: a) il *petitum* del giudizio *a quo* – consistente nella richiesta di dichiarazione di nullità / inefficacia del provvedimento di convalida per violazioni di natura procedurale – e la questione di legittimità costituzionale delle disposizioni della legge Basaglia tendono a sovrapporsi pressoché integralmente; b) ne consegue che il giudice del merito risulterebbe privo di un margine decisionale autonomo e residuale all'esito di un'eventuale declaratoria di incostituzionalità da parte della Corte costituzionale, atteso che tale pronuncia assorbirebbe integralmente forma e sostanza della tutela domandata.

Tali caratteristiche portano a vagliare la possibilità di configurare la questione sollevata dalla Corte di cassazione quale *lis facta*, prospettata in via surrettizia (in termini procedurali, non nel merito della *causa petendi*) al solo fine di adire il giudizio di costituzionalità e ottenere, in tal modo, l'addizione della norma censurata.

L'istituto richiamato si colloca nel contesto del più ampio quadro teorico e pratico della verifica sull'incidentalità – o, secondo un'altra prospettiva, della pregiudizialità<sup>18</sup> – del rapporto tra il

---

<sup>17</sup> Non si condivide l'osservazione svolta da A. SCALERA, *La sentenza della Corte costituzionale sui T.S.O.: un caso di ultrapetizione necessaria?*, in [www.giustiziainsieme.it](http://www.giustiziainsieme.it), 1° luglio 2025 secondo cui l'introduzione da parte del giudice costituzionale dell'obbligo di audizione in sede di convalida – assente nel dispositivo dell'ordinanza di rimessione – sarebbe viziata da *ultrapetizione*. La Corte costituzionale non è infatti vincolata al *petitum* in senso processualciviltistico, ma è chiamata a valutare la norma nella sua interezza rispetto ai parametri costituzionali. L'introduzione dell'obbligo di audizione dell'interessato non costituisce un intervento eccedente, bensì un corollario necessario per garantire l'effettività del diritto di difesa e della dignità della persona nel procedimento di Tso. L'omessa indicazione della questione nel dispositivo dell'ordinanza non appare decisivo, laddove, secondo la costante giurisprudenza costituzionale, «le discrepanze tra la motivazione e il dispositivo dell'ordinanza di rimessione possono essere risolte tramite l'impiego degli ordinari criteri ermeneutici, quando dalla lettura coordinata delle due parti dell'atto emerga l'effettiva volontà del rimettente. Il dispositivo, pur di regola presente nelle ordinanze di rimessione, non ha dunque la medesima funzione operativa che assume nelle sentenze, presentandosi piuttosto – in questo contesto – come mera espressione sintetica delle doglianze argomentate dal giudice *a quo* nella parte motiva; spettando comunque a questa Corte, in esito alla lettura dell'intero provvedimento, la precisa individuazione della disposizione censurata e dei parametri di legittimità costituzionale che il rimettente intendeva sottoporre al giudizio della Corte stessa, i quali (fatti i salvi i casi di illegittimità costituzionale consequenziale e di autorimessione) delimitano gli stessi confini del *thema decidendum* nell'incidente di legittimità costituzionale. In tale prospettiva, più che un'anomala deviazione, la pronuncia si iscrive nella fisiologia del sindacato di costituzionalità, volto a privilegiare la sostanza delle garanzie costituzionali rispetto al formalismo della domanda del rimettente» (ex plurimis, Corte cost., 6 febbraio 2025, n. 9).

<sup>18</sup> Sul punto R. ROMBOLI, *La legittimazione della cassazione a sollevare questioni di costituzionalità nell'ambito del procedimento di enunciazione del principio di diritto nell'interesse della legge, ai sensi dell'art. 363, 3° comma, c.p.c.*, in *Consultaonline*, 2015, 2, 54 secondo cui «l'“incidentalità” indica la via di accesso alla Corte costituzionale da parte di un “giudice” il quale può in tal modo sottoporre un dubbio di costituzionalità di una legge o di un atto avente forza di legge, purché lo faccia nell'ambito di un “giudizio” e purché questo non possa essere definito indipendentemente dalla risoluzione del dubbio di costituzionalità (c.d. rilevanza). Da ciò discende che la “rilevanza” risulta essere uno dei caratteri del giudizio incidentale, che ne determina la concretezza, ma che certamente non esaurisce la “incidentalità”, che

giudizio principale e quello di costituzionalità. In questo contesto, la rilevanza assume un ruolo centrale, pur non esaurendo da sola l'insieme delle condizioni e delle implicazioni che caratterizzano tale rapporto.

In altri termini, si tratta di quell'area concettuale nella quale il giudizio *a quo* costituisce la vera e propria radice e ragion d'essere della questione di legittimità costituzionale. È infatti dal giudizio principale che la questione trae origine e giustificazione, fungendo da elemento di connessione e di equilibrio tra due esigenze complementari: da un lato, la tutela concreta dei diritti e degli interessi legittimi delle parti coinvolte, dall'altro, la salvaguardia della supremazia della Costituzione nei confronti della legge ordinaria.

A fronte del nesso di derivazione tra i due giudizi, vige in compenso una separazione netta tra competenza del giudice e quella della Corte costituzionale, in quanto rispettivamente orientate a garantire la sfera della legalità legale e quella della legalità costituzionale<sup>19</sup> che, da questa angolazione, si assumono come non comunicanti. «Ed è in nome di questa esigenza, pertanto, che si giustifica la ricostruzione del rapporto tra i due giudizi come imperniati su due *petita* necessariamente diversi ed autonomi, pur se uniti dal “cordone ombelicale” costituito dalla necessaria pregiudizialità/rilevanza tra giudizio incidentale e giudizio principale»<sup>20</sup>.

La Corte costituzionale ha chiarito che, affinché una questione di legittimità sia dichiarata ammissibile, è necessario che il *petitum* del giudizio principale non si identifichi con la questione di costituzionalità<sup>21</sup>. In tale prospettiva, il giudice rimettente deve essere chiamato, in base alla sua competenza, a pronunciarsi su una domanda principale espressiva di un proprio percorso processuale, tale da residuare uno spazio di accertamento autonomo e distinto da quello su cui si è incentrato il giudizio di costituzionalità<sup>22</sup>. Il giudice deve quindi conservare in ogni caso la possibilità di adottare un provvedimento idoneo a soddisfare le domande proposte in giudizio, provvedimento che, tuttavia, residua come logicamente distinto e autonomo rispetto all'eventuale declaratoria di incostituzionalità, così da consentire una decisione che lasci impregiudicata la questione di legittimità costituzionale. Quest'ultima, infatti, si prospetta solo come evenienza eventuale, nel corso dello sviluppo del giudizio, e non può costituire l'unico scopo per cui il processo è stato instaurato.

---

risulta dalla presenza di altri e ulteriori caratteri e condizioni. La “pregiudizialità” attiene invece più specificamente al rapporto che viene a porsi tra il giudizio comune ed il giudizio costituzionale».

<sup>19</sup> Richiamando il modello proposto da C. MEZZANOTTE, *Il giudizio sulle leggi. I. Le ideologie del costituente*, Giuffrè, Milano, 1979, 180 ss.

<sup>20</sup> G. REPETTO, *Il divieto di fictio litis come connotato della natura incidentale del giudizio di costituzionalità. Spunti a partire dalla recente ordinanza della Corte di cassazione in tema di legge elettorale*, in *Riv. Aic*, 2013, 3, 5.

<sup>21</sup> Corte cost., ord. 23 maggio 2003, n. 175; Corte cost., 13 febbraio 2009, n. 38; Corte cost., 23 maggio 2018, n. 99; Corte cost., 7 dicembre 2021, n. 240; Corte cost., 27 aprile 2022, n. 103; Corte cost., 27 marzo 2024, n. 49. In dottrina S. CUPELLINI, *La fictio litis e le azioni di accertamento dei diritti costituzionali*, in *Giur. cost.*, 2003, 1377 ss., G. PISTORIO, *Il curioso caso di una fictio litis (tre volte) inammissibile*, *ivi*, 2009, 315 ss. e L. IMARISIO, *Lites fictae e principio di incidentalità: la dedotta incostituzionalità quale unico motivo del giudizio a quo*, in *Giur. it.*, 2001, 589 ss.

<sup>22</sup> Corte cost., n. 38/2009 per cui «il giudizio *a quo* deve avere, da un lato, un *petitum* separato e distinto dalla questione di costituzionalità sul quale il giudice remittente sia legittimamente chiamato, in ragione della propria competenza, a decidere; dall'altro lato, un suo autonomo svolgimento, nel senso di poter essere indirizzato ad una propria conclusione, al di fuori della questione di legittimità costituzionale, il cui insorgere è soltanto eventuale».

Pertanto, anche quando il ricorrente propone, come unico motivo di impugnazione, la pretesa incostituzionalità di una o più disposizioni legislative, la Corte richiede che, all'interno del giudizio principale, sia comunque individuabile un *petitum* con le caratteristiche sopra indicate, sul quale l'autorità giudiziaria sia tenuta a pronunciarsi. In assenza di tali condizioni l'eccezione «si presenta impropriamente come azione diretta contro una legge, dal momento che l'eventuale pronuncia di accoglimento verrebbe a concretare di per sé la tutela richiesta al rimettente e ad esaurirla»<sup>23</sup>.

Nel caso di specie i vizi denunciati sia nei giudizi di merito che in ultima istanza – ovvero la mancata notificazione degli atti, la mancata informazione sui tempi del trattamento e la mancata audizione da parte del giudice tutelare – costituivano adempimenti non richiesti dalla normativa di riferimento. In particolare con l'unico motivo di ricorso per cassazione l'interessata ha lamentato l'omissione di adempimenti, normativamente non prescritti, che le avrebbe impedito di venire a conoscenza nell'immediatezza di quanto le stava accadendo e di resistere in termini tempestivi ed efficaci, veicolando quindi non una (immediata) richiesta di accertamento della nullità /inefficacia del provvedimento di convalida, formalmente corretto a disciplina vigente, quanto una richiesta di accertamento in via diretta della incostituzionalità determinata dall'omissione di tali garanzie procedurali.

A prima vista quella sollevata dai giudici di legittimità potrebbe apparire come una *ficta litis* nella misura in cui, stante la portata additiva della sentenza, il giudizio principale si è esaurito nell'attivazione del sindacato costituzionale, poiché la soddisfazione della pretesa azionata discende direttamente dalla modifica normativa introdotta per via incidentale. La peculiare natura delle additive, infatti, determina che gli interventi della Corte siano percepiti e applicati dai giudici come vere e proprie integrazioni testuali alla disposizione scrutinata, vincolanti ai sensi dell'art. 136 Cost., come se fossero parte integrante della legge<sup>24</sup>. In conseguenza di ciò, la funzione ancillare del giudizio incidentale si verrebbe ad invertire: non è più la questione di costituzionalità a servire il processo principale, ma è quest'ultimo a ridursi a mero strumento processuale per accedere al sindacato della Corte, sino a consumarsi interamente nella pronuncia costituzionale.

Tale conclusione appare tuttavia eccessivamente rigida. Anche laddove la questione di costituzionalità risulti strettamente intrecciata con la definizione della controversia, permane un margine – per quanto esile – tra il compito del giudice *a quo*, chiamato a valutare la legittimità del provvedimento impugnato pronunciandosi sulla fattispecie concreta, e quello della Consulta, volta a scrutinare la conformità a Costituzione della disciplina legislativa applicabile. È proprio questo scarto che preserva l'autonomia dei due *petita* e impedisce che il processo incidentale si trasformi in una surrettizia azione diretta contro la legge, evitando al contempo di ampliare eccessivamente il novero delle inammissibilità fondate sulla pretesa coincidenza tra domanda di merito e questione di legittimità costituzionale.

---

<sup>23</sup> Corte cost., ord. 5 febbraio 1999, n. 17.

<sup>24</sup> Sul tema E. LAMARQUE, *Il seguito delle sentenze manipolative della Corte costituzionale presso i giudici comuni*, in R. Bin, G. Brunelli, A. Pugiotto, P. Veronesi (a cura di), *“Effettività” e “seguito” delle tecniche decisorie della Corte costituzionale*, Esi, Napoli, 2006, 87 ss.

Ora, a seguito della pronuncia additiva – che introduce l’obbligo della notifica o dell’audizione personale come garanzia imprescindibile – i giudici della cassazione non si potranno limitare a registrare l’incostituzionalità della norma, ma dovrebbero compiere un ulteriore passaggio logico: verificare se, in concreto, il procedimento seguito abbia effettivamente leso i diritti della parte, determinando la nullità o l’inefficacia del provvedimento di convalida impugnato.

In conclusione, anche a fronte di una pronuncia additiva della Consulta, il *petitum* del giudizio principale sembrerebbe conservare una sua autonomia, dovendo la Corte di cassazione pur sempre pronunciarsi sulla sorte del provvedimento di convalida, valutandone la tenuta alla luce del nuovo quadro normativo scaturito dal giudizio di costituzionalità. È proprio questo margine, ridotto ma non annullato, che garantirebbe l’osservanza del requisito dell’incidentalità e la tenuta sistematica dell’intero meccanismo di giustizia costituzionale.

#### **4. Il trattamento sanitario obbligatorio in ambito psichiatrico tra autodeterminazione e beneficiarismo.**

La salute mentale, e in particolare la condizione giuridica delle persone affette da malattia mentale, costituisce un osservatorio privilegiato per analizzare e far emergere, con le risorse che la prospettiva costituzionalistica ci offre, le contraddizioni ancora insite nell’ordinamento, la difficoltà di declinare entro forme di tutela effettiva determinati diritti, ma anche le linee evolutive, nel campo dei diritti civili e sociali, che hanno inteso restituire dignità sociale ai sofferenti psichici.

Come rammenta il giudice costituzionale, la legge n. 180/1978, poi confluita nella legge n. 833/1978, ha introdotto un autentico mutamento paradigmatico, di natura tanto culturale quanto normativa. Con essa, l’ordinamento italiano ha abbandonato l’istituzione manicomiale – luogo emblematico di segregazione e di mera custodia – decretandone la definitiva chiusura e, al contempo, affermando il primato della persona rispetto alla patologia che la affligge<sup>25</sup>.

