

OSSERVATORIO COSTITUZIONALE

Codice ISSN: 2283-7515

Fasc. 3/2026

Data: 5 maggio 2026

L'effettività del diritto alla salute mentale nell'evoluzione del quadro normativo italiano*

*di Alessandra Mazzola – Ricercatrice tenure track in Diritto costituzionale e pubblico
nell'Università eCampus*

TITLE: The Effectiveness of the Right to Mental Health in the Development of the Italian Legal Framework

ABSTRACT: Il disegno di legge A.S. n. 1179, presentato nel corso della XIX Legislatura, costituisce il punto di partenza per analizzare le modalità di tutela del diritto alla salute mentale nell'ordinamento italiano. Dopo aver ricostruito il quadro normativo di riferimento e le principali tensioni interpretative, il lavoro esamina il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale, soffermandosi in particolare sul ricorso a forme di contenzione.

The Bill A.S. No. 1179 (19th Legislature) serves as the starting point for an analysis of the protection of the right to mental health within the Italian legal system. After reconstructing the relevant legal framework and the main interpretative issues, the paper analyses the legal framework governing compulsory psychiatric treatment, focusing in particular on the use of restraint.

* Lavoro sottoposto a referaggio secondo le line guida della Rivista.

Contributo soggetto alla licenza "CC BY-NC-ND" Attribuzione – Non Commerciale – Non Opere Derivate 4.0 Internazionale; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.

KEYWORDS: salute mentale; assistenza psichiatrica; trattamento sanitario obbligatorio; trattamento sanitario coercitivo; contenzione; Disegno di legge A.S. n. 1179; mental health; psychiatric care; involuntary medical treatment; coercitive medical treatment; restraint; Bill A.S. No. 1179

SOMMARIO: 1. Il diritto alla salute mentale nell'ordinamento costituzionale: una riflessione a partire dal ddl A.S. n. 1179. – 2. Il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale. – 3. La contenzione in psichiatria, un trattamento inumano e degradante.

1. Il diritto alla salute mentale nell'ordinamento costituzionale: una riflessione a partire dal ddl A.S. n. 1179

Pur potendo essere ricondotta alla nozione unitaria di salute di cui all'art. 32 Cost., e nonostante sia pacificamente riconosciuta la sua incidenza sulla dimensione psicofisica, relazionale e sociale della persona¹, la salute mentale continua a configurarsi come una *species* strutturalmente debole. Essa, infatti, con estrema difficoltà ha acquisito piena dignità normativa rispetto alla tutela della salute fisica, mentre non conosce ancora l'autonomia finanziaria².

La marginalità di cui continua a soffrire la malattia mentale non è un dato contingente; il nostro ordinamento ha sperimentato, infatti, una disciplina di matrice prevalentemente repressiva e custodiale, nella quale la persona affetta da disturbo psichiatrico era considerata destinataria di misure di controllo, anziché titolare di diritti³.

¹ Cfr. almeno B. PEZZINI, *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, in *Diritto e società*, n. 1, 1983, 50-51; B. CARAVITA, *La disciplina costituzionale della salute*, in *Diritto e società*, n. 1, 1984, 31 e M. LUCIANI, *Le infermità mentali nella giurisprudenza costituzionale*, in *Politica del diritto*, n. 3, 1986, 439 ss. WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Strengthening mental health promotion*, Ginevra, 2001 ha definito la salute mentale come lo «stato di benessere» che consente alla persona di «realizzarsi» perché, consapevole delle proprie capacità, riesce ad «affrontare le normali difficoltà della vita, lavorare in modo utile e produttivo» apportando «un contributo alla comunità della quale è parte attiva e responsabile».

² In nessun ordinamento democratico, infatti, la salute mentale gode della stessa attenzione riservata a quella fisica nelle politiche e nei bilanci nazionali e, anche laddove espressamente contemplata, la maggior parte delle risorse è stanziata a favore dell'assistenza istituzionale a lungo termine. V. per tutti UNITED NATION, *Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health*, A/HRC/35/21, 28 marzo 2017, 3.

