

## **ORIGINI STORICHE DEL TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO IN ITALIA**

**Relazione dell'Avv. Enrico Del Core, dottore di ricerca in Diritto privato e garanzie costituzionali, presidente del CCDU, in occasione del Convegno "Il TSO in psichiatria, un problema di diritto e discriminazione", tenuto a Torino il 13 marzo 2026**

### **1.1. Le prime forme di internamento manicomiale nell'Italia preunitaria. La concezione della malattia mentale tra diritto e medicina e i primi istituti di ricovero.**

L'analisi delle origini del trattamento sanitario obbligatorio in Italia impone di collocare l'attenzione, in via preliminare, sulle forme di internamento manicomiale sviluppatesi nel periodo preunitario. In tale contesto storico, la malattia mentale non era considerata primariamente come una condizione sanitaria da curare, bensì come una devianza da contenere. Il paradigma dominante era quello custodialistico, in cui l'intervento pubblico si giustificava soprattutto in funzione di tutela dell'ordine sociale.

La costruzione giuridica della "follia" si intrecciava strettamente con categorie penalistiche e di pubblica sicurezza: il soggetto affetto da disturbi psichici era percepito come potenzialmente pericoloso, incapace di autodeterminazione e, pertanto, meritevole di segregazione. Come evidenziato da Michel Foucault nella sua celebre ricostruzione genealogica, l'internamento moderno nasce più come dispositivo di controllo sociale che come strumento terapeutico<sup>1</sup>.

Anche nel contesto italiano preunitario, le prassi di confinamento dei "furiosi" o "alienati" si collocavano in un'area grigia tra assistenza caritatevole, repressione penale e misure di polizia. L'autorità pubblica interveniva prevalentemente sulla base di esigenze di sicurezza, senza una disciplina normativa organica e senza garanzie procedurali in senso moderno.

La dimensione medico-scientifica iniziò ad assumere maggiore rilievo soltanto nel corso dell'Ottocento, quando la psichiatria si affermò come disciplina autonoma. Tuttavia, come sottolineato da Paolo Grossi, la cultura giuridica dell'epoca era ancora fortemente

---

<sup>1</sup> M. Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, Paris, 1972.

improntata a una concezione autoritativa del potere pubblico, nella quale la tutela dell'ordine prevaleva sulla protezione dei diritti individuali<sup>2</sup>. In assenza di una cornice costituzionale garantista, l'internamento costituiva dunque uno strumento amministrativo di contenimento, più che un trattamento sanitario in senso proprio.

I primi istituti destinati all'accoglienza degli alienati sorsero prevalentemente su iniziativa caritatevole o religiosa. Gli ospedali generali e gli ospizi ospitavano indistintamente poveri, malati cronici e soggetti ritenuti "insani", senza una netta distinzione tra assistenza sociale e custodia.

Nel corso del XIX secolo si assistette alla progressiva specializzazione delle strutture manicomiali. Le legislazioni dei vari Stati preunitari (Regno di Sardegna, Granducato di Toscana, Stato Pontificio, Regno delle Due Sicilie) prevedevano forme di internamento fondate su provvedimenti amministrativi, spesso adottati da autorità locali o di polizia, con limitato intervento dell'autorità giudiziaria.

La nascita del manicomio moderno rispondeva a una duplice logica: da un lato, la pretesa terapeutica, fondata sulla convinzione che l'isolamento potesse favorire la guarigione; dall'altro, la necessità di neutralizzare soggetti ritenuti socialmente pericolosi. Come evidenziato dalla storiografia giuridica e psichiatrica, il manicomio ottocentesco si configurava quale istituzione totale, caratterizzata da una forte compressione della libertà personale<sup>3</sup>.

In tale fase storica, l'assenza di un sistema di garanzie procedurali rendeva l'internamento uno strumento sostanzialmente discrezionale. Questa impostazione custodialistica avrebbe trovato una formalizzazione normativa con l'adozione della legge manicomiale del 1904, che rappresenta il primo intervento legislativo unitario in materia.

