

Emilio Santoro

*Trattamento sanitario obbligatorio (TSO) e Trattamento sanitario coattivo (TSC): il TSC è compatibile con la convenzione delle Nazioni unite sui diritti delle persone con disabilità?*

La legge n. 833 del 1978 ha disciplinato, agli artt. 33-35, il trattamento sanitario obbligatorio (TSO) psichiatrico in degenza ospedaliera. La discussione di questo istituto muove da un dato di fondo, ormai fermo nella giurisprudenza costituzionale: gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono di regola volontari, mentre il trattamento obbligatorio costituisce un'eccezione, ammissibile solo entro limiti rigorosi e nel rispetto della dignità della persona. Il TSO è configurato come uno strumento eccezionale, da utilizzarsi solo quando non vi siano alternative praticabili. L'art. 34 della legge n. 833/1978, in effetti, consente il TSO in condizioni di degenza ospedaliera solo quando ricorrano congiuntamente tre presupposti: alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, rifiuto del trattamento e impossibilità di adottare tempestive misure sanitarie extraospedaliere.

A partire da queste previsioni la giurisprudenza costituzionale ha distinto il trattamento sanitario "obbligatorio" da quello "coattivo". La Corte ha chiarito che i "trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale" configurano dei trattamenti sanitari non soltanto *obbligatori* ai sensi dell'art. 32 Cost., ma *coattivi* in quanto i destinatari possono esservi assoggettati contro la propria volontà e anche mediante forza fisica. Sancendo che di conseguenza questi tipi di TSO, che in effetti dovrebbero essere denominati TSC (*Trattamenti sanitari coattivi*) devono essere condotti non solo nel rispetto delle garanzie poste a tutela della salute ma, incidendo sulla libertà personale, anche di quelle poste dall'art. 13 Cost a tutela della libertà personale.

Già con la sentenza n. 74 del 1968, pronunciata sulla disciplina del ricovero manicomiale, la Corte costituzionale affermò che il ricovero coattivo costituisce una misura restrittiva della libertà personale e, proprio per questo, dichiarò costituzionalmente illegittima la normativa allora vigente nella parte in cui non assicurava all'infermo adeguate garanzie di contraddittorio, di difesa e di tempestivo controllo da parte dell'autorità giudiziaria.

A questa decisione sono succedute tre sentenze in cui la Corte ha definito i confini (posti dall'art. 32 Cost.) entro cui si deve articolare il trattamento sanitario *obbligatorio*. Nella sentenza 307/1990, sulla vaccinazione obbligatoria, la Corte ha chiarito che il trattamento sanitario imposto dalla legge per essere compatibile con l'art. 32 Cost. deve essere deciso alla luce di un bilanciamento tra salute individuale e salute collettiva, aggiungendo che, se dal trattamento deriva un danno, l'ordinamento deve prevedere un equo indennizzo. Successivamente, con la sentenza 132/1992 sulla vaccinazione obbligatoria del minore contro la volontà dei genitori, la Corte ha distinto tra trattamento imposto al minore nell'ambito dei poteri di protezione del giudice minorile e la vera e propria coercizione rilevante ex art. 13 Cost., ribadendo che l'interesse del minore alla salute può giustificare interventi sostitutivi rispetto alla volontà dei genitori ma chiarendo, al contempo, che non ogni obbligatorietà sanitaria coincide con un trattamento coattivo in senso stretto. Con la terza sentenza, la 258/1994, la Corte ha ribadito che la compatibilità dei TSO con l'art. 32 Cost. da un lato, richiede un corretto bilanciamento fra salute collettiva e salute individuale, dall'altro impone, data la riserva di legge, che ogni trattamento obbligatorio sia sufficientemente determinato dalla legge nei suoi aspetti essenziali: cautele sanitarie, accertamenti preventivi e modalità tecniche essenziali devono essere disegnate dal legislatore e non lasciati alla libera configurazione di atti normativi di livello inferiore.

Queste decisioni rafforzano il quadro normativo e chiariscono il significato che gli deve essere attribuito: il TSO è un istituto configurato come un'eccezione, da utilizzare come *extrema ratio*, secondo il criterio del minor sacrificio necessario, e sempre nel rispetto del principio di proporzionalità tra compressione della libertà personale, finalità terapeutica perseguita e dignità del paziente.