³ La legge 14 febbraio 1904, n. 36 *Riguardante disposizioni sui manicomi e sugli alienati* si ispirava a una logica segregazionista-custodiale che intendeva porre le condizioni per assicurare la “società dei sani”; pertanto, riteneva legittimo il ricovero in manicomio in ragione della pericolosità sociale della persona malata di mente, e l'obiettivo della

Solo con l'avvento della Costituzione repubblicana si realizza una radicale inversione di paradigma, dalla quale discende il riconoscimento della centralità della persona nell'ordinamento giuridico. Il mutamento ha trovato espressione, dapprima, nella legge 18 marzo 1968, n. 431⁴ e, soprattutto, nella legge 13 maggio 1978, n. 180⁵ – poi confluita nella legge 23 dicembre 1978, n. 833, articoli 33, 34 e 35⁶ – che hanno condotto alla chiusura dei manicomi e all'inserimento dell'assistenza psichiatrica all'interno del servizio sanitario nazionale.

La legge n. 180 del 1978, pur non configurandosi formalmente come una legge quadro, ha di fatto demandato alle neonate Regioni la responsabilità dell'organizzazione e del finanziamento dei servizi di salute mentale. Questa scelta ha comportato notevoli difficoltà logistiche e finanziarie per gli enti di governo intermedi, chiamati a garantire un diritto sociale complesso che, come emerge dalla stessa disciplina, richiede interventi di natura sanitaria, oltre che socioassistenziale. Di conseguenza, si sono affermati modelli territoriali eterogenei di organizzazione dei servizi: alcune

cura era subordinato all'esigenza di custodire i malati e di proteggere la restante parte della comunità. Peraltro, siccome le malattie mentali erano ritenute incurabili, l'unica soluzione prospettata per evitare di recare danno o disordine alla comunità era la sedazione e/o la costrizione fisica delle persone ricoverate. Cfr. S. MERLINI, *Libertà personale e tutela della salute mentale: profili costituzionali*, in *Democrazia e diritto*, n. 1-2, 1970, spec. 61; M. MORELLO, *I malati di mente dalla legislazione preunitaria alla legge Basaglia*, Fano, 2012, 25-268; T. SANNINI, *Vizio di mente e pericolosità sociale. Aspetti storici, giuridici e sociologici*, in *ADIR – L'altro diritto*, 2014, cap. 1 § 2.1 e cap. 3 § 2.1; S. ROSSI, *La salute mentale tra libertà e dignità. Un dialogo costituzionale*, Milano, 2015, spec. 188; E. VIVALDI, *Disabilità mentali e vita indipendente. Percorsi di attuazione del principio personalista*, Napoli, 2023, 109.

⁴ Con la quale si afferma la fase della «“manicomialità attenuata”» (D. PICCIONE, *Il pensiero lungo. Franco Basaglia e la Costituzione*, Merano, 2013, 32) poiché gli ospedali psichiatrici vengono progressivamente trasformati in strutture aperte, avvicinandone il funzionamento a quello dell'ospedale generale e riducendo il numero di ricoverati che possono trovarvi ricovero onde favorire la cura nei luoghi più vicini al paziente (v. art. 3, istitutivo dei Centri di igiene mentale); di conseguenza, si è reso necessario – fra l'altro – promuovere e valorizzare l'accesso volontario all'ospedale psichiatrico, avvicinando il trattamento delle malattie mentali a quello delle patologie fisiche (art. 4).