## **1.2. La "legge manicomiale" del 1904**

Con l'entrata in vigore della *Legge 14 febbraio 1904, n. 36*, recante "Disposizioni sui manicomi e sugli alienati", lo Stato italiano introdusse per la prima volta una disciplina

---

<sup>2</sup> P. Grossi, *L'ordine giuridico medievale*, Laterza, Roma-Bari, 1995, pp. 23 e ss.

<sup>3</sup> Per un'analisi storico-istituzionale del manicomio ottocentesco, v. A. De Bernardi, *La psichiatria italiana nell'Ottocento*, FrancoAngeli, Milano, 2002, pp. 87 e ss.

organica dell'internamento psichiatrico. La legge si collocava in continuità con la tradizione custodialistica ottocentesca, pur sistematizzandola in una cornice normativa unitaria.

La *ratio* dell'intervento legislativo emerge chiaramente dalla struttura del testo: l'attenzione è rivolta prevalentemente alla regolamentazione dei manicomi e alla definizione delle condizioni per il ricovero degli "alienati", piuttosto che alla tutela dei diritti del soggetto internato. Come osservato da Sabino Cassese, l'amministrazione italiana del primo Novecento era ancora fortemente caratterizzata da un modello autoritativo e centralistico, nel quale il controllo sociale costituiva una funzione primaria dello Stato<sup>4</sup>.

La legge del 1904 disciplinava il ricovero coatto quale misura amministrativa adottata a tutela dell'ordine pubblico, attribuendo un ruolo centrale alle autorità prefettizie e comunali. L'intervento dell'autorità giudiziaria era previsto, ma con funzioni limitate e prive delle garanzie oggi riconosciute in materia di libertà personale.

L'art. 1 della legge stabiliva che dovessero essere ricoverate nei manicomi le persone "affette per qualunque causa da alienazione mentale" quando fossero "pericolose a sé o agli altri" oppure "di pubblico scandalo". Tali formule, volutamente ampie, conferivano all'autorità amministrativa un significativo margine di discrezionalità.

Il presupposto della pericolosità rappresentava il fulcro dell'intervento, evidenziando come il ricovero fosse giustificato più dalla prevenzione del rischio sociale che da finalità terapeutiche. La valutazione medica costituiva certamente un elemento rilevante, ma non esclusivo: la dimensione di ordine pubblico rimaneva determinante.

La dottrina ha sottolineato come la legge del 1904 non configurasse un vero e proprio diritto alla cura, bensì un potere-dovere dell'amministrazione di neutralizzare situazioni ritenute potenzialmente destabilizzanti<sup>5</sup>. L'internamento assumeva così i tratti di una misura di polizia sanitaria.

---

<sup>4</sup> S. Cassese, *Le basi del diritto amministrativo*, Garzanti, Milano, 2000, pp. 45 e ss.

<sup>5</sup> F. Giunta, Trattamenti sanitari obbligatori e libertà personale, in "Rivista italiana di diritto e procedura penale", vol. 32 (1989), pp. 1123 – 1145.

Il riferimento al “pubblico scandalo” evidenzia con particolare chiarezza la matrice sociale e repressiva della disciplina. L’obiettivo non era soltanto prevenire atti pericolosi, ma anche evitare comportamenti ritenuti incompatibili con il decoro e la moralità pubblica.

Come messo in luce dalla storiografia sulla riforma psichiatrica, il manicomio del primo Novecento operava quale strumento di esclusione sociale, funzionale alla costruzione di un ordine pubblico conforme ai valori dominanti<sup>6</sup>.

L’assenza di un fondamento costituzionale della libertà personale — che verrà sancito solo con l’entrata in vigore della Costituzione del 1948 — impediva una reale problematizzazione del bilanciamento tra potere pubblico e diritti individuali.

La legge del 1904 rimarrà in vigore per oltre settant’anni, fino alla riforma introdotta nel 1978, rappresentando il paradigma normativo di un modello incentrato sulla custodia più che sulla cura.