La Corte è tornata sui confini tra TSO (Trattamento sanitario obbligatorio) e TSC (Trattamento sanitario coattivo) esaminando i provvedimenti adottati per impedire la diffusione della pandemia del COVID. Nella sentenza 127/2022 ha escluso che le disposizioni sulla quarantena dovessero attenersi all'art. 13 Cost perché le misure erano sì obbligatorie, ma non

accompagnate da coercizione fisica. Il soggetto poteva anche violarle, assumendosene le conseguenze penali: si trattava, dunque, di limitazione della libertà di circolazione e non di restrizione della libertà personale.

Poco prima la Corte era tornata sui principi affermati con la Sentenza del 1968 chiarendo la differenza tra Trattamento sanitario obbligatorio e quello coattivo, previsto solo per la malattia mentale. Nella sentenza 22/2022 sul trattamento sanitario da effettuarsi nelle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) la Corte formula un principio generale molto forte: quando il trattamento sanitario assume carattere coattivo e incide sulla libertà personale, devono operare congiuntamente le garanzie degli artt. 13 e 32 Cost. La sentenza chiarisce che le garanzie dell'art. 13, scattano "in ogni caso di coercizione che abbia ad oggetto il corpo della persona" e che, in questi casi, la legge deve prevedere anche i "modi", oltre che i presupposti, del trattamento sanitario coercitivo. La Corte sottolinea che ogni misura privativa della libertà con finalità terapeutiche deve attenersi al criterio dell'*extrema ratio* e del minor sacrificio necessario. Con la Sentenza 76/2025 questi principi vengono esplicitamente estesi al TSO psichiatrico in degenza ospedaliera, quindi TSC (trattamento sanitario coattivo): la Corte, riferendosi alle disposizioni degli artt. 33, 34 e 35 l. 833/1978, ricorda che il trattamento coattivo in degenza è ammesso solo se ricorrono (insieme) tre presupposti sostanziali: alterazioni psichiche che richiedono urgenti interventi terapeutici, rifiuto delle cure e impossibilità di adottare tempestive misure extraospedaliere. Sottolinea, inoltre, che il trattamento deve restare una *extrema ratio*, perché gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono di norma volontari. A conferma della prioritaria esigenza di garanzia della libertà individuale la sentenza dichiara l'illegittimità costituzionale dell'art. 35, in forza degli artt. 13, 24, 32 e 111 Cost, nella parte in cui non prevedeva: 1) la comunicazione del provvedimento del sindaco alla persona interessata o al suo legale rappresentante; 2) l'audizione della persona da parte del giudice tutelare prima della convalida; 3) la notificazione del decreto di convalida all'interessato. Inoltre, estende, in via consequenziale, la necessità di comunicazione anche alla proroga del trattamento sanitario coercitivo.

Con ordinanza del 29 dicembre 2025, il Tribunale di Firenze, in linea con quanto disposto dalla Corte, ha sollevato questione di legittimità costituzionale della disciplina del TSO coattivo nella parte in cui non prevede la difesa tecnica del destinatario e, in particolare, non stabilisce che il difensore, quando nominato, deve (ha diritto di) partecipare all'audizione del paziente. Questa ordinanza ha l'indubbio di merito di chiedere alla Corte di trarre tutte le conseguenze dal quadro Costituzionale di riferimento che essa ha definito per i trattamenti sanitari coercitivi.

La speranza è che, oltre a garantire i diritti di cui si preoccupata il Tribunale di Firenze, la partecipazione del difensore all'audizione impedisca la vanificazione delle garanzie che, secondo la sentenza n. 76 del 2025, dovrebbero essere assicurate dall'audizione. La Corte, nel comunicato ufficiale sulla sentenza, ha chiarito che l'audizione è un "presidio giurisdizionale minimo", che normalmente si deve svolgere nel luogo in cui la persona si trova, di regola il reparto psichiatrico, e che serve anche a verificare le condizioni concrete del trattamento. Questo ruolo dell'audizione appare difficilmente compatibile con le linee guida e protocolli predisposti da diversi uffici giudiziari tesi a "raccomandare", più che a "consentire", che essa avvenga per via telematica, modalità che rischia di compromettere la pienezza dell'ascolto e l'effettività del contraddittorio tenendo conto che la persona da sentire è, per definizione, in una condizione di sofferenza psichica e, verosimilmente, sotto effetto di terapie farmacologiche.