⁵ La legge n. 180 del 1978, *Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*, ha segnato il superamento del modello manicomiale e custodiale, escludendo l'adozione di una disciplina speciale per la salute mentale e portando la cura dei disturbi psichici nell'ambito del diritto alla salute *tout court*. La riforma ha affermato la regola della volontarietà dei trattamenti sanitari, relegando il trattamento sanitario obbligatorio a ipotesi eccezionale e residuale, e riconoscendo le persone affette da disturbi psichici come soggetti titolari di diritti fondamentali. Cfr. in particolare le osservazioni di S. P. PANUNZIO, *Il cittadino handicappato psichico nel quadro costituzionale*, in AA.VV., *Scritti in memoria di Piero Gismondi*, III, Milano, 1988, 525; D. PICCIONE, *Il pensiero lungo*, cit., 95-96 e S. ROSSI, *La salute mentale tra libertà e dignità*, cit., 223-225.

⁶ I modelli di “psichiatria democratica” che si stavano affermando in alcune realtà sanitarie (Trieste, Ferrara, Torino, Roma, Varese) attirarono l'attenzione dell'opinione pubblica, facendo emergere la necessità di garantire i diritti fondamentali dei malati psichiatrici. Il Partito radicale promosse un referendum per abrogare la legge n. 36 del 1904, che fu giudicato ammissibile dalla Corte costituzionale con sentenza n. 16 del 1978. Poiché era in discussione il disegno di legge istitutivo del Servizio sanitario nazionale, che prevedeva anche la prevenzione e la cura delle patologie psichiatriche, per evitare la consultazione referendaria, le Camere si risolsero nell'approvare rapidamente la legge sui trattamenti sanitari per malattia mentale, di qui la legge n. 180 del 1978.

Regioni hanno sviluppato modelli assistenziali strutturati ed efficaci⁷, mentre altre sono intervenute in modo frammentario o residuale⁸, dando luogo a una disomogeneità che, travalicando il piano organizzativo, ha inciso sull'effettività del diritto alla salute mentale, determinando livelli di protezione differenziati sul territorio nazionale⁹.

Solo con il Progetto Obiettivo “Tutela della salute mentale” del 1994 si è tentato di definire in maniera puntuale strutture, modalità di intervento e obiettivi comuni¹⁰. Questo atto amministrativo di programmazione sanitaria si è, tuttavia, rivelato fisiologicamente inadeguato rispetto all'obiettivo di implementare una *governance* statale unitaria, con il risultato di un'attuazione “a macchia di leopardo” della legge n. 180 del 1978 da parte delle Regioni¹¹.

La persistente difficoltà di garantire concretamente il diritto alla salute mentale ha alimentato, nel corso degli anni, un confronto politico piuttosto acceso, testimoniato dal susseguirsi di numerosi disegni di legge volti a riformare la disciplina introdotta negli anni Settanta. Queste iniziative hanno evidenziato in maniera plastica la profonda ambivalenza dell'approccio socio-politico nei confronti della sofferenza psichica: accanto a (rare) proposte orientate a rafforzare le garanzie della persona malata e a completare il progetto inclusivo inaugurato dalla legge n. 180 del 1978¹², se ne sono affiancate molteplici ispirate a una rinnovata logica securitaria, volte a ridefinire in senso più restrittivo i servizi psichiatrici e a legittimare l'adozione di misure invasive della libertà individuale,

⁷ Senza pretesa di esaustività, si ricordano le prime leggi regionali in materia, l. reg. 20 agosto 1979, n. 28 della Basilicata recante *Disciplina provvisoria per l'istituzione dei servizi psichiatrici pubblici territoriali* e la l. reg. Molise 23 aprile 1980, n. 10 relativa alla *Disciplina delle funzioni per la tutela della salute mentale*.

⁸ Si ricordano la l. reg. Valle d'Aosta 29 novembre 1978, n. 60 recante *Organizzazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali della Regione*, declinata nei termini della salute mentale solo con l. reg. 23 marzo 1981, n. 18, relativa a *Norme per l'esercizio delle funzioni e delle attività preventive, curative e riabilitative relative alla salute mentale*, oppure la l. reg. Abruzzo 15 febbraio 1980, n. 21 relativa alla *Istituzione delle unità sanitarie locali*, precisata con la l. reg. 27 agosto 1982, n. 72 di adozione della *Disciplina dei servizi di igiene mentale e assistenza psichiatrica*.