### **1.3. Il periodo fascista e il rafforzamento del controllo sociale: la funzione custodialistica del manicomio**

Nel periodo fascista il sistema manicomiale italiano non subì una riforma strutturale della disciplina introdotta con la legge del 1904, ma ne vide piuttosto un rafforzamento in chiave autoritaria. L’impianto normativo rimase formalmente invariato, ma la sua applicazione si inserì in un contesto politico-istituzionale profondamente mutato, nel quale la centralità dello Stato e la subordinazione dell’individuo all’interesse collettivo costituivano principi fondamentali.

Il manicomio si configurò sempre più come uno strumento di controllo sociale, funzionale non soltanto alla gestione della malattia mentale, ma anche alla neutralizzazione di comportamenti considerati devianti rispetto all’ordine politico e morale imposto dal regime. Come evidenziato dalla storiografia giuridica, il diritto amministrativo fascista accentuò la dimensione autoritativa del potere pubblico, riducendo gli spazi di garanzia per il singolo<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> F. Basaglia, *L’istituzione negata*, Einaudi, Torino, 1968.

<sup>7</sup> G. Melis, *Storia dell’amministrazione italiana*, Il Mulino, Bologna, 1996, pp. 213 e ss.

In tale contesto, la nozione di “pericolosità” assunse un significato ancora più ampio e indeterminato. La valutazione della condizione psichica del soggetto si intrecciava con giudizi di conformità sociale e politica, contribuendo a rafforzare la funzione custodialistica dell’istituzione manicomiale. Il ricovero non si limitava alla cura, ma perseguiva finalità di disciplina e normalizzazione.

La dottrina ha sottolineato come il manicomio del periodo fascista si inserisse in un sistema più ampio di misure volte al controllo delle marginalità, in continuità con altri strumenti di repressione amministrativa<sup>8</sup>. La segregazione psichiatrica diveniva così parte di una strategia complessiva di gestione autoritaria del corpo sociale.

L’ideologia fascista, fondata sull’esaltazione dell’unità organica dello Stato e sulla subordinazione dell’individuo alla collettività, influenzò profondamente la concezione del trattamento sanitario. La salute veniva interpretata come valore funzionale alla forza della nazione, e non come diritto fondamentale della persona.

In questo quadro, il trattamento sanitario obbligatorio trovava una giustificazione ulteriore nella necessità di preservare l’integrità del corpo sociale. L’interesse pubblico prevaleva sistematicamente sull’autodeterminazione individuale, in assenza di un sistema costituzionale di garanzie effettive. La mancanza di una riserva di giurisdizione pienamente operativa in materia di libertà personale accentuava il carattere amministrativo e discrezionale del ricovero.

Come osservato da Paolo Grossi, il diritto del periodo fascista si caratterizzava per una “concezione pubblicistica integrale”, nella quale l’autorità statale si poneva quale centro esclusivo di imputazione del potere normativo e amministrativo<sup>9</sup>. In tale assetto, il soggetto internato non era titolare di diritti soggettivi pienamente tutelabili, ma oggetto di una misura giustificata da esigenze superiori di ordine e sicurezza.

---

<sup>8</sup> M. Fioravanti, *Costituzione e Stato di diritto*, Il Mulino, Bologna, 2004, pp. 89 e ss.

<sup>9</sup> P. Grossi, *L’Europa del diritto*, Laterza, Roma-Bari, 2007, p. 156.

Il modello custodialistico risultava dunque pienamente coerente con l'impostazione ideologica del regime e avrebbe continuato a operare, senza significative modifiche normative, fino alla crisi del sistema nel secondo dopoguerra.

#### **1.4. Il dibattito culturale e scientifico del secondo dopoguerra e la crisi del modello manicomiale**

La caduta del regime fascista e l'entrata in vigore della Costituzione repubblicana nel 1948 determinarono un mutamento radicale del quadro di riferimento giuridico. L'art. 13 della Costituzione sancì l'inviolabilità della libertà personale, mentre l'art. 32 riconobbe la salute quale diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività. Tuttavia, la legge manicomiale del 1904 rimase formalmente in vigore, generando una crescente tensione tra assetto costituzionale e disciplina ordinaria.