In tal modo, è stata superata la concezione custodialistica, improntata alla difesa sociale e fondata sulla presunzione di pericolosità del malato di mente, per sostituirla con una visione innovativa, orientata alla cura, alla presa in carico terapeutica e alla piena inclusione sociale dei soggetti con disturbi psichici. La riforma ha così sancito l’ingresso della salute mentale nell’alveo dei diritti fondamentali, garantiti dalla Carta costituzionale, e ha contribuito a riconoscere, anche nei confronti delle persone affette da disabilità psichica, la pienezza delle libertà civili e politiche e l’effettività del principio di eguaglianza sostanziale di cui all’art. 3 Cost. Essa ha rappresentato, pertanto, una “rivoluzione gentile” del sistema giuridico e sanitario nazionale, idonea a ricondurre

---

<sup>25</sup> D. PICCIONE, *Il pensiero lungo: Franco Basaglia e la Costituzione*, AlphaBeta, Merano, 2013, 15 ss.; S. ROSSI, *La salute mentale tra libertà e dignità. Un dialogo costituzionale*, cit., 159 ss.; sul piano storico V.P. BABINI, *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, Il Mulino, Bologna, 2009; M. DONNELLY, *The politics of mental health in Italy*, Tavistock/Routledge, London, 1992.

l'intervento pubblico dalla logica della segregazione a quella della tutela della dignità umana, ponendo la persona – e non la malattia – al centro delle politiche sanitarie e sociali<sup>26</sup>.

Dopo la riforma operata con la legge n. 180/1978, il trattamento sanitario obbligatorio si configura come un complesso di atti con finalità sanitarie<sup>27</sup> posti in essere in base a disposizioni di legge per tutelare contestualmente la salute della persona e della collettività, in mancanza del consenso del paziente<sup>28</sup>.

Ne è diretta espressione l'art. 33 della legge n. 833/1978 nel quale viene riproposta la regola, già costituzionalizzata, della volontarietà del trattamento, ponendo come eccezione i casi in cui la legge ne disponga l'obbligatorietà. Tale disposizione tende a restituire una *ratio* unitaria, data dal necessario «rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici, secondo l'art. 32 Cost., compreso per quanto possibile il diritto alla scelta del medico e del luogo di cura», ad un istituto scomposto in varietà e molteplicità di discipline, tutte precedenti alla riforma sanitaria.

I trattamenti sanitari obbligatori trovano una disciplina compiuta negli artt. 33, 34 e 35 della legge n. 833/1978, laddove le due ultime disposizioni dettano la specifica regolamentazione del procedimento per l'applicazione dei trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di ricovero ospedaliero e i relativi strumenti di garanzia amministrativa e giurisdizionale. In tale contesto il diritto alla salute entra in rotta di collisione con la libertà individuale, dando vita ad una situazione aporetica nella quale reciprocamente l'attuazione del primo viene a limitare l'espansione della seconda e viceversa<sup>29</sup>.

Ne è ben consapevole la Corte costituzionale che appunto precisa come «dal punto di vista delle garanzie costituzionali, il trattamento sanitario in degenza ospedaliera costituisc[a] un vero e proprio trattamento sanitario coattivo, in quanto disposto contro la volontà dell'interessato e incidente sulla sua libertà fisica»<sup>30</sup>.

Nell'affrontare il problema della compatibilità al dettato costituzionale delle condizioni che consentono l'imposizione dei trattamenti sanitari (ovvero il ricovero coatto in ospedale) contro la volontà dell'interessato, la Corte ribadisce che le garanzie dell'art. 32, co. 2, Cost. debbono cumularsi 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<sup>31</sup>. Se infatti la salute è anche diritto

<sup>26</sup> F. POGGI, *Sul cammino di Basaglia. Problemi e proposte di modifica della normativa sul Tso per malattia mentale*, in *Materiali per una storia della cultura giuridica*, 2020, 1, 127 ss.

<sup>27</sup> Corte cost., 25 febbraio 1988, n. 211.

<sup>28</sup> L. BRUSCUGLIA, *Commentario alla legge 13 maggio 1978, n. 180*, in *Nuove leggi civ. comm.*, 1979, 186 s.; E. CAVASINO, *Trattamenti sanitari obbligatori*, in S. Cassese (diretto da), *Dizionario di Diritto Pubblico*, VI, Giuffrè, Milano, 2006, 5959 ss.; I. CIOLLI, *I Trattamenti Sanitari Obbligatori e il paziente con problemi psichici. Profili costituzionali*, in *Amministrazione in cammino*, 9.7.2012; A.A. NEGRONI, *Profili costituzionali del trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale*, Genova University Press, Genova, 2016, 53 ss.; C. GIUNTA, *La tutela costituzionale della salute mentale. Incertezze definitorie e criticità della disciplina dei trattamenti sanitari obbligatori in psichiatria*, in *Dir. pubbl.*, 2025, 1, 19 ss.

<sup>29</sup> L. BUFFONI, *Le fonti nazionali del biodiritto: alcuni appunti per una teoria della "sovranità" dell'individuo nella produzione scientifica*, in *Osservatorio delle fonti*, 2010, 2, 25 ss.

<sup>30</sup> Corte cost., n. 76/2025, §. 3.

<sup>31</sup> Corte cost., 27 gennaio 2022, n. 22, §. 5.3.1. In dottrina S. PANUNZIO, *Trattamenti sanitari obbligatori e costituzione*, in *Dir. soc.*, 1979, 889 s.

di libertà non vi è da stupirsi che in essa sia incorporata quella garanzia che è propria dell'*habeas corpus*, ovvero quella sfera di autodeterminazione che diviene «la vera matrice dei singoli diritti personali»<sup>32</sup>, declinati nei termini di un'affermazione della sovranità della persona su sé stessa<sup>33</sup>.

Per la Corte costituzionale ciò che rileva è dunque la natura del provvedimento, la sua capacità di incidere materialmente sulla sfera fisica di autodeterminazione del soggetto, non già le finalità della misura. Inoltre l'intervento del giudice verrebbe a fortificare le garanzie dettate dall'art. 32, 2° co., attraverso l'esperienza di una verifica caso per caso, capace di bilanciare in modo armonico, anche alla luce del carattere non omologante che è proprio della malattia mentale, i diritti del singolo e ciò che è giusto per consentirne la tutela, in vista dell'obiettivo della conservazione e sviluppo della personalità dell'individuo.

Se «la riconducibilità del trattamento sanitario coattivo alle garanzie congiunte degli artt. 13 e 32 Cost. determina il carattere eccezionale dell'istituto e ne illumina la ragion d'essere»<sup>34</sup>, allora proprio l'incidenza sulla libertà personale giustifica la natura residuale – ovvero la sua applicazione in casi circoscritti e come *extrema*, ossia nell'osservanza del principio del minor sacrificio necessario<sup>35</sup> – del trattamento sanitario coercitivo per malattia mentale, che trova ulteriore conferma nell'applicazione delle garanzie dettate dall'art. 13 Cost., nel cui contesto l'autorità giudiziaria si trova a dover vagliare la conformità del trattamento non solamente ai criteri dettati dalla legge, ma anche alla finalità/limite prioritario di tutela della persona. Sicché «se la libertà non può essere invocata come una *fin de non recevoir* sufficiente per sé a impedire l'attuazione del diritto alla salute, la necessaria linea di demarcazione oltre la quale quest'ultimo non può trovare attuazione a spese della prima non può che essere [tracciata] dall'autorità giudiziaria la quale, come potere di accertamento dei diritti e dunque della loro concreta estensione, appare l'unica in grado di decidere caso per caso»<sup>36</sup>.

Nella sentenza commentata si precisa altresì come le modalità con cui viene data attuazione al trattamento obbligatorio – proprio in ragione del carattere eccezionale che le connota – devono conformarsi ai principi di proporzionalità e ragionevolezza. Evidentemente l'applicazione del principio di ragionevolezza ha lo scopo di assicurare l'uso di mezzi proporzionati rispetto al fine da perseguire. Il concetto di ragionevolezza include dunque, sicuramente, quello di adeguatezza dei mezzi utilizzati, nella misura in cui la «minor possibile incidenza su un diritto costituzionale del privato è diventata una componente essenziale della moderna dialettica autorità/libertà»<sup>37</sup>.

<sup>32</sup> F. MODUGNO, *I «nuovi diritti» nella giurisprudenza costituzionale*, in *Dir. soc.*, 1982, 10-12.

<sup>33</sup> Come da giurisprudenza consolidata Corte cost., 27 giugno 1968, n. 74; Corte cost., 28 marzo 1973, n. 29; Corte cost., 20 aprile 1978, n. 46; Corte cost., 22 ottobre 1990, n. 471.

<sup>34</sup> Corte cost., n. 76/2025, §. 4. Su questo P. VERONESI, *I Trattamenti Sanitari Obbligatori, ovvero del circoscritto limite della libertà di salute*, in *BioLaw Journal - Rivista di BioDiritto*, 2021, 4, 249 ss.

<sup>35</sup> Principio emergente dalla giurisprudenza in casi analoghi in relazione a tutte le misure privative della libertà personale (Corte cost., 27 gennaio 2022, n. 22, concernente le Rems; Corte cost., 27 dicembre 2018, n. 250, relativa alle misure di sicurezza detentive; Corte cost., 13 luglio 2017, n. 179, in tema di pena detentiva; Corte cost., 21 luglio 2010, n. 265, riferita alle misure cautelari).

<sup>36</sup> C. CASTRONOVO, *Dignità della persona e garanzie costituzionali nei trattamenti sanitari obbligatori*, in *Jus*, 1990, 196.

<sup>37</sup> F. MERUSI, *Ragionevolezza e discrezionalità amministrativa*, Editoriale scientifica, Napoli, 2011, 51.

Tuttavia la vera novità, che emerge dalla sentenza, si rinviene nella ridefinizione degli addendi del bilanciamento nel caso di Tso psichiatrico, laddove se ne traccia il confine «sul crinale tra la libertà di autodeterminazione in materia di salute e la regola del consenso, da un lato, e l'esigenza di protezione della salute della persona stessa, dall'altro, che giustifica in via d'eccezione un trattamento contro la sua volontà imposto mediante coazione fisica»<sup>38</sup>.

Le finalità che legittimano il trattamento sanitario coattivo trovano quindi la loro ragion d'essere essenzialmente nell'art. 32 Cost., ma in una lettura che oblitera la salute come interesse della collettività per valorizzare una versione beneficiarista della salute individuale, che porta la discussione sul piano dell'etica normativa, al confronto tra principio di autonomia e beneficiarità.

Il ragionamento alla base di questa scelta interpretativa non viene espresso in maniera esplicita, ma se ne possono cogliere nella trama della motivazione le ragioni di fondo.

Si ricorda, in premessa, che la giurisprudenza costituzionale consolidata ha delineato una sorta di decalogo dei limiti entro cui il trattamento sanitario può dirsi lecito, precisando che «la norma dell'art. 32 Cost. [presuppone] il necessario temperamento del diritto alla salute del singolo (anche nel suo contenuto negativo di non assoggettabilità a trattamenti sanitari non richiesti od accettati) con il coesistente e reciproco diritto di ciascun individuo (sent. n. 218/1994) e con la salute della collettività (sent. n. 307/1990). [...] Su questa linea si è ulteriormente precisato che la legge impositiva di un trattamento sanitario non è incompatibile con l'art. 32 Cost.: a) “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, giacché è proprio tale 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” (cfr. sent. n. 307 del 1990); b) se vi sia “la previsione che esso non incida negativamente sullo stato di salute di colui che vi è assoggettato, salvo che per quelle sole conseguenze, che, per la loro temporaneità e scarsa entità, appaiano normali di ogni intervento sanitario e, pertanto, tollerabili”; c) se nell'ipotesi di danno ulteriore alla salute del soggetto sottoposto al trattamento obbligatorio – ivi compresa la malattia contratta per contagio causato da vaccinazione profilattica – sia prevista comunque la corresponsione di una “equa indennità” in favore del danneggiato»<sup>39</sup>.

In questa prospettiva ermeneutica, l'art. 32 Cost. assume profili dinamici, aggregando e disaggregando il diritto dell'individuo e l'interesse della collettività alla salute, senza che sia legittimo il perseguimento di altre finalità di diverso ordine (la sicurezza pubblica o le esigenze di giustizia)<sup>40</sup>. Il bilanciamento nei rapporti di forza, inevitabilmente asimmetrici, tra individuo e collettività ha condotto ad una lettura consolidata, in dottrina<sup>41</sup> come nella giurisprudenza costituzionale<sup>42</sup>,

---

<sup>38</sup> Corte cost., n. 76/2025, §. 3.

<sup>39</sup> Per tutte Corte cost., 23 giugno 1994, n. 258; in senso analogo Corte cost., 20 luglio 2023, n. 156; Corte cost., 20 febbraio 2023, n. 25; Corte cost., 9 febbraio 2023, nn. 14 e 15; Corte cost., 18 gennaio 2018, n. 5; Corte cost., 18 aprile 1996, n. 118; Corte cost., 22 giugno 1990, n. 307.

<sup>40</sup> R. BALDUZZI, *Salute (Diritto alla)*, in S. Cassese (dir. da), *Dizionario di diritto pubblico*, VI, Giuffrè, Milano, 2006, 5395 s.

<sup>41</sup> L. CARLASSARE, *L'art. 32 della Costituzione e il suo significato*, cit., 110 ss.; D. VINCENZI AMATO, *Art. 32, 2° co., cit.*, 174 ss.; S.P. PANUNZIO, *Trattamenti sanitari obbligatori e Costituzione*, cit., 903 ss.; M. LUCIANI, *Salute I) Diritto alla salute – dir.*

dell'art. 32 Cost. che legittima l'imposizione di un determinato trattamento sanitario, stabilito per legge, solo quando sia in gioco non soltanto la salute del singolo in quanto tale, ma anche – direttamente, concretamente e attualmente – l'interesse collettivo alla salute, ovvero l'interesse di altre persone in adempimento di quei doveri inderogabili di solidarietà sanciti nell'art. 2 Cost.

Ciò si evince dalla lettura combinata dei due commi dell'art. 32 Cost., per cui il carattere di limite esterno alla libertà individuale dell'interesse della collettività impedisce qualsiasi condizionamento intrinseco che ne trasformi in senso funzionale la natura<sup>43</sup>: la condizione richiesta per imporre un trattamento sanitario obbligatorio, ovvero la coesistenza della finalità di tutela della salute individuale e di quella collettiva, si configura quindi come un'endiadi, volta essenzialmente a proteggere i valori che integrano il profilo assiologico della persona umana.

In virtù del predetto parametro costituzionale e a fronte della sua interpretazione maggioritaria, la disciplina dei trattamenti sanitari obbligatori verso persone con sofferenza mentale è da subito apparsa come un cubo di *Rubik*, le cui diverse componenti non trovano quasi mai una soluzione unitaria, proprio in ragione della natura impalpabile dell'interesse collettivo. A ciò si aggiunga il rischio di interpretazioni di tale interesse che, anche inconsapevolmente, ne integrassero i presupposti attraverso il richiamo alla necessità di tutelare la collettività dalla pericolosità che sarebbe insita nella condotta sconsiderata del folle. In tal senso è significativo che la Corte abbia richiamato il tema delle misure di sicurezza, la loro natura ancipite di difesa sociale e, al contempo, di cura e riabilitazione oltre al venir meno della presunzione di pericolosità che ne connotava l'applicazione, per segnare una netta cesura rispetto alla matrice dei trattamenti sanitari obbligatori.