⁹ Si consideri, in proposito, che le Regioni Campania, Emilia-Romagna, Sicilia e Umbria non hanno adottato alcuna disciplina in materia.

¹⁰ Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1994 recante *Approvazione del progetto-obiettivo “Tutela della salute mentale 1994-1996”*.

¹¹ Peraltro, senza che il legislatore si adoperasse per sanare lo *status quo*, sono state introdotte altre fonti di rango secondario (d.P.R. 10 novembre 1999 recante *Approvazione del progetto-obiettivo “Tutela della salute mentale 1998-2000”*) o addirittura di *soft law* (Piano di Azioni per la Salute Mentale del 2013).

¹² Orientati all'innalzamento delle garanzie nei confronti delle persone con patologie psichiatriche sono i progetti temporalmente più recenti, fra cui è possibile ricordare la proposta di legge A.C. n. 2233 del 2014 e i disegni di legge A.S. n. 391 e n. 2850 del 2017, nonché A.S. n. 921 del 2018 e la proposta di legge A.C. n. 1139 del 2018.

mosse dall'obiettivo di tutelare la collettività dalla ritenuta pericolosità sociale della persona affetta da disturbo mentale¹³.

L'ambivalente approccio politico-normativo segnala come la svolta personalista della riforma del 1978 non sia mai stata pienamente accolta dall'ordinamento, che ha infatti continuato a considerare il disagio psichico non come ambito di esplicazione di diritti fondamentali, bensì come un fattore di rischio da contenere e neutralizzare.

È in questo contesto che si collocano anche i più recenti disegni di legge proposti in materia¹⁴ e, in particolare, il ddl A.S. n. 1179, presentato il 27 giugno 2024 nel corso della XIX Legislatura¹⁵. Nella seduta del 26 febbraio 2025, esso è stato adottato come testo base, ponendosi in linea con la *ratio* sottesa ai coevi interventi normativi, ovvero la segnalazione delle persistenti criticità del settore, anziché l'introduzione di una riforma organica della disciplina della salute mentale.

Il disegno di legge, infatti, denuncia la cronica insufficienza delle risorse destinate a questo comparto, attestata da una spesa media regionale pari a circa il 3% del fondo sanitario, ben al di sotto dell'obiettivo del 5% fissato in sede di Conferenza dei Presidenti delle Regioni nel 2001¹⁶; pertanto, prevede l'istituzione di un fondo nazionale per la salute mentale da istituire presso il Ministero della salute con uno stanziamento iniziale di 80 milioni di euro (art. 11).

Se, sotto il profilo quantitativo, l'iniziativa appare senz'altro apprezzabile, più problematico risulta il quadro complessivo entro cui si inserisce. Dalla relazione di accompagnamento emerge, infatti, una concezione della salute mentale fortemente ancorata a una logica nella quale l'incremento degli investimenti è giustificato in funzione della promozione della dignità umana e della rimozione degli ostacoli al pieno sviluppo della persona, anche – e in modo non marginale –

¹³ Senza pretesa di esaustività, tra le prime si segnalano le proposte di legge A.S. n. 135, n. 503, n. 527 e n. 940 del 1983 nonché n. 1296, n. 1707 e n. 1905 e il disegno di legge A.C. n. 1429 del 1984, di iniziativa governativa. Più di recente si vedano invece le proposte di legge A.C. n. 1423, n. 919 e n. 1984 del 2008; i disegni di legge A.S. n. 348 e n. 1181 del 2008 e la proposta di legge A.C. n. 2065 del 2009.