Nel corso degli anni Cinquanta e Sessanta emerse un intenso dibattito culturale e scientifico volto a mettere in discussione il paradigma custodialistico. La critica si sviluppò su più piani: medico, sociologico, filosofico e giuridico. Si iniziò a denunciare l'inadeguatezza terapeutica del manicomio e la sua natura di istituzione totale, caratterizzata da isolamento, spersonalizzazione e annullamento dell'identità individuale<sup>10</sup>.

La crescente attenzione ai diritti fondamentali, anche alla luce delle esperienze internazionali, contribuì a delegittimare il sistema fondato sull'internamento prolungato. La distanza tra i principi costituzionali e la prassi manicomiale divenne sempre più evidente, ponendo le basi per una riforma radicale.

Un ruolo decisivo nel processo di trasformazione fu svolto da Franco Basaglia, il quale, a partire dagli anni Sessanta, promosse un radicale ripensamento dell'istituzione manicomiale. Attraverso l'esperienza maturata negli ospedali psichiatrici di Gorizia e Trieste, Basaglia denunciò le condizioni di vita all'interno dei manicomi e la funzione repressiva che essi esercitavano.

Nel volume *L'istituzione negata*, egli descrisse il manicomio come luogo di esclusione e di negazione della soggettività, sostenendo la necessità di superare l'istituzione totale in

---

<sup>10</sup> E. Goffman, *Asylums. Le istituzioni totali*, Einaudi, Torino, 1968.

favore di un modello territoriale e comunitario<sup>11</sup>. La sua riflessione, pur muovendo da premesse psichiatriche e sociologiche, ebbe profonde ricadute giuridiche, in quanto mise in discussione la legittimità stessa dell'internamento come strumento ordinario di gestione della malattia mentale.

Il pensiero basagliano contribuì a ridefinire il rapporto tra cura e libertà, ponendo al centro la dignità della persona e l'esigenza di limitare al massimo la coercizione.

Le istanze promosse da Basaglia si inserirono in un più ampio movimento di riforma che coinvolse operatori sanitari, giuristi e forze politiche. La critica al manicomio divenne progressivamente una critica al modello normativo del 1904, ritenuto incompatibile con i principi costituzionali.

Il dibattito si concentrò sulla necessità di subordinare ogni forma di trattamento obbligatorio a rigorose garanzie procedurali e a un controllo giurisdizionale effettivo. La salute mentale veniva reinterpretata come diritto della persona, e non più come mera questione di ordine pubblico.

Come osservato da Stefano Rodotà, la progressiva affermazione della centralità dei diritti fondamentali nella seconda metà del Novecento trasformò profondamente il rapporto tra individuo e potere pubblico, imponendo una rilettura delle discipline limitative della libertà personale<sup>12</sup>. In questo clima culturale maturò il percorso che avrebbe condotto alla riforma del 1978 e al definitivo superamento, almeno in linea teorica, del modello manicomiale.

### **1.5. La riforma del 1978 e il superamento del concetto di “manicomio”.**

La svolta decisiva nel sistema italiano di gestione della salute mentale si realizzò con l'approvazione della Legge 13 maggio 1978 n. 180, che segnò il definitivo superamento del paradigma manicomiale delineato dalla legge del 1904. La riforma si colloca in un contesto storico caratterizzato da una forte sensibilità per i diritti civili e da un intenso dibattito politico e culturale, culminato nell'approvazione, nello stesso anno, della legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (Legge n. 833 del 1978).

---

<sup>11</sup> F. Basaglia, *L'istituzione negata*, Einaudi, Torino, 1968, pp. 15 e ss.

<sup>12</sup> S. Rodotà, *Il diritto di avere diritti*, Laterza, Roma-Bari, 2012, pp. 47 e ss.

La Legge n. 180 del 1978 non si limitò a modificare la disciplina del ricovero psichiatrico, ma operò una trasformazione strutturale del sistema, ponendo fine all'istituzione manicomiale quale luogo di segregazione permanente. Essa introdusse un modello fondato sull'assistenza territoriale e sull'integrazione della salute mentale nel più ampio sistema sanitario pubblico.