La formula utilizzata dalla Corte secondo cui «l'art. 32 Cost., pertanto, costituisce insieme causa e limite del trattamento sanitario coattivo, che non trova giustificazione se non nella cura della persona interessata»<sup>44</sup> sintetizza la svolta interpretativa che configura il diritto alla salute come strumento giuridico di tutela di un interesse individuale al proprio benessere, anche laddove l'interesse collettivo non sia direttamente o immediatamente coinvolto. Certo, la dimensione comunitaria non può essere ignorata: esiste indubbiamente un interesse della collettività alla salute dei singoli. Tuttavia, finché tale interesse non assume la forma di una tutela necessaria della comunità nel suo complesso, ciò che continua a prevalere è la posizione soggettiva del singolo, che ha diritto a ricevere protezione in quanto individuo, e non già in quanto parte di un corpo collettivo.

---

*cost., cit.*, 9-10; M. CARTABIA, *La giurisprudenza costituzionale relativa all'art. 32, secondo comma, della Costituzione italiana*, in *Quad. cost.*, 2012, 456 ss.

<sup>42</sup> In particolare Corte cost., n. 307/1990, su cui F. MODUGNO, *Chiosa a chiusa. Un modello di bilanciamento di valori*, in *Giur. it.*, 1995, 1, 64 ss.; Corte cost., 2 giugno 1994, n. 218 che richiede la necessaria correlazione dei trattamenti con l'esigenza di tutelare la salute dei terzi e Corte cost., 23 giugno 1994, n. 258.

<sup>43</sup> D. MORANA, *La salute nella Costituzione italiana. Profili sistematici*, *cit.*, 169 e 172.

<sup>44</sup> Corte cost., n. 76/2025, §. 4.3. Vi è un richiamo all'unico precedente in tal senso che offrirebbe una lettura costituzionalmente orientata anche sotto il profilo delle finalità del trattamento coattivo, affermando che 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» (Corte cost., 27 giugno 1968, n. 74).

È proprio in tale prospettiva che la legge può individuare i casi nei quali la tutela della salute, pur essendo diritto dell'individuo, si traduce in obblighi o trattamenti sanitari obbligatori, giustificati dalla necessità di contemperare l'interesse individuale della persona con la struttura di valore da salvaguardare che è la persona stessa<sup>45</sup>.

Si delinea così un'evoluzione della concezione dei diritti: non più soltanto difensiva, volta cioè a proteggere la sfera privata da ingerenze esterne, ma anche attiva e propositiva, in linea con l'art. 2 Cost., che riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, e con l'art. 3 Cost., che impegna la Repubblica a rimuovere gli ostacoli che impediscono il pieno sviluppo della persona<sup>46</sup>. In quest'ottica, il diritto alla salute deve essere valorizzato non come un mero riflesso dell'interesse pubblico, ma come posizione soggettiva primaria e fondamentale, destinata ad assicurare in via prevalente la realizzazione integrale della personalità dell'individuo<sup>47</sup>. Ne deriva un immediato collegamento con il principio di autodeterminazione, inteso quale espressione massima della libertà personale, che non si esprime in modo assoluto, ma trova il suo correlato limite interno di natura deontica nella responsabilità<sup>48</sup>, quale parametro intrinseco di legittimazione dell'agire individuale, che fungendo da argine ad un'eventuale degradazione della condizione di umanità, conduce quindi ad un'interpretazione della salute come bene in sé, quale interesse più ampio e superindividuale da proteggere in modo oggettivo<sup>49</sup>.

A fronte di questa possibile interpretazione delle scarse considerazioni espresse nella sentenza qui annotata, si possono prospettare alcune considerazioni critiche che si incentrano sulla statuzione per cui il trattamento sanitario coattivo in ambito psichiatrico «non trova giustificazione se non nella cura della persona interessata».

Così come l'assoggettare una persona ad una misura di carattere sanitario per perseguire l'esclusivo interesse della collettività comporterebbe comunque una strumentalizzazione del soggetto verso finalità ad esso ultranee, riducendolo ad un mezzo o, ancor peggio ad un oggetto, in aperto contrasto

con il principio personalistico, anche l'alternativa – che tratteggia la tutela della salute come diritto del singolo che la comunità ha il dovere non solo di rispettare ma anche di promuovere an-

<sup>45</sup> In questo senso C. CASTRONOVO, *Dignità della persona e garanzie costituzionali nei trattamenti sanitari obbligatori*, in *Jus*, 1990, 193 s.; ID., *Eclissi del diritto civile*, Giuffrè, Milano, 2015, 95 ss.

<sup>46</sup> In questo senso F. PIZZOLATO, *Autodeterminazione e relazionalità nella tutela della salute*, in *Corti Supreme e Salute*, 2018, 2, 429 ss.

<sup>47</sup> P. PERLINGIERI, *Il diritto civile nella legalità costituzionale*, Esi, Napoli, 1984, 368 s.; F. GIUFFRÈ, *La solidarietà nell'ordinamento costituzionale*, Giuffrè, Milano, 2002, 248; A. RUGGERI, *Autodeterminazione (principio di)*, in *Digesto, disc. pubbl.*, VIII Agg., 2021, 1 s.

<sup>48</sup> O. DI GIOVINE, *L'autoresponsabilità della vittima come limite alla responsabilità penale?*, in M. Ronco, M. Helfer (a cura di), *Diritto penale e autoresponsabilità. Tra paternalismo e protezione dei soggetti vulnerabili*, Nomos Giappichelli, Baden Baden/Torino, 2020, 115 ss., dove si parla della nozione di autoresponsabilità come «*topos* argomentativo, lessico di sintesi».

<sup>49</sup> C. PANZERA, *Un diritto tra i doveri? Lo «strano caso» del diritto alla salute*, in R. Balduzzi, M. Cavino, E. Grosso, J. Luther (a cura di), *I doveri costituzionali: la prospettiva del Giudice della Legge*. Atti del convegno di Acqui Terme-Alessandria svoltosi il 9-10 giugno 2006, Giappichelli, Torino, 2007, 438 ss., specie 454.

che mediante trattamenti obbligatori – finisce per riesumare un preteso dovere di curare per la società e di farsi curare per il singolo<sup>50</sup>.

La prospettiva delineata, sebbene sorretta da finalità solidaristiche meritevoli di attenzione, non può ritenersi condivisibile se formulata senza esplicitarne i limiti. Essa, infatti, rischia di tradursi in una surrettizia sostituzione della libera autodeterminazione individuale con le valutazioni discrezionali dell'autorità pubblica circa la nozione di benessere della persona e, più in generale, circa la definizione di ciò che debba intendersi come *best interest* dell'individuo. Si rischierebbe così di operare una lettura alterata dell'art. 32 Cost., attribuendo al diritto alla salute una dimensione di carattere «superindividuale»<sup>51</sup>, tale da lasciar intendere che l'impianto costituzionale rifletta l'aspirazione dello Stato a garantire l'incolumità dei cittadini anche oltre i limiti di quanto da essi stessi ritenuto conforme ai propri interessi o convinzioni personali. Una simile impostazione, oltre a sollevare interrogativi in ordine alla compatibilità con il principio personalista e con la centralità della dignità umana, può condurre ad un'eterogenesi dei fini: nell'intento di tutelare la persona, si finirebbe per comprimere proprio quella libertà di scelta che rappresenta presupposto essenziale dell'autentico sviluppo individuale.

Infatti a fronte di un dissenso del paziente, per quanto irragionevole, nessuna disposizione costituzionale autorizza ad ignorare tale volontà o consente di intervenire coattivamente, in virtù di un principio di solidarietà interpretato in termini imperiali, per evitare un danno grave alla persona, fosse anche il rischio di morte (o di subire gli effetti alteranti di una malattia mentale); rischio quest'ultimo che non si trasforma quindi in un limite negativo al criterio della volontarietà dei trattamenti. Nessuna legge, v'è da aggiungere, prevede un trattamento sanitario obbligatorio nel caso in cui il rifiuto di cure implichi una rinuncia alla vita, e quindi ancor meno nell'ipotesi in cui il paziente non corra nemmeno tale rischio.

In termini consequenziali, su questa base si potrebbe aprire una pericolosa breccia con sviluppi imprevedibili, laddove, lungo il piano inclinato del beneficalismo, nulla vieterebbe di trascorrere dal (ragionevole) trattamento obbligatorio per la malattia infettiva («ti devi curare per non danneggiare gli altri») a quello per la malattia mentale («ti devi curare perché non capisci che ti serve»), sino a giungere alla negazione dell'autonomia della persona, imponendo trattamenti in caso di malattia oncologica, nefrologica, endocrinometabolica («ti devi curare altrimenti muori»).

Ciò pone in evidenza un nodo di coerenza interna: da un lato, la Corte costituzionale ha più volte ribadito, anche con l'ordinanza n. 207/2018, che il paziente ha il diritto di rifiutare o interrompere cure necessarie alla sopravvivenza, riconoscendo in sostanza la libertà di lasciarsi morire come espressione dell'autodeterminazione terapeutica e della dignità della persona, dall'altro viene ad ammettere la possibilità di imporre coattivamente trattamenti psichiatrici per il solo bene del sofferente psichico<sup>52</sup>. Se nel campo delle patologie somatiche la salute non è considerata bene

---

<sup>50</sup> In questo senso E. CAPIZZANO, *Vita e integrità fisica (diritto alla)*, in *Noviss. Dig. it.*, XX, Torino, 1975, 1007 s.; P. D'ADDINO SERRAVALLE, *Atti di disposizione del corpo e tutela della persona*, Esi, Napoli, 1983, 141 ss., spec. 147.

<sup>51</sup> F. MINNI, A. MORRONE, *Il diritto alla salute nella giurisprudenza della Corte costituzionale italiana*, in *Riv. Aic*, 2013, 3, 1.

<sup>52</sup> Corte cost., ord. 21 novembre 2018, n. 208, §. 8; Corte cost., 22 novembre 2019, n. 242; Corte cost., 24 luglio 2024, n. 135, §. 5.2. secondo cui «è indubbio che, pur all'interno della speciale relazione di fiducia tra medico e pa-

indisponibile in capo al singolo ma ambito di scelta individuale, tanto da consentire il rifiuto di interventi salvavita, appare arduo spiegare perché, nella dimensione psichiatrica, lo Stato possa sostituirsi alla volontà dell'individuo e imporre un trattamento volto esclusivamente a realizzare un interesse definito come "suo proprio". Tale asimmetria rischia di legittimare una deriva paternalistica<sup>53</sup>, trasformando la solidarietà – che presuppone libertà e responsabilità – in strumento di disciplinamento e avvicinando, in ipotesi estreme, l'ordinamento a un modello di Stato etico che stabilisce quale misura minima di prudenza ciascuno debba adottare nella conduzione della propria vita.

Vi è da considerare poi un ulteriore argomento che accompagna la scelta ermeneutica proposta dalla Corte costituzionale. Se il Tso in ambito psichiatrico si giustifica solo se rivolto nell'interesse alla salute della persona che lo subisce coattivamente si viene a strutturare un doppio modello di trattamento sanitario obbligatorio: il *genus* che trova la propria architrave nel bilanciamento tra diritto individuale e interesse collettivo e una *specie* governata da un difficile bilanciamento interno tra il profilo negativo (o difensivo) e quello positivo del diritto individuale alla salute.

Il rischio insito in quest'ultima ipotesi è che il bilanciamento collassi – senza direttive in tal senso da parte del giudice costituzionale – nella presenza o meno della capacità in capo al sofferente psichico che non può essere assunta quale etichetta da attribuire una volta per tutte, desumendo «in termini aprioristici l'insorgenza di uno stato di incapacità solamente sulla base della diagnosi psichiatrica»<sup>54</sup>. Diversamente «l'eventuale incapacità del paziente di autodeterminarsi rispetto al trattamento deve essere oggetto di una valutazione specifica, sintomatica, contestuale, che tenda ad accertare la capacità o l'incapacità in modo indipendente dalla diagnosi riguardante la malattia mentale»<sup>55</sup>.

Se si riconosce il carattere prescrittivo dell'indicazione del dissenso quale presupposto legittimante l'esecuzione di un Tso ospedaliero, occorre quindi precisare quale significato debba attribuirsi al dissenso manifestato dal paziente. In altri termini, è necessario chiarire se il ricovero coatto possa essere disposto esclusivamente quando il rifiuto della cura risulti effetto diretto dell'alterazione psichica – la quale compromette la capacità del soggetto di comprendere la pro-

ziente, a quest'ultimo spetta la decisione ultima se sottoporsi, o continuare a sottoporsi, ai trattamenti che il medico giudichi non solo appropriati, ma addirittura necessari per la sua sopravvivenza. Come recita l'art. 32, secondo comma, Cost., nessuno può essere infatti "obbligato" – e tanto meno fisicamente "costretto" – a sottoporsi a un trattamento sanitario sul proprio corpo e nel proprio corpo. L'esecuzione di un tale trattamento violerebbe, oltre che l'art. 32, secondo comma, Cost., l'art. 13 Cost., il cui contenuto minimo di tutela protegge la persona contro ogni forma di coazione sul corpo».

<sup>53</sup> Prospettiva che è in aperto contrasto anche con la Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità, come nota D. PICCIONE, *Effettività della libertà personale, suoi determinanti sociali e condizioni di disabilità. Una prospettiva costituzionale per lo studio della libertà delle persone con disabilità*, in C. Tarantino (a cura di), *Il soggiorno obbligato. La disabilità fra dispositivi di incapacitazione e strategie di emancipazione*, Il Mulino, Bologna, 2024, 233 ss.

<sup>54</sup> S. ROSSI, *La salute mentale tra libertà e dignità. Un dialogo costituzionale*, cit., 279.

<sup>55</sup> M. GRAZIADEI, *Il consenso informato e i suoi limiti*, in L. Lenti, E. Palermo Fabris, P. Zatti (a cura di), *I diritti in medicina, Trattato di Biodiritto*, diretto da S. Rodotà, P. Zatti, Giuffrè, Milano, 2011, 268 ss.; S. ROSSI, *Consenso informato (II)*, in *Digesto disc. priv., sez. civ.*, Agg. VII, Torino, 2012, 177 ss.

pria condizione e di assumere decisioni autonome – oppure se esso possa essere imposto anche nell'ipotesi in cui il dissenso, pur a fronte della gravità della patologia, si configuri come pienamente consapevole. Se è evidente, infatti, che la valutazione sulla possibilità per un individuo affetto da rilevanti disturbi psichici di esprimere un consenso realmente informato si presenti di per sé estremamente complessa, tuttavia, al contempo, la scelta tra le due opzioni non è priva di conseguenze, incidendo sull'effettiva portata del principio di autodeterminazione terapeutica in materia di salute mentale.