Questa importante linea di sviluppo delle garanzie costituzionali appare oggi incompatibile con Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità e, quindi, in contrasto con l'articolo 117 Cost che dalla ratifica della Convenzione affianca i parametri di quest'ultima a quelli desunti dagli artt. 13, 24, 32 e 111 Cost.,

Nella sentenza 76 del 2025, la Corte ricostruisce il TSO come istituto "finalizzato essenzialmente alla cura della persona", definendolo un trattamento "ispirato al principio personalista" che, alla luce dell'art. 32 Cost., "non trova giustificazione se non nella cura della persona interessata". La Corte prosegue distinguendo espressamente il TSO dalle misure di sicurezza e dalle REMS, osservando che la natura "incipiente" di queste ultime, orientate anche al contenimento della pericolosità sociale, difetta nel

TSO. Questa impostazione è in linea con le tesi della Corte in materia di trattamento sanitario coattivo. Già la sentenza n. 74 del 1968 aveva affermato che il ricovero coattivo “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”. La sentenza 76 del 2025 richiama esplicitamente questo precedente.

Proprio questo inquadramento prevalentemente sanitario appare incompatibile con la Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, adottata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite il 13 dicembre 2006, entrata in vigore il 3 maggio 2008 e ratificata dall'Italia con legge 3 marzo 2009. Essa, infatti, ha introdotto un mutamento di paradigma nella considerazione giuridica della persona con disabilità. Essa non guarda più alla disabilità come fondamento di limitazione della soggettività giuridica, ma assume la persona disabile come soggetto, a pari delle persone “senza disabilità”, pienamente titolare di diritti, libertà fondamentali e capacità giuridica.

In particolare, assumono rilievo, in rapporto almeno ai trattamenti sanitari coercitivi, gli artt. 12, 14, 17 e 25 della Convenzione. L'art. 12 riconosce alle persone con disabilità il diritto di godere della capacità giuridica su base di uguaglianza con gli altri, stabilendo che, di conseguenza, le misure relative all'esercizio della sua capacità devono rispettare i diritti, la volontà e le preferenze della persona, essere proporzionate, adeguate alle sue condizioni e applicate per il più breve tempo possibile. L'art. 14 afferma che l'esistenza di una disabilità non può in nessun caso giustificare una privazione della libertà. L'art. 17 tutela il diritto al rispetto dell'integrità fisica e mentale della persona con disabilità. L'art. 25, infine, riconosce il diritto al migliore stato di salute possibile senza discriminazioni fondate sulla disabilità e impone agli operatori sanitari di prestare cure della medesima qualità di quelle fornite agli altri, in particolare ottenendo il consenso libero e informato della persona interessata.

Alla luce di questi principi, la procedura prevista dall'art. 35 della legge n. 833 del 1978 non può più essere letta secondo una logica paternalistica, come se la sofferenza psichica autorizzasse, di per sé, una sostituzione della volontà della persona. Al contrario, l'uso del TSO *coercitivo* in base al beneficio per la salute della persona che vi è sottoposta, al di fuori dei

casi strettamente necessari alla tutela della salute dei terzi, appare difficilmente conciliabile con i richiamati parametri convenzionali.

Su questo punto è particolarmente significativo l'orientamento del Comitato ONU sui diritti delle persone con disabilità, organo di monitoraggio dell'applicazione della Convenzione. Nel General Comment n. 1 sull'art. 12, il Comitato afferma che i sistemi normativi che consentono trattamenti forzati in ambito psichiatrico si inscrivono in un modello di decisione sostitutiva discriminatoria, incompatibile con la Convenzione. Secondo tale impostazione, il ricovero in istituto contro la volontà della persona o senza il suo consenso, anche quando avvenga con il consenso di un decisore sostitutivo, costituisce una forma di privazione arbitraria della libertà e viola gli artt. 12 e 14 della Convenzione. Ne consegue l'esclusione della possibilità che familiari, tutori o amministratori di sostegno possano validamente prestare un consenso vicario a trattamenti sanitari imposti, là dove la persona non abbia espresso un consenso libero e informato.