Dal punto di vista normativo, la riforma intervenne sui presupposti e sulle modalità del trattamento sanitario obbligatorio, ridefinendone la natura e circoscrivendone l'ambito applicativo. Come evidenziato dalla dottrina, la Legge 180 rappresenta uno dei primi esempi di legislazione italiana esplicitamente orientata ai principi costituzionali in materia di libertà personale e diritto alla salute<sup>13</sup>.

Il superamento del manicomio costituisce l'elemento simbolicamente e giuridicamente più rilevante della riforma. La legge vietò la costruzione di nuovi ospedali psichiatrici e dispose la progressiva chiusura di quelli esistenti, sostituendoli con servizi di salute mentale operanti a livello territoriale.

Tale scelta rifletteva l'idea, maturata nel dibattito scientifico precedente, che l'istituzione totale fosse incompatibile con la tutela della dignità della persona. La segregazione a tempo indeterminato veniva sostituita da interventi limitati nel tempo e finalizzati alla cura, da svolgersi, ove possibile, in strutture aperte o in regime ambulatoriale.

Come osservato da Stefano Rodotà, la riforma del 1978 rappresentò un momento emblematico del passaggio da una concezione autoritaria del potere pubblico a una concezione personalista, coerente con l'impianto della Costituzione repubblicana<sup>14</sup>. Il malato psichico non era più oggetto di custodia, ma soggetto titolare di diritti, la cui libertà poteva essere compressa soltanto nei limiti strettamente necessari alla tutela della salute.

La Legge n. 180 del 1978 operò un profondo ripensamento del trattamento sanitario obbligatorio, collocandolo all'interno del quadro costituzionale delineato dagli artt. 13 e 32 della Costituzione. Il trattamento obbligatorio venne configurato come misura

---

<sup>13</sup> A. Pace, Libertà personale e trattamenti sanitari obbligatori, in "Giurisprudenza costituzionale", vol. 23 (1978), pp. 1453 - 1472.

<sup>14</sup> S. Rodotà, *Il diritto di avere diritti*, Laterza, Roma-Bari, 2012, pp. 52 e ss.

eccezionale, subordinata alla sussistenza di rigorosi presupposti: alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, rifiuto delle cure e impossibilità di adottare misure extraospedaliere.

Elemento centrale della riforma fu l'introduzione di un procedimento articolato, caratterizzato dalla proposta medica motivata, dalla convalida e dall'intervento del sindaco quale autorità sanitaria, nonché dal controllo del giudice tutelare entro termini ristretti. In tal modo, la compressione della libertà personale veniva sottoposta, in teoria, a un sistema di garanzie volto ad assicurare la conformità ai principi costituzionali.

La dottrina amministrativistica ha sottolineato come la riforma abbia trasformato il trattamento sanitario obbligatorio da misura prevalentemente di ordine pubblico a istituto sanitario con finalità terapeutica, fondato su un delicato bilanciamento tra autodeterminazione individuale e interesse collettivo alla salute<sup>15</sup>. Tale bilanciamento costituisce ancora oggi il nodo centrale della disciplina e rappresenta il terreno sul quale si sviluppano le più recenti evoluzioni giurisprudenziali, che verranno trattate in altre relazioni del presente convegno.

La Legge del 1978, pur innovativa, come ben sappiamo non eliminò le tensioni tra potere pubblico e diritti fondamentali (come numerosi tristi casi purtroppo testimoniano) visto che il dibattito sulla necessità di un più forte ed effettivo diritto di difesa è ancora aperto (si vedano i più recenti sviluppi giurisprudenziali, e in particolare la pronuncia della Corte Costituzionale del 2025 in materia di illegittimità costituzionale di alcune norme della legge). Essa pose tuttavia le basi per un sistema nel quale la limitazione della libertà personale deve essere giustificata da esigenze sanitarie effettive e sottoposta a controllo giurisdizionale, inaugurando una stagione di progressiva costituzionalizzazione della materia, che ancora è in atto.

Prato, 10 marzo 2026

Avv. Enrico Del Core



---

<sup>15</sup> S. Cassese, *Le basi del diritto amministrativo*, Garzanti, Milano, 2000, pp. 67 e ss.