Come noto, il principio di autodeterminazione, oggi espressamente consacrato nella legge n. 219/2017<sup>56</sup>, impone al medico di astenersi dal praticare qualsiasi intervento sanitario in presenza di un dissenso espresso, anche qualora tale scelta esponga il paziente al rischio di esiti letali. Ritenere legittima – anzi, doverosa, in quanto condizione legittimante il Tso – l'imposizione di una cura nonostante il dissenso consapevole del malato psichico equivarrebbe, di fatto, a introdurre in capo a quest'ultimo un vero e proprio obbligo di curarsi. Ne deriverebbe una sostanziale negazione della sua libertà di autodeterminazione, pur formalmente riconosciuta, con ciò tradendo uno dei principi cardine su cui si è fondata la riforma psichiatrica del 1978. Tutto ciò, peraltro, in assenza di un contrapposto interesse collettivo rappresentato dalla tutela immediata della salute altrui<sup>57</sup>.

Appare pertanto maggiormente coerente con il dettato costituzionale ritenere che, una volta esperite tutte le attività volte a porre il soggetto nelle condizioni di esprimere un consenso effettivamente informato, la possibilità di procedere al trattamento coattivo sussista unicamente quando il medico accerti che la condizione patologica comprometta in modo significativo la capacità del paziente di comprendere la propria situazione e di determinarsi consapevolmente<sup>58</sup>. In questa prospettiva, la diagnosi clinica di un disturbo mentale non si tradurrebbe in una automatica riduzione della capacità di intendere e di volere, presupponendo una verifica puntuale. Si deve rammentare infatti che «le malattie mentali presentano un ampio spettro di condizioni patologiche e spesso pazienti con la stessa diagnosi differiscono sensibilmente l'uno dall'altro. Inoltre, il decorso della sintomatologia non è lineare e talvolta non risulta prevedibile. Nei soggetti che soffrono di una malattia neurodegenerativa, quale la demenza, per esempio, è possibile individuare diversi livelli di capacità, in conseguenza del fatto che le abilità cognitive e funzionali si riducono gradualmente. La velocità e l'intensità del decadimento sono estremamente soggettive e dipendono da una molteplicità di fattori, medici, personali e sociali. La letteratura scientifica e gli studi empi-

---

<sup>56</sup> B. LIBERALI, *Relazione di cura, consenso informato e principi costituzionali*, in A. Maniaci (a cura di), *La cura della relazione e la relazione di cura. Dialogo fra giuristi, medici e psicoterapeuti*, Pacini, Pisa, 2023, 43 ss.

<sup>57</sup> Sul piano bioetico, il Comitato Nazionale per la Bioetica ha più volte affermato che il diritto di rifiutare trattamenti vale anche quando la scelta esponga il paziente a gravi rischi, purché sia frutto di una decisione consapevole. Se il dissenso lucido non venisse riconosciuto, si aprirebbe la strada a una sorta di “ritorno del manicomio”, sotto forma di obbligo terapeutico mascherato. Il paziente psichiatrico verrebbe nuovamente ridotto a oggetto di protezione coatta, anziché considerato soggetto di diritti, con un arretramento rispetto alle conquiste civili del 1978. Cfr. CNB, *Il trattamento dei pazienti psichiatrici: problemi bioetici*, Roma, 24 settembre 1999.

<sup>58</sup> S. FERRACUTI *et al.*, Una riflessione sul trattamento sanitario obbligatorio coattivo e sul Codice deontologico, in *Quaderni Italiani di Psichiatria*, 2010, 2, 66 ss.; G. MANDARELLI *et al.*, Il consenso informato e il trattamento sanitario obbligatorio, in *Nóos*, 2012, 18, 43 ss.

rici mostrano che una diagnosi di demenza o di disturbo psichiatrico non equivale di per sé a un'incapacità del paziente di comprendere, ragionare e prendere valide decisioni concernenti la propria salute. Tra gruppi di pazienti si registra infatti una considerevole eterogeneità, e un numero variabile di pazienti con disturbo psichiatrico o cognitivo è ritenuto capace di decisioni in ambito medico»<sup>59</sup>.

Ciò che deve essere oggetto di accertamento è pertanto la concreta capacità di discernimento del soggetto nel momento in cui si manifesta l'urgenza terapeutica e in relazione alla decisione specifica che egli è chiamato ad assumere. In tale senso, l'eventuale incapacità di autodeterminazione rispetto al trattamento deve essere valutata in termini specifici, contestuali e sintomatici, indipendentemente dalla mera etichetta diagnostica che qualifica la malattia mentale<sup>60</sup>.

Alla luce di quanto sopra argomentato, sarebbe stato maggiormente coerente con l'impianto costituzionale se la Corte avesse precisato che, espletate tutte le attività necessarie a porre l'individuo nelle condizioni di esprimere un consenso realmente informato al trattamento sanitario, l'esecuzione coattiva di quest'ultimo avrebbe potuto essere legittimamente disposta esclusivamente qualora il medico avesse accertato che la patologia in atto abbia inciso in modo tale da compromettere la capacità del soggetto di comprendere la propria condizione e di assumere decisioni consapevoli in merito.

L'analisi critica prospettata ci costringe a tornare di nuovo al disposto dell'art. 32 Cost., che delinea un circuito virtuoso interno che emerge nel raffronto tra le componenti della disposizione, in una prospettiva di armonizzazione sistematica che vuole la relazione tra persona e salute governata dal principio di autodeterminazione, sino a includere la possibilità di rinuncia al bene dell'integrità psico-fisica<sup>61</sup>. È in questo quadro che deve leggersi la menzione all'interesse collettivo che svolge la funzione, ben circoscritta, di fondare e delimitare le ipotesi eccezionali in cui l'autodeterminazione individuale può subire restrizioni. Di qui la possibilità di configurare un «dovere di cura» in senso strettamente eccezionale, e mai come regola.

---

<sup>59</sup> E.M. TURLA, C. PORTIERI, *Capacità e diritto all'autodeterminazione terapeutica nella legge n. 219/2017. Il caso delle persone con disturbo psichiatrico e cognitivo*, in *Rivista di psichiatria*, 2023, 58, 137. Nel contesto clinico, l'aspetto più rilevante concerne la valutazione della capacità del paziente. L'esame clinico dovrebbe prendere in considerazione la molteplicità dei fattori e delle componenti che influenzano e determinano tale capacità, e, con particolare riferimento ai disturbi mentali e cognitivi, la natura multifaccettata e cangiante di questi ultimi. Su questa base, l'accertamento da un lato dovrebbe focalizzarsi su aspetti specifici e concreti della capacità, e dall'altro dovrebbe avere un carattere multidimensionale che consideri abilità di diversa natura, non solo cognitiva ma anche funzionale ed emozionale. Cfr. L.B. DUNN LB *et al.*, *Assessing decisional capacity for clinical research or treatment: a review of instruments*, in *Am J Psychiatry*, 2006, 163, 1323 ss.; P. LEPPING, T. STANLY, J. TURNER, *Systematic review on the prevalence of lack of capacity in medical and psychiatric settings*, in *Clin Med (London)*, 2015, 15, 337 ss.; M. GASPARINI *et al.*, *The evaluation of capacity in dementia: ethical constraints and best practice. A systematic review*, in *Ann Ist Super Sanità*, 2021, 57, 212 ss.

<sup>60</sup> La verifica della capacità di un individuo di prestare un consenso valido alla sottoposizione a trattamenti sanitari implica la necessità di superare, o quantomeno riconsiderare criticamente, l'applicazione di categorie giuridiche generali e astratte. In particolare, la tradizionale nozione privatistica di capacità di agire dovrebbe essere sostituita da un concetto di capacità inteso in senso relativo, funzionale e contestuale (*competence*), ossia calibrato in rapporto alla specifica situazione in cui il soggetto è chiamato ad assumere la decisione richiesta (Cfr. L. MINGARDO, *I contratti di Ulisse. Autodeterminazione e sofferenza psichica*, in *BioLaw Journal - Rivista di BioDiritto*, 2019, 2, 238).

<sup>61</sup> R. BALDUZZI, D. PARIS, *Corte costituzionale e consenso informato tra diritti fondamentali e ripartizione delle competenze legislative*, in *Giur. cost.*, 2008, 4962 s.

Il comma secondo, peraltro, non individua le finalità dell'obbligo terapeutico, limitandosi a fissarne la cornice formale (riserva di legge) e materiale (rispetto della dignità della persona). Le ragioni sostanziali della limitazione della libertà individuale vanno pertanto rintracciate nel primo comma, che legittima l'intervento statale solo laddove ciò sia richiesto dall'interesse della collettività. Ne deriva che l'eventuale imposizione di un trattamento non implica in alcun modo una peculiare concezione del "bene" (salute), del quale si possa disporre intermediazione statale. La compressione della libertà terapeutica si giustifica esclusivamente quando l'omissione individuale sia suscettibile di pregiudicare la sfera di protezione della comunità<sup>62</sup>. La clausola dell'interesse collettivo, pertanto, non muta la natura eminentemente individuale della libertà di cura, trasformandola in diritto "funzionalizzato" a scopi ulteriori. Essa opera come limite esterno, quale fatto-re di contenimento, e non come ragione intrinseca del diritto.

A conferma della solidità del necessario bilanciamento tra versante individuale e collettivo del diritto alla salute, non sembra paradossale richiamare la sentenza n. 180/1994<sup>63</sup> della Corte costituzionale, relativa all'obbligo di portare il casco, in cui si legge che «[l'] assunto, secondo cui l'art. 32 della Costituzione consentirebbe limitazioni al diritto di circolazione solo se venisse in gioco il diritto alla salute di soggetti terzi rispetto a colui cui vengono imposte quelle limitazioni [...] non può essere condiviso». Conclusione, peraltro originale sotto il profilo della motivazione, che tuttavia non conduce la Corte a giustificare l'obbligo esclusivamente per il "bene" (incolumità fisica) del conducente laddove vengono presi in considerazione interessi ulteriori, ad esempio quelli legati alle conseguenze pregiudizievoli degli incidenti stradali, che «si ripercuotono in termini di *costi sociali* sull'intera collettività».

Tale ragionamento viene radicalizzato nell'ordinanza n. 49/2009<sup>64</sup>, ovvero nel momento in cui il giudice costituzionale ha avuto modo di affrontare il tema dell'obbligo di indossare la cintura di sicurezza in auto, sostenendo che «il legislatore consider[a] la salute dell'individuo anche interesse della collettività», perciò potendo prescrivere «certi comportamenti e sanzionandone l'inosservanza,

allo scopo di ridurre il più possibile le pregiudizievoli conseguenze, dal punto di vista della mortalità e della morbilità invalidante, degli incidenti stradali»; e ancora che «la protezione della salute del singolo come interesse della collettività è dunque tale da ammettere una trascurabile limitazione della libertà personale (sentenza n. 20 del 1975)».

---

<sup>62</sup> Come nota S. LEONE, *La salute degli altri. Giustificazione e limiti degli obblighi vaccinali*, Giappichelli, Torino, 2024, 61 «La salute degli altri, dunque, è il solo interesse "antagonista" alla libertà di non curarsi. Una scelta peraltro non eccentrica, se si considera il rilievo che il bene della salute assume nel complessivo impianto della Costituzione: l'art. 14 Cost. autorizza l'adozione di leggi speciali a limitazione della libertà di domicilio "per motivi di sanità"; l'art. 16 Cost. eleva i "motivi di sanità" a legittima giustificazione di una restrizione della libertà di circolazione; l'art. 41 Cost., che dava originariamente rilievo alla "sicurezza", oggi in modo più puntuale configura anche la "salute" tra le esigenze capaci di contenere la libertà di iniziativa economica».

<sup>63</sup> Corte cost., 16 maggio 1994, n. 180.

<sup>64</sup> Corte cost., 25 febbraio 2009, n. 49.

Al netto dell'uso improprio del parametro dell'art. 32 Cost.<sup>65</sup>, di fronte a misure che impongono condotte “per il bene” della persona — dal casco alle cinture di sicurezza — il diritto costituzionale si trova su un crinale scivoloso. Se l'obiettivo dichiarato è la tutela della persona contro sé stessa, l'argomento paternalistico entra inevitabilmente in attrito con il dettato della Costituzione, che riconosce nell'autodeterminazione personale e nella responsabilità individuale le forme in cui si esprime la dignità. Non è un caso che, quando è stata chiamata a giustificare obblighi autoprotettivi, la Corte costituzionale raramente si è affidata a una nuda moralità del bene del soggetto<sup>66</sup>: essa ha preferito ancorare la legittimità a interessi ulteriori, di natura materiale e sistemica — i “costi sociali” degli incidenti, la sicurezza della circolazione, l'impatto sul servizio sanitario — che trascendono l'interesse esclusivo dell'obligato. Questa torsione argomentativa rivela, più che una scelta di comodo, l'irriducibile tensione fra paternalismo giuridico e architettura garantista della Carta.

Chiamare in causa l'art. 32 Cost. per sostenere che «la salute dell'individuo è anche interesse della collettività» e, in forza di ciò, imporre comportamenti protettivi per il singolo, finisce infatti per trasformare una norma di garanzia in un grimaldello di disciplina. L'art. 32 Cost., soprattutto nel suo secondo comma, è costruito per presidiare la libertà negativa e positiva in cui si esplica il diritto alla salute, non per creare un potere generale di tutela coattiva della persona contro sé stessa. Casco e cinture, poi, non sono “trattamenti sanitari”: non curano, non diagnosticano, non richiedono un rapporto clinico né presuppongono un consenso informato, essendo semmai, condizioni d'uso dello spazio pubblico orientate alla sicurezza della circolazione (art. 16 Cost.) e, più in generale, misure di polizia amministrativa. L'uso del parametro “salute” appare quindi del tutto improprio, con l'effetto di dilatare l'interesse della collettività fino a ricomprendere qualsiasi condotta che, anche indirettamente, possa generare costi per il sistema, con il rischio di svuotare di senso l'autonomia personale proprio nel luogo (il corpo e le scelte di rischio) cui la Costituzione attribuisce la massima protezione.