Il Comitato ribadisce, inoltre, che il personale sanitario deve rivolgersi direttamente alla persona interessata, assicurarsi che il supporto decisionale non si trasformi in sostituzione della volontà, e garantire, anche nelle situazioni di crisi, informazioni accessibili, sostegno indipendente e alternative non coercitive. Nelle *Guidelines* sull'art. 14 del 2015, lo stesso Comitato giunge a sostenere che il ricovero involontario per ragioni di salute mentale è incompatibile con il divieto di privazione della libertà fondata sulla disabilità e che, durante ogni forma di privazione della libertà, dovrebbero essere eliminate pratiche quali trattamenti forzati, isolamento e contenzione.

Si tratta di posizioni di grande radicalità, che spingono verso una rilettura complessiva del TSO e dei suoi limiti. Anche senza aderire in ogni sua parte all'impostazione del Comitato, resta fermo che, dopo la ratifica della Convenzione, la persona con disabilità non può più essere considerata oggetto passivo di protezione, ma deve essere riconosciuta come titolare piena di autodeterminazione, anche in materia sanitaria. In questa prospettiva, il riferimento alla tutela dei terzi non può tradursi nella riproposizione del vecchio schema della "pericolosità a sé o agli altri" *derivante dalla disbailità mentale*, ma serve semmai a circoscrivere rigorosamente i

casi in cui l'ordinamento può imporre una misura coattiva, sempre a condizione che essa rechi un beneficio alla salute della persona.

La Convenzione ONU non si limita, quindi, a richiamare genericamente il rispetto della dignità delle persone con disabilità, ma impone agli Stati contraenti di rivedere in profondità le proprie categorie giuridiche e i propri *standards* di tutela. Si tratta di un cambiamento vincolante e di ampia portata, che impone di prendere atto che i diritti delle persone con disabilità non devono differire da quelli delle persone “senza disabilità” anche nel settore, particolarmente delicato, della salute mentale e dei trattamenti coattivi.

In concreto il quadro disegnato dalla Convenzione ONU sembra richiedere la revisione della linea adottata dalla Corte costituzionale nella sentenza 76/2025 culmine di una giurisprudenza che ha preso le mosse circa sessant'anni fa e configurato il TSO coercitivo, “scomparsi i riferimenti alla pericolosità per gli altri” propri della vecchia legge manicomiale, come strumento di esclusiva tutela della salute del paziente. Questa impostazione lega l'intervento coercitivo all'attualità del bisogno terapeutico, creando una differenza tra persone con disabilità e persone senza disabilità (mentale). La Convenzione ONU sembra richiedere che anche per le persone con disabilità la libertà personale possa esser limitata solo a fronte dell'attualità del pericolo, accertato in concreto, per l'incolumità dei terzi. In sostanza sembra richiedere un allineamento del TSO coercitivo ai principi che guidano l'adozione della misura di sicurezza dell'internamento in REMS per il quale la pericolosità deve essere concreta e attuale al momento della sua esecuzione.

*A questa considerazione deve essere affiancata una importantissima notazione valida tanto per il TSO coercitivo che per la misura di sicurezza della REMS. La Convenzione ONU, imponendo di non discriminare tra persone con disabilità mentale e persone senza disabilità mentale, non consente di considerare la disabilità mentale e il bisogno di curarla una fonte di pericolosità. Considerare il bisogno di cura fonte di pericolosità che legittima un Trattamento sanitario coattivo è, infatti, un modo di aggirare il principio di libertà di cura delle persone con disabilità e il divieto di limitazione della loro libertà in ragione della disabilità. La limitazione della libertà persona-*

*le, il TSO coercitivo, può durare il tempo necessario a neutralizzare il rischio concreto e attuale che la persona danneggi i terzi per il suo stato momentaneo, ma non può estendersi alla cura necessaria a trattare la disabilità che ha causato quello stato momentaneo. Questa cura deve avvenire accompagnando la persona con disabilità a comprendere l'esigenza di un trattamento sanitario che deve essere volontario.*