Il richiamo ai precedenti giurisprudenziali sopra indicati mette in luce un'evidente difficoltà argomentativa che la Corte cerca di ovviare adottando una strategia narrativa debole: in questo senso la motivazione non si arresta all'idea che lo Stato possa costringere la persona ad una condotta “per il suo bene”, ma si appiglia a elementi “ultronei” alla persona, quali la riduzione della mortalità e della morbilità invalidante “per il sistema”, la diminuzione dei costi a carico del Servizio sanitario, l'efficienza del traffico e la sicurezza pubblica. Ciò serve a spostare l'asse del fondamento del ragionamento dalla legittimazione paternalistica — intrinsecamente problematica in un ordinamento che valorizza la disponibilità di sé nei limiti della dignità — a una legittimazione “esterna”, fondata su ricadute collettive. Ma proprio questo spostamento conferma l'assunto critico: il

---

<sup>65</sup> In questo senso A. PACE, *Problematica delle libertà costituzionali. Lezioni*, Giappichelli, Torino, 2023, 99 che precisa come l'obbligo di salvaguardare la propria integrità psico-fisica può sorgere quando il danno alla salute di altre persone sia solo indiretto, come avviene, ad esempio, nel caso in cui non si indossi la cintura di sicurezza in auto, laddove «l'assistenza sanitaria pubblica a lui prestata distrarrebbe personale medico e risorse finanziarie dalla cura di terzi». Ma, in tal caso, si potrebbe disquisire di «legittimità costituzionale di imposizioni legislative ex art. 23 Cost.» non ex art. 32 Cost.

<sup>66</sup> L. BOELLA, *Bioetica e biopolitica. Che cosa resta dell'etica?*, in *La società degli individui*, 2005, 24, 105 ss.

paternalismo, preso da solo, non convince nemmeno il giudice costituzionale che ha necessità di farsi sostenere la ragionevolezza di una certa scelta in forza di interessi di natura materiale.

Concludendo, nella sentenza analizzata la Corte ha tentato di offrire una possibile risposta ad una criticità strutturale della disciplina che legittima l'imposizione del trattamento sanitario obbligatorio in ambito psichiatrico, risposta che tuttavia, da un lato, elude la necessità di uno sforzo interpretativo ed argomentativo atto a costruire i termini di un corretto bilanciamento in quel settore, dall'altro, si mostra carente – pur nel suo carattere stentoreo – laddove la prospettiva beneficalista o paternalista, accolta dalla Corte, potrebbe essere tollerata ove venisse arricchita da garanzie atte a farne vettore assiologicamente nel riconoscimento della primazia della «struttura morale del[la persona], con la rappresentazione della sua umanità, con l'immagine che ha di sé e che vuole lasciare: in una parola, con la sua dignità»<sup>67</sup>.

Per superare tali criticità risulta opportuno adottare un approccio esegetico complesso, che non si limiti alla dimensione procedurale, ma valorizzi sia la finalità sostanziale del trattamento obbligatorio sia il sistema delle garanzie giurisdizionali che ne assicurano la compatibilità con i valori costituzionali<sup>68</sup>. In questa direzione emerge la necessità di rileggere il concetto di salute nella sua progressiva estensione, già riconosciuta dalla dottrina e dalla giurisprudenza costituzionale: non mera assenza di malattia, ma condizione di benessere complessivo, comprensiva delle componenti biologiche, psicologiche, biografiche e ambientali. La salute diviene così elemento fondante della personalità dell'individuo, collocato al centro sia dell'ordinamento giuridico sia della comunità sociale<sup>69</sup>.

Se ne ricava che la nozione di salute investe anche la dimensione relazionale ed esistenziale della persona. La tutela della salute, pertanto, non può essere limitata al contenimento del rischio di contagio o alla prevenzione di danni fisico-biologici agli altri membri della collettività: una tale interpretazione risulterebbe riduttiva. La sofferenza psichica, pur non incidendo direttamente sul piano biologico, genera infatti gravi squilibri nell'ambiente familiare e sociale del malato, con effetti spesso patogenici anche sui soggetti vicini. La vita quotidiana dei familiari è profondamente condizionata dalla malattia mentale grave, al punto da determinare radicali ristrutturazioni delle proprie prospettive di vita, con ricadute significative sul piano personale, economico e relazionale<sup>70</sup>.

Tale constatazione non implica che la mera “perturbazione” sociale derivante dalla malattia mentale giustifichi automaticamente l'imposizione di trattamenti coattivi. Piuttosto, la situazione di acuzie – specie se cronicizzata – può produrre effetti devastanti sull'ambiente circostante, la cui prevenzione configura un evidente interesse collettivo alla salute<sup>71</sup>. Questo interesse non è con-

---

<sup>67</sup> C. CASONATO, *Consenso e rifiuto delle cure in una recente sentenza della Cassazione*, in *Quad. cost.*, 2008, 3, 548.

<sup>68</sup> In questo senso P. VERONESI, *I Trattamenti Sanitari Obbligatori, ovvero del circoscritto limite della libertà di salute*, cit., 271 ss.

<sup>69</sup> S. ROSSI, *La salute mentale tra libertà e dignità. Un dialogo costituzionale*, cit., 297.

<sup>70</sup> M. MAZZATESTA, *Disagio psichico e famiglie caregiver*, in M. Mannoia (a cura di), *Famiglie, disagio e servizio sociale*, PM edizioni, Milano, 2019, 201 ss.

<sup>71</sup> Senza ricadere in prospettive securitarie l'interesse collettivo potrebbe essere declinato nel concetto di protezione, obbligazione che grava sui sanitari in ragione della posizione di garanzia che hanno verso i pazienti psichiatrici al fine

retto astratto, ma si costruisce in relazione a gruppi concreti di soggetti e al loro contesto di vita, traducendo in termini giuridici il legame sostanziale tra salute individuale e ambiente sociale.

Un ulteriore profilo interpretativo dell'interesse collettivo che potrebbe essere valorizzato emerge considerando la salute del singolo come bene intrinsecamente collettivo, in una prospettiva che coniuga il linguaggio dei diritti con quello delle capacità. L'approccio delle *capabilities*, sviluppato in particolare da Martha Nussbaum, consente infatti di superare una concezione meramente difensiva del diritto alla salute, concepito solo come limite al potere statale, e di leggere invece tale diritto come strumento di promozione delle potenzialità individuali<sup>72</sup>. La salute diventa condizione abilitante per lo sviluppo della personalità, intesa come insieme delle capacità di vivere relazioni, di esercitare la dignità, di partecipare alla vita sociale.

In questa visione, la cura – anche se inizialmente imposta – costituisce mezzo necessario a preservare o recuperare le capacità fondamentali dell'individuo. La temporanea compressione della libertà trova giustificazione nell'obiettivo di restituire al soggetto le condizioni minime per l'esercizio delle proprie libertà, evitando che la malattia lo condanni a una condizione irreversibile di esclusione. Tale impostazione non esclude i rischi di derive paternalistiche, ma può essere ricondotta a una prospettiva kantiana: il trattamento è mezzo, mentre la persona rimane fine, con la conseguenza che la misura sanitaria obbligatoria è giustificata solo se funzionale al recupero dell'autonomia<sup>73</sup>.

Non a caso, l'art. 34 della legge n. 833/1978 configura il trattamento obbligatorio come *extrema ratio*, delimitandone rigorosamente l'ambito e prevedendo la successiva continuità terapeutica attraverso i servizi territoriali. La negazione della cura, per il solo fatto di essere stata inizialmente imposta, costituirebbe al contrario la più grave forma di ingiustizia verso soggetti portatori di un bisogno estremo di assistenza.

In ultima analisi, la legittimazione costituzionale del trattamento sanitario obbligatorio non può fondarsi su un'astratta difesa della collettività né su un paternalismo autoritativo, ma su un bilanciamento dinamico tra tutela della personalità dell'infermo e salvaguardia delle capacità fondamentali. Il diritto, entrando nella vita concreta, non può sottrarsi a questo compito interpretativo: esso deve tradursi in strumento di mediazione tra le esigenze della cura, i diritti individuali e la salvaguardia del tessuto relazionale della collettività.

---

di impedire atti etero e autolesivi. Cfr. G. DODARO (a cura di), *La posizione di garanzia degli operatori psichiatrici: giurisprudenza e clinica a confronto*, FrancoAngeli, Milano, 2011, 104 ss.

<sup>72</sup> M.C. NUSSBAUM, *Capabilities and Disabilities: Justice for Mentally Disabled Citizens*, in *Philosophical Topics*, 2002, 3, 133 ss.

<sup>73</sup> La tutela assoluta dell'individuo contro ogni forma di ingerenza statale si tradurrebbe, paradossalmente, in una forma di abbandono dello stesso, confinato in uno spazio in cui non gli è consentita alcuna effettiva possibilità di autorealizzazione, proprio a causa delle limitazioni derivanti dal suo stato di salute. In tale prospettiva, la dimensione negativa della libertà individuale risulterebbe privata del suo imprescindibile complemento, ossia di quel nucleo essenziale della pretesa soggettiva che il divieto di interferenze dell'autorità pubblica è chiamato a presidiare. È in questo quadro che i trattamenti sanitari obbligatori assumono la loro funzione propria di strumenti volti a concretizzare il dovere della Repubblica di garantire la salute del singolo, quale componente fondamentale del più ampio compito a essa attribuito di assicurare le condizioni necessarie al libero sviluppo della persona umana. Sul tema P. ZATTI, *Infermità di mente e diritti fondamentali della persona*, in *Pol. dir.*, 1986, 425 ss.

## 5. Le garanzie procedurali e processuali: quando la forma si fa sostanza.

Il giudice delle leggi, nella sentenza in commento, ha ricordato che l'art. 24 Cost. consacra il diritto di azione e di difesa in giudizio come garanzia fondamentale di ogni cittadino, ma ciò non significa che l'accesso alla giurisdizione debba avvenire sempre nelle medesime forme e con identici effetti. Il legislatore – che gode di ampia discrezionalità nella conformazione degli istituti processuali – ben può subordinare l'esercizio dei diritti a controlli o condizioni, purchè tali vincoli non si traducano in ostacoli insormontabili o in difficoltà eccessive tali da svuotare di contenuto il diritto di difesa. In altre parole, l'art. 24 Cost. non impone un modello unico ed invariante di tutela, ma richiede che ogni disciplina garantisca un effettivo accesso al giudice<sup>74</sup>.

A titolo esemplificativo si può richiamare la giurisprudenza che ha scrutinato le condizioni di procedibilità introdotte per finalità deflattive o conciliative. Il tentativo obbligatorio di conciliazione<sup>75</sup>, così come la consulenza tecnica preventiva in materia di responsabilità sanitaria<sup>76</sup>, sono stati considerati legittimi nella misura in cui non costituiscano condizioni di proponibilità – che escluderebbero radicalmente l'azione – ma soltanto di procedibilità, e purchè il giudice possa assegnare termini per sanare eventuali omissioni. In tal modo si preserva la funzione ordinante del filtro, senza compromettere la sostanza del diritto all'azione.

Emerge in questi termini la tensione tra effettività e conformazione legislativa, laddove, da un lato, si riconosce al legislatore un margine per modellare l'accesso alla giustizia in funzione di esigenze di efficienza, di razionalità del sistema e di durata ragionevole del processo, dall'altro, il diritto di azione viene concepito come diritto a un "giudice effettivo", che non può essere condizionato da ostacoli economici o procedurali sproporzionati. La chiave di volta è data dunque dai criteri di proporzionalità e ragionevolezza: solo quando l'onere imposto alla parte è realmente funzionale e non sproporzionato, esso può dirsi compatibile con il dettato costituzionale.

A fronte della discrezionalità del legislatore nel modulare le forme di tutela giurisdizionale, l'art. 35 della legge n. 833/1978 configura una significativa compressione del diritto di difesa e al contraddittorio, cioè dei contenuti minimi della tutela giurisdizionale, nella misura in cui su provvedimenti amministrativi, che pregiudicano in maniera incisiva la libertà personale e quella di autodeterminazione, la persona interessata non è messa nelle condizioni di conoscere il provvedimento e di partecipare al processo di convalida giurisdizionale.

L'art. 24 Cost., nell'attribuire a tutti la possibilità di agire e difendersi in giudizio per la tutela dei propri diritti ed interessi legittimi, così come di ricevere comunicazione dei relativi atti, esige che qualunque sia la situazione soggettiva da tutelare, il cittadino possa farla valere, sia nei confronti dello Stato che di altro cittadino<sup>77</sup>. Le persone, soltanto perché affette da infermità fisica o

---

<sup>74</sup> Corte cost., 13 dicembre 2019, n. 271; Corte cost., 14 luglio 2017, n. 199; Corte cost., 3 marzo 2016, n. 44.

<sup>75</sup> Corte cost., 26 ottobre 2007, n. 355.

<sup>76</sup> Corte cost., 5 maggio 2021, n. 87.

<sup>77</sup> A. POLICE, *Art. 24*, in R. Bifulco, A. Celotto, M. Olivetti (a cura di), *Costituzione commentata*, I, Giappichelli, Torino, 2006, 50.

psichica, non possono per ciò stesso essere private dei diritti costituzionali, in violazione del principio personalista e del principio della pari dignità sociale espressi dagli artt. 2 e 3, 1° co., Cost.

Persona, eguaglianza, pari dignità, libertà sono alcune delle parole chiave della Costituzione, espressioni di quella semantica influente che viene a garantire ed arricchire il senso del diritto e dei diritti. Non si tratta solo di concetti, il linguaggio usato è invero quello della vita con cui il diritto descrive sé stesso: è infatti nel gioco dell'esistenza quotidiana che l'intreccio diventa visibile, quando si deve decidere o dar ordine alle questioni sempre nuove e sempre eguali della vita<sup>78</sup>. Il trattamento giuridico che l'ordinamento riserva alle persone affette da infermità fisica o psichica – ci ricorda il giudice costituzionale – intreccia una serie di questioni esistenziali, delineando una condizione che chiama in causa un complesso di principi «che attingono ai fondamentali motivi ispiratori del disegno costituzionale»<sup>79</sup>. È così che la Costituzione s'invera, diviene legge di 'prossimità', quando i suoi principi, le sue disposizioni e norme si fanno strumento di riaffermazione del ruolo centrale della persona, come struttura di valore, essere assiologico concreto a cui viene fornito riconoscimento e tutela anzitutto nella sua dimensione vitale<sup>80</sup>.

In questo quadro la riaffermazione della centralità della persona ha costretto ad un ripensamento anche delle strutture e degli istituti normativi volti a tutelare – anziché contenere o segregare in modo autoritario – i soggetti vulnerabili, riorientandone teleologicamente il verso in vista delle loro esigenze concrete, dei loro bisogni, al rispetto della loro dignità in un'ottica di promozionalità dei diritti<sup>81</sup>.

Sul piano sostanziale, il frutto di queste scelte è l'istituto dell'amministrazione di sostegno, introdotto con la legge n. 6/2004, che si connota come nuova forma di protezione comprensiva e morbida del soggetto debole, la quale, nel rifiutare la logica ghezzante dell'infermità mentale tipica dell'interdizione, adatta gli strumenti giuridici alle (residue) capacità fisiche ed intellettuali, alle aspirazioni e ai bisogni concreti dell'amministrato nel contesto di un progetto di sostegno esistenziale<sup>82</sup>.

L'attenzione del legislatore si concentra quindi sui bisogni concreti della persona non autosufficiente, al fine di rimuovere gli ostacoli che ne impediscono lo sviluppo sul piano esistenziale e l'effettività di esercizio dei diritti. In questo senso la "cura" è assunta dall'ordinamento come cifra dell'intervento di tutela della persona, come nuovo diritto dell'individuo in difficoltà, senza che ciò si traduca in una minorazione del soggetto debole<sup>83</sup>. Il progetto di cura (o meglio del "prendersi cura") ha infatti la funzione «di mettere l'altro nelle condizioni di provvedere da sé ai propri

<sup>78</sup> E. RESTA, *Diritto vivente*, Laterza, Roma-Bari, 2008, 27 s.

<sup>79</sup> Corte cost., 8 giugno 1987, n. 215.

<sup>80</sup> L. MENGONI, *La tutela giuridica della vita materiale nelle varie età dell'uomo*, in *Riv. trim. dir. proc. civ.*, 1982, 1135 ss.

<sup>81</sup> P. ZATTI, *Infermità di mente e diritti fondamentali della persona*, in Cendon (a cura di), *Un altro diritto per i malati di mente. Esperienze e soggetti della trasformazione*, Esi, Napoli, 1988, 114 ss.

<sup>82</sup> Pur con alcune criticità R.S. BONINI, *Amministrazione di sostegno e decisioni di cura*, Esi, Napoli, 2025, 187 ss.; sulla funzione dell'istituto in relazione al tema qui trattato vedi F. DALLA BALLA, *Vecchi e nuovi trattamenti sanitari obbligatori: dalla legge 833/1978 all'amministrazione di sostegno*, in *Resp. civ. prev.*, 2022, 3, 1030 ss.

<sup>83</sup> J.C. TRONTO, *Who cares? Come ripensare una politica democratica*, Castelvecchi, Roma, 2023, 12 ss.

bisogni, rendendolo capace sia di azioni cognitive, come individuare e stabilire criteri di priorità, sia di azioni concrete per soddisfare bisogni e realizzare obiettivi»<sup>84</sup>.

Sul piano processuale, in termini corrispondenti, la disciplina relativa alla capacità di agire nel processo si fonda sull'esigenza di coniugare, da un lato, la tutela del soggetto incapace e, dall'altro, la finalità di non comprimere preventivamente la sua capacità processuale, se non a seguito di un accertamento adeguato delle sue condizioni personali, da svolgersi in relazione al complesso degli interessi coinvolti nel giudizio<sup>85</sup>.

La regola generale in materia di capacità processuale risulta pienamente coerente con i principi del diritto civile, i quali riconducono l'idoneità a compiere atti giuridici alla capacità legale di agire. Ne consegue che l'art. 75, commi 1 e 2, c.p.c. viene costantemente interpretato dalla giurisprudenza nel senso di escludere che la sola incapacità naturale possa incidere sulla capacità processuale<sup>86</sup>.

Ciò nonostante riemerge in modo ricorrente l'esigenza dell'introduzione di forme di tutela preventiva dell'incapace naturale nel processo civile al fine di garantire adeguata protezione a soggetti affetti da condizioni non transitorie di incapacità. Tale esigenza intreccia plurimi interessi concorrenti: accanto al diritto dell'incapace a un processo equo, rileva, infatti, il suo diritto a non essere privato della capacità processuale se non a seguito di un accertamento effettivo delle sue condizioni. Contestualmente, va salvaguardato il diritto della controparte di poter agire e difendersi in giudizio anche nei confronti di un soggetto incapace, nonché l'interesse comune delle parti alla ragionevole durata del processo, che rischierebbe altrimenti di essere compromessa da accertamenti collaterali, anche aventi finalità dilatorie<sup>87</sup>.

In tale complesso bilanciamento di interessi costituzionalmente rilevanti, la Corte costituzionale, con la sentenza n. 468/1992, ha inaugurato un orientamento interpretativo volto a predisporre strumenti di protezione preventiva dell'incapace naturale<sup>88</sup>. In particolare, si è delineato un percorso per attivare, a partire dal processo in cui è parte un soggetto incapace di intendere o di volere, un autonomo procedimento volto ad accertare l'eventuale incapacità legale, così da pervenire, se del caso, alla nomina di un tutore o curatore (anche provvisori) idonei a rappresentarlo o assisterlo nel giudizio in corso<sup>89</sup>.

Anche il legislatore è intervenuto in materia, da ultimo, con il d.lgs. 10 ottobre 2022, n. 149 (attuativo della l. 26 novembre 2021, n. 206) che all'art. 473-bis.14 c.p.c. prevede la nomina di un curatore speciale nei procedimenti riguardanti lo stato delle persone, i minorenni e le famiglie

---

<sup>84</sup> V. IORI, L. MORTARI, *Per una città solidale. Le risorse informali nel lavoro sociale*, Unicopli, Milano, 2005, 31 ss.

<sup>85</sup> Si veda in ambito civile, Corte cost., 27 luglio 2023, n. 168; in ambito penale, Corte cost., 7 aprile 2023, n. 65.

<sup>86</sup> Cass. civ., sez. III, ord. 1° giugno 2022, n. 17914; Cass. civ., sez. II, 20 agosto 2019, n. 21507

<sup>87</sup> Corte cost., ord. 10 giugno 2020, n. 205; Corte cost., ord. 30 luglio 2008, n. 318/2008; Corte cost., ord. 9 marzo 2007, n. 67.

<sup>88</sup> Corte cost., 19 novembre 1992, n. 468.

<sup>89</sup> In tale prospettiva, la Corte ha affermato che, ai sensi dell'art. 70, co. 3, c.p.c., il pubblico ministero può intervenire nei processi in cui sia parte un incapace non ancora sottoposto a interdizione o inabilitazione; e che il giudice, ex art. 71 c.p.c., deve disporre la comunicazione degli atti al pubblico ministero affinché promuova i procedimenti di interdizione o inabilitazione e richieda, se del caso, la nomina urgente di un tutore o curatore provvisorio (si veda Corte cost., n. 168/2023).

(salvo che per adozione, immigrazione, protezione internazionale e libera circolazione dei cittadini europei), quando il convenuto risulti malato di mente o legalmente incapace. La norma estende, così, una previsione già contemplata – ma limitata ai procedimenti di scioglimento o cessazione degli effetti civili del matrimonio – anche ad altre ipotesi, rafforzando le garanzie processuali in favore dell'infermo di mente non ancora legalmente incapace.

Parallelamente, il legislatore ha riaffermato la piena capacità processuale dell'interessato nei procedimenti volti ad accertare la sua eventuale incapacità legale. Ai sensi degli artt. 473-bis.55, co. 1, e 473-bis.58 c.p.c., infatti, l'interdicendo, l'inabilitando o il potenziale beneficiario dell'amministrazione di sostegno possono stare in giudizio e compiere personalmente ogni atto del procedimento – incluse le impugnazioni – anche in presenza di tutori, curatori o amministratori provvisori già nominati.

In definitiva, nel difficile equilibrio tra il diritto dell'incapace a un giusto processo e quello a non essere privato della capacità processuale senza previo accertamento delle sue condizioni, sia il giudice costituzionale che il legislatore ha attribuito tendenziale prevalenza al primo, preservando il principio secondo cui la capacità processuale permane intatta fino all'adozione di un provvedimento che limiti la capacità legale di agire.

La partecipazione al processo, in quanto volta a consentire nel contraddittorio la formazione del convincimento del giudice, non può sicuramente subire limitazione, in particolare laddove il procedimento sia preordinato alla tutela della libertà personale<sup>90</sup>. Si tratta di un principio espresso dal giudice costituzionale<sup>91</sup>, già nella vigenza della legge Giolitti, laddove – dando atto che il provvedimento di ricovero coattivo si inquadrasse tra quelli restrittivi della libertà personale – rilevava come il combinato disposto tra gli artt. 1 e 2 della legge n. 36/1904 venisse a ledere le garanzie prescritte ai sensi dell'art. 24 Cost., nella misura in cui la procedura, svolta in camera di consiglio dal tribunale ai fini dell'adozione del provvedimento di internamento definitivo, non consentiva all'infermo di seguire e contestare l'istruttoria processuale nell'esercizio del suo diritto di difesa.

Proprio in virtù dell'art. 24 Cost, la comunicazione all'interessato del provvedimento sindacale con cui viene disposto un trattamento sanitario obbligatorio, così come la notificazione del correlato decreto motivato emesso dal giudice tutelare, devono essere comunque assicurate, senza che la condizione di eventuale incapacità naturale in cui versa il soggetto possa costituire un ostacolo

---

<sup>90</sup> Corte cost., 6 giugno 1973, n. 74. Pur sul processo penale si rammenta la sentenza 22 luglio 1999, n. 341, nell'estendere all'assistenza gratuita di un interprete la tutela approntata dall'art. 119 c.p.p. circa la partecipazione processuale del sordo e del muto, ha inteso garantirne l'effettività, segnatamente «nelle fasi che l'ordinamento affida al principio dell'oralità», occorrendo infatti assicurare «il diritto dell'accusato di essere messo personalmente, immediatamente e compiutamente a conoscenza di quanto avviene nel processo che lo riguarda, e così non solo dell'accusa mossagli, ma anche degli elementi sui quali essa si basa, delle vicende istruttorie e probatorie che intervengono via via a corroborarla o a smentirla, delle affermazioni e delle determinazioni espresse dalle altre parti e dall'autorità procedente; nonché, conseguentemente, il diritto dell'imputato di svolgere la propria attività difensiva, anche in forma di autodifesa, conformandola, adattandola e sviluppandola in correlazione continua con le esigenze che egli stesso ravvisa e colga a seconda dell'andamento della procedura, ovvero comunicando con il proprio difensore».

<sup>91</sup> Corte cost., 20 giugno 1968, n. 74; sulle garanzie nel ricovero in via provvisoria Corte cost., 15 luglio 1976, n. 223.

o giustificare omissioni. Tali adempimenti, infatti, pur confrontandosi con lo stato di temporanea compromissione della capacità di intendere e di volere dell'interessato, restano funzionali alla salvaguardia delle garanzie costituzionali di difesa e al principio del contraddittorio, i quali trovano il loro pieno completamento nell'audizione personale del soggetto avanti al giudice tutelare in sede di convalida.

Come sancito dalla sentenza in commento la comunicazione all'interessato del provvedimento sindacale, così come del decreto di convalida, sono condizione indefettibile per la legittimità della misura, costituendo presidio di legalità e trasparenza. Tuttavia, la peculiare condizione soggettiva della persona sottoposta a Tso pone un problema ulteriore: l'alterazione psichica, anche momentanea, può compromettere la capacità di comprendere il significato delle notifiche ricevute. Di fronte a tale difficoltà, la mera comunicazione formale, pur necessaria, rischia di assumere carattere meramente rituale, incapace di assicurare l'effettiva partecipazione dell'interessato al procedimento e, quindi, la reale tutela del suo diritto di difesa. È in questo snodo che si coglie la distinzione tra garanzia formale e sostanziale: mentre la prima si esaurisce nella notifica dell'atto, la seconda richiede che la persona sia posta in condizione di comprendere e interloquire, per quanto possibile, con l'autorità. Solo in tal modo il principio del contraddittorio e quello di effettività della difesa – sanciti dagli artt. 24 e 111 Cost. – trovano piena realizzazione.

Si può notare come la legge non prevedeva l'obbligo per il giudice di sentire in audizione l'infermo di mente, il che, unitamente al mancato obbligo di notifica a quest'ultimo del provvedimento sindacale, ne limitava in maniera palese il diritto di difesa<sup>92</sup>. Se la difesa, quale diritto inviolabile, è tale non solo in ogni stato e grado del procedimento, ma prima ancora in qualsiasi forma di giudizio<sup>93</sup>, compreso quello di volontaria giurisdizione<sup>94</sup>, ne consegue che il contraddittorio, quale concreta espressione di tale diritto, si concreta nel processo civile perlomeno attraverso la «possibilità di farsi udire dal giudice personalmente o per mezzo del difensore, prima di qualsiasi decisione (anche non definitiva) sulle istanze proposte»<sup>95</sup>.

In tale prospettiva si colloca il ruolo centrale dell'audizione dell'interessato da parte del giudice tutelare prima della convalida che è finalizzato in primo luogo a verificare in concreto la sussistenza dei presupposti sostanziali che giustificano il trattamento. La lacuna normativa emergente dalla legge n. 180/1978, stante la natura tecnica delle valutazioni sottese al trattamento coattivo in degenza ospedaliera, portava a «ridurre la funzione di convalida del giudice tutelare alla dimensio-

---

<sup>92</sup> C. CASTRONOVO, *La legge 180, la Costituzione e il dopo*, in P. Cendon (a cura di), *Un altro diritto per il malato di mente. Esperienze e soggetti della trasformazione*, cit., 203 ss.; G.L. FONTANA, *Art. 35*, in L. Bruscutta, F.D. Busnelli, A. Corasanti (a cura di), *Commento alla legge 23 dicembre 1978, n. 833*, cit., 1267; A.M. VECCHIETTI, *Salute mentale e riforma sanitaria*, cit., 117; S. ROSSI, *La salute mentale tra libertà e dignità. Un dialogo costituzionale*, cit., 320. In termini comparativi nella sentenza in commento si segnala che «l'obbligo di comunicazione e l'obbligo di audizione, infatti, sono stati ritenuti necessari anche in relazione ad altre misure amministrative restrittive della libertà personale, quali l'accompagnamento coattivo alla frontiera e il trattenimento dello straniero presso centri di permanenza per il rimpatrio, che richiedono le garanzie di cui all'art. 13 Cost.» (tra le molte, Corte cost., 4 dicembre 2023, n. 212; Corte cost., 20 dicembre 2017, n. 275).

<sup>93</sup> L.P. COMOGGIO, *Art. 24*, in G. Branca (a cura di), *Commentario della Costituzione*, cit., 1981, 55 ss.

<sup>94</sup> C. MANDRIOLI, A. CARRATA, *Corso di diritto processuale civile*, Giappichelli, Torino, 2021, 15 s.

<sup>95</sup> L.P. COMOGGIO, *Art. 24*, cit., 58.

ne puramente formale del controllo esteriore, della “conta dei documenti”; senza possibilità alcuna di verifica nel merito dei presupposti dell’urgenza terapeutica, della sua correlazione alla diagnosi prospettata, dell’impraticabilità di percorsi extraospedalieri. [Sicchè] la garanzia giurisdizionale dell’*habeas corpus* ne resta svilita, si decolora in un vuoto esercizio di burocrazia»<sup>96</sup>.

L’incontro personale consente, infatti, di superare l’eventuale barriera comunicativa derivante dalla condizione psichica, permettendo al giudice di verificare direttamente la situazione clinica e la capacità di comprensione del soggetto. L’ascolto non costituisce un mero esame meccanico ed oggettivo, volto a verificare in modo superficiale la sussistenza dei presupposti per l’applicazione della misura, ma implica piuttosto un *quid pluris*, che attiene alla dimensione relazionale e personalistica del procedimento. Ascoltare significa entrare in contatto con la persona destinataria della misura, comprenderla nella sua complessità esistenziale, non riducibile alla sola patologia. L’obiettivo dell’ascolto è pertanto quello di valutare le condizioni concrete della persona, di ricostruire le sue relazioni con l’ambiente di vita e con le persone che la circondano, così da restituire al giudice un quadro che integri la dimensione sanitaria con quella sociale ed esistenziale.

Non diversamente da quanto previsto nei procedimenti di interdizione e inabilitazione (art. 419, primo comma, c.c.) e in quello di amministrazione di sostegno (art. 407, secondo comma, c.c.), l’audizione nel caso di convalida del Tso rappresenta quindi un momento qualificato di emersione dei bisogni e delle richieste della persona fragile, permettendo al giudice di valutare non solo le condizioni cliniche ma anche l’esistenza di reti familiari e sociali di sostegno.

Nei procedimenti di convalida del Tso il giudice tutelare è chiamato a un controllo che, in linea con l’art. 13 Cost., non può ridursi a un adempimento meramente formale, ma deve dispiegarsi come valutazione effettiva della legittimità e proporzionalità della misura limitativa della libertà personale. La giurisprudenza ha, in alcuni casi, esteso il sindacato sulla motivazione dei provvedimenti, censurandone l’insufficienza quando fondati su attestazioni sanitarie generiche o meramente *per relationem*, prive di elementi concreti circa le condizioni soggettive (stato di acuzie e rifiuto di terapia) e oggettive (impraticabilità di alternative extraospedaliere) che, ai sensi dell’art. 34 l. n. 833/1978 (già art. 2 l. n. 180/1978), costituiscono presupposto indefettibile del Tso<sup>97</sup>.

Tuttavia, l’approccio giudiziale alla malattia mentale continua a rivelare fattori di fragilità strutturale. Il giudice tutelare, gravato da un elevato numero di procedimenti e vincolato a stringenti termini procedurali, è spesso in condizione di esaminare solo il singolo episodio sottoposto a convalida, senza una visione complessiva della storia clinica della persona, indispensabile per discernere la sussistenza dell’urgenza, necessità e proporzionalità della misura<sup>98</sup>.

In questo quadro, a legislazione invariata, potrebbe valorizzarsi l’art. 35, comma 2, della legge n. 833/1978, che attribuisce al giudice il potere di assumere informazioni e disporre accertamenti,

---

<sup>96</sup> E. CARBONE, *Habeas corpus e sofferenza psichica: riflessioni di un giudice tutelare*, in *Dir. fam.*, 2005, 2, 611 ss., specie 615; sul tema anche 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*, 2025, 3, 221 ss.

<sup>97</sup> Cass. civ., 14 febbraio 2001, n. 2099.

<sup>98</sup> Si assiste a una «cognizione atomistica della vicenda individuale del disagio, frantumata [...] in una sequela di particelle, l’una slegata dall’altra» (L. GRASSI, M.G. RUGGIANO, *Medici, amministratori e giudici di fronte ai trattamenti sanitari obbligatori*, in *Quest. giust.*, 1990, 423 ss.).

benché l'esperienza applicativa riveli che, nei ristretti termini delle quarantotto ore normativamente prescritte, non sia realistico disporre consulenze tecniche<sup>99</sup>. Al contempo le informazioni raccolte mediante l'audizione di familiari o indagini sommarie di polizia, seppur non irrilevanti, hanno comunque una limitata incidenza in un procedimento fondato essenzialmente su valutazioni tecnico-sanitarie.

Da ciò deriva la proposta di una più strutturale integrazione tecnico-scientifica dell'organo di convalida, in grado di leggere la specifica vicenda individuale in una prospettiva osmotica, giuridico-psichiatrica, così da garantire l'effettività del controllo richiesto<sup>100</sup>. Al contempo, a legislazione invariata, l'apertura presso il giudice tutelare di residenza di un fascicolo personale, alimentato dalle comunicazioni dei servizi ai sensi dell'art. 35, comma 3, della legge n. 833/1978, consentirebbe di raccogliere in un *continuum* l'intera storia clinica e procedimentale del soggetto, realizzando una vera e propria "anamnesi giudiziaria"<sup>101</sup>. La vocazione territoriale dell'ufficio del giudice tutelare viene certamente a favorire la collaborazione con i servizi psichiatrici e sociali locali, al fine di acquisire documentazione sanitaria e informazioni sulle condizioni di vita, elementi decisivi per orientare le scelte di garanzia.

Inoltre, l'art. 35, comma 6, della legge n. 833/1978 riconosce al giudice tutelare la possibilità di adottare provvedimenti urgenti per la conservazione e amministrazione del patrimonio dell'infermo. La giurisprudenza costituzionale, con la sentenza n. 114/2019, ha valorizzato una lettura costituzionalmente orientata di tali poteri, in chiave non solo patrimoniale ma anche personale, collocandoli nell'orizzonte degli artt. 2, 3 e 32 Cost. Ne emerge l'indicazione di un ruolo proattivo del giudice tutelare, che – ove ne ricorrano i presupposti – può attivare procedure di protezione ulteriori, dall'interlocuzione con i servizi sociali al coinvolgimento del pubblico ministero, sino all'apertura di un procedimento di amministrazione di sostegno, anche in via provvisoria ex art. 405 c.c.

Dopo la pubblicazione della sentenza in commento, le sezioni volontaria giurisdizione di numerosi tribunali hanno adottato apposite direttive<sup>102</sup> volte a dare attuazione alla pronuncia costituzionale, o meglio a dettagliarne i contorni applicativi. Si evidenziano prassi diversificate soprattutto in relazione all'audizione del paziente in sede di convalida del Tso: a fronte di sedi giudiziarie, come quella di Bologna, che dispongono *de plano* che l'audizione venga svolta in modalità telematica, tramite piattaforma *Teams*, altre, a titolo esemplificativo Nuoro, – in termini maggiormente conformi alle finalità di garanzia perseguite – hanno prescritto che l'audizione debba di

---

<sup>99</sup> Sulla valorizzazione dei poteri officiosi del giudice tutelare vedi 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*, cit., 223 ss.

<sup>100</sup> Sull'esperienza dei *Mental Health Tribunals* si veda A. MACGREGOR, M. BROWN, J. STAVERT, *Are mental health tribunals operating in accordance with international human rights standards? A systematic review of the international literature*, in *Health Soc Care Community*, 2019, 27, 494 ss.

<sup>101</sup> E. CARBONE, *Habeas corpus e sofferenza psichica: riflessioni di un giudice tutelare*, cit., 617 s.

<sup>102</sup> Tra i molti, Trib. Bologna, 31 maggio 2025; Trib. Taranto, 4 giugno 2025, prot. 2219; Trib. Bari, 5 giugno 2025, prot. 4802; Trib. Lanciano, 9 giugno 2025, prot. n. 885-U; Trib. Barcellona Pozzo di Gotto, 5 giugno 2025, prot. 1341; Trib. Nuoro, 5 giugno 2025.

norma svolgersi in presenza, presso la struttura sanitaria in cui il paziente è ricoverato e solo eccezionalmente da remoto

«esclusivamente nei casi in cui il ricovero avvenga fuori dalla circoscrizione del Tribunale e non sia ragionevolmente possibile procedere in loco entro i termini di legge, o ricorrano specifiche ragioni sanitarie debitamente attestate dalla autorità sanitaria (norme epidemiologiche, rischio sanitario etc) che non consentano contatti con personale diverso da quello ospedaliero»<sup>103</sup>.

La scelta dell'audizione da remoto presenta evidentemente profili di particolare delicatezza in una materia, ove è in gioco una restrizione della libertà personale fondata su presupposti clinici e valutazioni tecnico-giuridiche peculiari che il giudice deve vagliare, ponendosi come garante ultimo contro arbitrii e indebite compressioni dei diritti fondamentali. Sebbene – come ben sa chi frequenta le aule giudiziarie – l'esperienza emergenziale legata alla pandemia da Covid-19 abbia imposto soluzioni telematiche che sono oramai divenute prassi e quotidianità, occorre sottolineare che l'udienza di convalida del Tso, ove svolta da remoto, rischia di ridursi a un mero adempimento formale, laddove, diversamente, la presenza fisica dell'interessato costituisce presidio insostituibile di effettività della tutela. L'audizione diretta del paziente consentirebbe infatti al giudice non solo di recepire le dichiarazioni, ma anche di coglierne il tono, l'espressività, le esitazioni e il linguaggio del corpo, ovvero elementi extraverbali che, in una materia in cui il nucleo della decisione concerne la capacità di autodeterminazione della persona, assumono rilievo imprescindibile. In questa condizione l'intermediazione tecnologica, per quanto avanzata, rischia di sterilizzare tali aspetti, riducendo l'incontro a una rappresentazione solo parcellizzata della realtà. È peraltro la stessa Corte costituzionale, nella sentenza n. 342/1999, ad evidenziare che la partecipazione da remoto deve essere realizzata «con modalità tali da rendere “effettiva”, e dunque concreta e non soltanto “virtuale”, la possibilità di percepire e comunicare, così saldando intimamente fra loro le potenzialità ed i perfezionamenti sempre offerti dalla tecnica alle esigenze di un “realismo partecipativo” che non può non ritenersi, in sé, del tutto in linea con gli strumenti che l'ordinamento deve necessariamente mettere a disposizione per consentire un adeguato esercizio del diritto di difesa»<sup>104</sup>.

La delicatezza e l'importanza dell'audizione nel procedimento di convalida del Tso esigerebbero pertanto la presenza fisica del giudice, perché solo il contatto diretto consente di assumere una decisione che incide sulla dignità e sull'autodeterminazione della persona con la pienezza delle garanzie processuali previste dall'ordinamento.

In definitiva, il controllo giurisdizionale sul Tso non può arrestarsi al riscontro formale dei presupposti medico-legali, ma deve tradursi in una funzione di garanzia sostanziale sotto tutti i profili, capace di integrare valutazione clinica e considerazione della persona nella sua interezza. Solo così il giudice tutelare può adempiere alla sua funzione di custode della libertà personale,

---

<sup>103</sup> Una via di mezzo è stata scelta ancora dal Tribunale di Taranto secondo cui «L'ascolto della persona sottoposta a TSO in ambito ospedaliero sarà effettuato dal Giudice tutelare, alternativamente, in presenza o tramite collegamenti audiovisivi ex art. 127-bis c.p.c., previa identificazione del paziente da parte del personale sanitario della struttura a tanto abilitato».

<sup>104</sup> Corte cost., 28 luglio 1999, n. 342.

trasformando un adempimento burocratico in una tutela effettiva della dignità e dei diritti fondamentali.

## 6. Il parametro pretermesso

Sebbene la questione sia stata risolta facendo applicazione delle norme costituzionali, non pare inutile accennare alla rilevanza del parametro interposto costituito dagli artt. 6 e 13 Cedu, che enucleano i diritti ad un equo processo e all'effettività del ricorso in sede giurisdizionale.

Come regolarmente affermato dalla Corte, «l'essenza stessa della Convenzione è il rispetto della dignità e della libertà umana»<sup>105</sup> in particolare se riferita a persone vulnerabili come i sofferenti psichici.

In questa prospettiva l'art. 8, §. 2, della Convenzione consente restrizioni al diritto al rispetto della vita privata tra le quali si annovera l'imposizione di un trattamento sanitario. Tale trattamento deve essere considerato come un'ingerenza nell'integrità fisica o mentale di una persona alla quale è attribuito il diritto di rifiutare un trattamento medico o il «diritto di essere malato»<sup>106</sup>.

Il rispetto dell'autonomia è da tenere in considerazione anche in situazioni – come nel caso di trattamento coattivo – in cui una persona deve essere protetta da sé stessa e pertanto le autorità «devono adempiere ai propri doveri in modo compatibile con i diritti e le libertà dell'interessato e in modo tale da ridurre le possibilità di autolesionismo, senza violare l'autonomia personale»<sup>107</sup>. In ogni caso che comporti la protezione di una persona in una posizione vulnerabile occorre quindi ricercare un equilibrio «tra il rispetto della dignità e dell'autodeterminazione dell'individuo e la necessità di proteggerlo e salvaguardarne gli interessi»<sup>108</sup>. Tuttavia quando una restrizione dei diritti fondamentali si applica a un «gruppo particolarmente vulnerabile»<sup>109</sup> della società che ha subito «una notevole discriminazione» in passato, la Corte fissa per principio un livello di tutela esigente, a cui corrisponde, al fine di giustificare l'ingerenza, un «margine di apprezzamento» dello

<sup>105</sup> Corte EDU, 22 novembre 1995, *J.W. c. Regno Unito*, n. 20166/92, § 44; Corte EDU, 22 novembre 1995, *C.R. c. Regno Unito*, n. 20190/92, § 42.

<sup>106</sup> Corte EDU, 2 ottobre 2012, *Plesó c. Ungheria*, n. 41242/08, § 66.

<sup>107</sup> Corte EDU [GC], 31 gennaio 2019, *Fernandes de Oliveira c. Portogallo*, n. 78103/14, § 112. Cfr. anche, tra le altre, Corte EDU, 3 aprile 2001, *Keenan c. Regno Unito*, n. 27229/95, §. 92; Corte EDU, 7 gennaio 2003, *Younger c. Regno Unito*, n. 57420/00; Corte EDU, 5 luglio 2005, *Trubnikov c. Russia*, n. 49790/99, § 70; Corte EDU, 16 ottobre 2008, *Renolde c. Francia*, n. 5608/05, § 83; Corte EDU, 22 gennaio 2013, *Mitić c. Serbia*, n. 31963/08, § 47; Corte EDU, 2 settembre 2021, *Ražnatović c. Montenegro*, n. 14742/18, § 37.

<sup>108</sup> Corte EDU, 23 marzo 2017, *A.-M. c. Finlandia*, n. 53251/13, § 90; Corte EDU, 28 maggio 2020, *Evers c. Germania*, n. 17895/14, § 82; Corte EDU, 18 maggio 2021, *M.K. c. Lussemburgo*, n. 51746/18, § 67; Corte EDU, 6 luglio 2023, *Calvi e C.G. c. Italia*, n. 46412/21, § 104.

<sup>109</sup> Corte EDU, 24 settembre 1992, *Herczegfalvy c. Austria*, n. 10533/83, § 82; Corte EDU, 14 febbraio 2012, *D.D. c. Lituania*, n. 13469/06, § 173; Corte EDU, 10 gennaio 2013, *Claes c. Belgio*, n. 43418/09, § 101; Corte EDU, 15 settembre 2020, *Aggerholm c. Danimarca*, n. 45439/18, § 83; Corte EDU, 22 novembre 2022, *G.M. e altri c. Moldavia*, n. 44394/15, § 87; Corte EDU, 26 marzo 2024, *V.I. c. Moldavia*, n. 38963/18, § 97. Cfr. anche Corte EDU [GC], 31 gennaio 2019, *Rooman c. Belgio*, n. 18052/11, § 145; Corte EDU, 24 gennaio 2022, *Sy c. Italia*, n. 11791/20, § 79.

Stato «notevolmente più ristretto» e che necessita di «motivi molto gravi»<sup>110</sup>. La decisione statale si deve basare comunque su una valutazione individualizzata delle capacità e delle esigenze della persona interessata, evitando – come avviene nel caso dei sofferenti psichici – di far leva su stereotipi<sup>111</sup>. Così laddove la legge prevede solo l'interdizione con incapacitazione assoluta, senza lasciare al giudice competente la possibilità di adattare la misura alle esigenze e ai desideri effettivi della persona, la restrizione dei diritti di tale persona non può essere considerata proporzionata<sup>112</sup>.

È importante sottolineare che il procedimento che porta all'adozione della misura restrittiva deve essere organizzato in modo tale da garantire che la volontà e le preferenze della persona interessata siano prese in considerazione. Ciò significa che la persona deve essere coinvolta nel procedimento e poter esprimere il proprio parere in merito<sup>113</sup>.

Le lacune che connotavano la disciplina nazionale sull'applicazione del trattamento sanitario coattivo si pongono dunque in tensione non solo con i principi costituzionali di legalità e garanzia giurisdizionale nelle restrizioni della libertà personale, ma anche con i parametri convenzionali ricavabili dalla Cedu.

L'art. 6, §. 1, Cedu, che sancisce il diritto a un equo processo, garantisce non solo l'accesso a un giudice indipendente e imparziale, ma anche il rispetto del principio del contraddittorio, della parità delle armi e del diritto ad essere sentiti.

Nel caso *Golder c. Regno Unito*<sup>114</sup>, la Corte europea, interpretando tale disposizione, dichiarò che sussiste un diritto di portare qualsiasi istanza riguardante i diritti civili avanti un organo giurisdizionale, sulla base di una procedura fondamentalmente equa, comprensiva del diritto delle parti in causa di essere rappresentate e poter presentare il loro caso «in modo appropriato e soddisfacente»<sup>115</sup>. Tale diritto può essere soggetto a limitazioni che debbono essere fondate su uno scopo legittimo, essere proporzionate rispetto a quello scopo e non possono condizionare il diritto ad un processo «se danneggiano la vera essenza del diritto»<sup>116</sup>. Così, nel caso *Winterwerp*, la Corte ebbe a rammentare che «mentre [...] la malattia mentale può legittimare certe limitazioni all'esercizio del diritto a un processo, non può tuttavia giustificare la totale obliterazione di quel diritto così come rappresentato nell'art. 6, §. 1»<sup>117</sup>.

La giurisprudenza europea, con orientamento consolidato<sup>118</sup>, sostiene che, nei casi che coinvolgono persone affette da patologia mentale, le corti nazionali debbano godere di un certo margine di apprezzamento in virtù del quale esse possono, ad esempio, fruire dei necessari aggiustamenti procedurali volti ad assicurare la buona amministrazione della giustizia e la protezione della

---

<sup>110</sup> Corte EDU, 20 maggio 2010, *Alajos Kiss c. Ungheria*, n. 38832/06, § 42; Corte EDU, 31 maggio 2016, *A.N. c. Lituania*, n. 17280/08, § 125.

<sup>111</sup> Corte EDU, 25 luglio 2017, *Carvalho Pinto de Sousa Morais c. Portogallo*, n. 17484/15, §§ 46 e 54.

<sup>112</sup> Corte EDU, 27 marzo 2008, *Shtukaturov c. Russia*, n. 44009/05, § 95; Corte EDU, 3 ottobre 2019, *Nikoljan c. Armenia*, n. 74438/14, §§ 123 e 125.

<sup>113</sup> Corte EDU, 6 luglio 2023, *Calvi e C.G. c. Italia*, n. 46412/21, §. 88.

<sup>114</sup> Corte EDU, 21 febbraio 1975, *Golder c. Regno Unito*, ric. n. 4155/70.

<sup>115</sup> Anche in Corte EDU, 9 ottobre 1979, *Airey c. Irlanda*, ric. n. 6289/73, §. 44.

<sup>116</sup> Corte EDU, 28 ottobre 1998, *Osman c. Regno Unito*, ric. n. 87/1997/871/1083, §. 147

<sup>117</sup> Corte EDU, 24 ottobre 1979, *Winterwerp c. Paesi Bassi*, ric. n. 6301/73, §. 75

<sup>118</sup> Corte EDU, 23 marzo 2008, *Shtukaturov c. Russia*, ric. n. 44009/05.

salute della persona interessata. Tali misure, tuttavia, non devono inficiare la vera essenza del diritto del ricorrente ad un equo processo, come garantito dall'art. 6 della Convenzione. Nel decidere se una particolare misura – quale, ad esempio, la mancata convocazione del ricorrente all'udienza – fosse o meno necessaria, devono essere considerati tutti i fattori rilevanti: la natura e la complessità della questione dinanzi alle corti interne, i beni della vita messi in gioco dal ricorrente, se la sua presenza fisica rappresentasse una minaccia per altri o per sé stesso. La Corte, nel caso specifico<sup>119</sup>, avendo rilevato che il ricorrente era, al contempo, parte interessata e oggetto principale dell'esame del giudice, ha valutato che la sua partecipazione sarebbe stata dunque necessaria non solo ai fini dell'integrità del contraddittorio, ma anche per permettere al giudice di farsi una propria autonoma opinione sulla sua capacità mentale. Dalla documentazione del caso, inoltre, emergeva che il ricorrente, nonostante soffrisse di problemi psichiatrici, era comunque una persona relativamente autonoma, sicché, date le circostanze descritte, il giudice avrebbe dovuto avere almeno un breve colloquio con il paziente, preferibilmente interrogandolo. La Corte è quindi giunta alla conclusione che la decisione del giudice di statuire sul caso sulla base delle sole prove documentali, senza vedere o sentire il ricorrente, fosse stata irragionevole e irrispettosa del principio del contraddittorio previsto dall'art. 6, §.1, giacché non motivata né da un'impossibilità oggettiva né da serie ragioni di opportunità.

In sintesi, nei casi in cui il provvedimento incida in maniera decisiva sulla libertà personale, la Corte di Strasburgo ha ritenuto indispensabile il rispetto delle garanzie dell'art. 6 Cedu, in particolare del diritto dell'interessato ad essere ascoltato<sup>120</sup>. In particolare in materia di internamenti coatti, la giurisprudenza ha ritenuto che la mancata audizione del soggetto rappresentasse una violazione del principio del contraddittorio e del diritto a un equo processo, poiché impedisce al giudice di valutare direttamente la condizione psichica della persona e priva quest'ultima della possibilità di esprimere la propria posizione<sup>121</sup>.

Accanto alle garanzie del giusto processo, rileva altresì l'art. 13 Cedu, che consacra il diritto a un ricorso effettivo. Secondo la Corte europea, un rimedio può dirsi effettivo se è accessibile, tempestivo e idoneo a porre fine alla violazione lamentata o a prevenirne la protrazione<sup>122</sup>.

In particolare la Corte europea ha più volte sottolineato come l'art. 13 garantisca a ogni individuo il diritto a un ricorso effettivo dinanzi a un'autorità nazionale in grado di esaminare nel merito una denuncia che presenti un minimo di fondatezza<sup>123</sup>. La giurisprudenza della Corte di Strasburgo ha chiarito che queste garanzie trovano applicazione in ogni procedimento che abbia ad oggetto diritti civili o che comporti una limitazione significativa della libertà personale, come appunto i casi di internamento psichiatrico coatto. Nella specie, l'assenza di una notifica tempestiva

---

<sup>119</sup> Corte EDU, 23 marzo 2008, *Shtukaturov c. Russia*, cit., §. 45.

<sup>120</sup> Corte EDU, 23 febbraio 1994, *Fredin (n.1) c. Svezia*, n. 12033/86, §. 22; Corte EDU [GC], 11 luglio 2022, *Gök c. Turchia*, n. 36590/97, §. 47.

<sup>121</sup> Corte EDU, 27 marzo 2008, *Shtukaturov c. Russia*, cit., §. 88.

<sup>122</sup> Corte EDU, 27 marzo 2003, *Paulino Tomás c. Portogallo*, n. 58698/00, §. 45; Corte EDU, 26 ottobre 2004, *Çelik e İmret c. Turchia*, n. 44093/98, §. 55.

<sup>123</sup> Corte EDU, 27 marzo 1988, *Boyle and Rice c. Regno Unito*, n. 9659/82, §. 52; Corte EDU [GC], 22 gennaio 2011, *M.S.S. c. Belgio e Grecia*, n. 30696/09, § 299

impedisce all'interessato di avere conoscenza della misura, di comprendere le ragioni della decisione e di predisporre un'adeguata difesa, vanificando così la possibilità di esercitare in concreto i diritti riconosciuti dalla legge.

Nel contesto del Tso ciò implica che l'interessato debba disporre di un mezzo rapido per contestare la legittimità del ricovero, con la possibilità di ottenerne la revoca o la modifica. Se, tuttavia, il provvedimento non viene notificato, l'interessato non ha neppure la possibilità di attivare il rimedio previsto dall'art. 35 della legge 833/1978; e se non viene ascoltato dal Giudice tutelare, il controllo giurisdizionale si riduce a un mero riscontro formale degli atti medici, privo della necessaria effettività. Ne consegue che il rimedio, pur previsto dall'ordinamento, si trasforma in uno strumento solo teorico, incapace di assicurare la protezione sostanziale dei diritti convenzionali.

Pertanto, la disciplina italiana del Tso, nella misura in cui non garantiva espressamente la notifica tempestiva dei provvedimenti e la partecipazione effettiva dell'interessato al procedimento di convalida, si esponeva a dubbi di compatibilità con i principi sanciti dagli artt. 6 e 13 Cedu.

La stessa Corte europea, nel caso *Azenabor c. Italia*<sup>124</sup>, aveva infatti osservato che la normativa nazionale non vietava al giudice tutelare di vedere o ascoltare il paziente prima della convalida del Tso, potendo anche avvalersi di poteri di indagine e di consulenze specialistiche. Tuttavia, la mancanza di un obbligo esplicito in tal senso si prestava ad applicazioni non uniformi, con conseguente monito alle giurisdizioni interne, in particolare alla Corte di cassazione, a rafforzare la tutela delle persone sottoposte a degenza involontaria.

## 7. Conclusioni.

La sentenza n. 76/2025 della Corte costituzionale ridisegna la mappa dei confini mobili tra libertà personale sancita dall'art. 13 Cost. e il diritto alla salute di cui all'art. 32 Cost., ridefinendo il fondamento stesso del trattamento sanitario obbligatorio in ambito psichiatrico. La Corte ha infatti sottolineato che la misura coattiva non può trovare ragione unicamente nella tutela del sofferente psichico, persona tributaria di diritti inviolabili e di una dignità non sacrificabile. Tale impostazione, se da un lato restituisce centralità all'individuo, dall'altro rischia di alimentare derive paternalistiche, trasformando il principio di beneficiarietà in uno strumento in grado di surrogare alla volontà del paziente quella dell'autorità.

In questa prospettiva, il giudice costituzionale non si è limitato a rafforzare le garanzie procedurali – assicurando l'effettività della tutela giudiziale – ma è intervenuto per ridefinire il paradigma del bilanciamento tra autonomia e cura. La decisione in commento ha illuminato alcune delle zone d'ombra di una disciplina che spesso ha sacrificato alcune garanzie sull'altare dell'urgenza terapeutica, trasformandole in meri adempimenti formali. Tuttavia, l'apparente apertura ad una logica beneficiarista del diritto alla salute dovrebbe essere considerata con la massima cautela: il rischio è che, sotto l'egida della cura, si legittimi un dovere generalizzato di farsi curare, in contra-

---

<sup>124</sup> Corte EDU, 8 ottobre 2013, *Azenabor c. Italia*, n. 25367/11, §. 21.

sto con il principio personalistico e con la libertà di autodeterminazione che la Costituzione pre-sidia anche nei momenti delle scelte estreme. La Corte ha tracciato un percorso che andrà pertanto affrontato evitando che la retorica della protezione si traduca in disciplinamento autoritativo e, diversamente, valorizzando la cura come strumento di restituzione di capacità, di inclusione e di dignità.

**Abstract [It]:** Il saggio commenta la sentenza n. 76/2025 della Corte costituzionale sul trattamento sanitario obbligatorio psichiatrico, che ne ha messo in luce le criticità delle garanzie procedurali e processuali. La Corte ha affermato la necessità di assicurare un ricorso effettivo e l'audizione personale dell'interessato, riconducendo il Trattamento sanitario obbligatorio (Tso) entro i confini degli artt. 13 e 32 Cost. La decisione segna un passaggio innovativo: il fondamento della misura non è l'interesse collettivo, ma la tutela della salute individuale, con l'apparente rischio di derive paternalistiche. Il saggio propone una lettura critica di tale impostazione, evidenziando la centralità della dignità e dell'autodeterminazione anche nel contesto della malattia mentale.

**Titolo:** *The treatment process: the Constitutional Court and compulsory psychiatric treatment.*

**Abstract [En]:** The essay comments on Constitutional Court ruling no. 76/2025 on compulsory psychiatric treatment, highlighting the critical issues of current procedural and process guarantees. The Court affirmed the need to ensure effective recourse and a personal hearing for the person concerned, bringing compulsory health treatment (Tso) back within the limits of Articles 13 and 32 of the Constitution. The decision marks an innovative step: the basis for the measure is not the collective interest, but the protection of individual health, with the apparenacy risk of paternalistic tendencies. The essay offers a critical reading of this approach, highlighting the centrality of dignity and self-determination even in the context of mental illness.

**Parole chiave:** Costituzione; trattamento sanitario obbligatorio; salute individuale; giurisprudenza costituzionale; tutela dei diritti.

**Parole chiave:** Constitution; compulsory medical treatment; individual health; constitutional case law; protection of constitutional rights.