¹⁴ Nel corso dell'attuale Legislatura sono stati presentati i disegni di legge A.S. n. 734 *Disposizioni in materia di tutela della salute mentale volte all'attuazione e allo sviluppo dei principi di cui alla legge 13 maggio 1978, n. 180* del gruppo parlamentare PD; A.S. n. 938 *Disposizioni in materia di tutela della sanità mentale* del gruppo parlamentare AVS e A.S. n. 1171 *Disposizioni per lo sviluppo evolutivo del sistema di prevenzione, protezione e tutela della salute mentale dalla preadolescenza all'età geriatrica* dei gruppi parlamentari LSP e PSD'Az.

¹⁵ Recante *Disposizioni in materia di salute mentale*, è stato presentato dal senatore Zaffini (FI) e assegnato alla 10ª Commissione permanente in sede redigente il 24 luglio 2024 e riassegnato alla medesima Commissione in sede referente il 14 maggio 2025; i lavori in Commissione risultano fermi al 18 giugno 2025 (ultimo aggiornamento 27 gennaio 2026).

¹⁶ SENATO DELLA REPUBBLICA, [Relazione di accompagnamento al disegno di legge A.S. n. 1179](#), XIX Legislatura, 2 e v. anche CONFERENZA DEI PRESIDENTI DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME, *Proposte in materia di tutela della salute mentale*, 18 gennaio 2001.

per il suo presunto contributo all'«aumento del PIL nazionale»¹⁷, rischiando di ridurre la tutela della salute mentale a variabile dipendente degli obiettivi di efficienza e sostenibilità finanziaria¹⁸.

Ancora più significativa è l'assenza, nel disegno di legge, di una riflessione matura sulla *governance* del settore; pur denunciando la frammentarietà e l'inadeguatezza della rete dei servizi di salute mentale¹⁹, i proponenti non sembrano interrogarsi sulle cause strutturali della disomogeneità. Il disegno di legge attribuisce rilievo all'attività di prevenzione (art. 2) e ai servizi deputati alla presa in carico delle persone affette da disturbi psichiatrici (art. 3), ma non fa alcun cenno alla disciplina dei livelli essenziali di assistenza (LEA), rischiando di consolidare una geometria variabile delle tutele che la stessa riforma dichiara di voler superare²⁰. L'obiettivo di «risistemizzare l'offerta dei servizi di salute mentale»²¹ non appare pertanto orientato a garantire l'eguaglianza sostanziale nell'accesso alle cure, bensì alla tutela della sicurezza di pazienti, familiari e operatori sociosanitari, evocando una rappresentazione della sofferenza psichica come rischio per l'ordine pubblico – rintracciabile, in particolare, nella disciplina dei trattamenti sanitari obbligatori (art. 5) e nella possibilità di procedere alla contenzione (art. 4) – più che come ambito di

¹⁷ *Relazione di accompagnamento al disegno di legge A.S. n. 1179*, cit., 2.

¹⁸ Questo, sulla scia del “modello europeo” di salute mentale, che tende a ricondurre il benessere psichico entro coordinate prevalentemente economiche. A partire da COMMISSIONE DELLE COMUNITÀ EUROPEE, *Libro verde. Migliorare la salute mentale della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione europea*, 17 ottobre 2005, COM (2005) 484 l'Ue affronta le problematiche relative alle patologie psichiatriche senza indicare alcun programma politico-sociale orientato all'inclusione in comunità delle persone affette da questi disturbi: piuttosto, si limita a riflettere sull'impatto che esse possono provocare alle economie degli Stati membri e, dunque, dell'ordinamento sovranazionale, se non adeguatamente attenzionate. Anche PARLAMENTO EUROPEO, *Risoluzione sul miglioramento della salute mentale della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione europea* (2006/2058 RSP) valorizza la prevenzione quale strumento di contenimento della spesa pubblica e di riduzione dell'impatto delle malattie mentali sull'attività lavorativa e sul PIL. Analoga impostazione emerge dal rapporto OCSE, *A New Benchmark for Mental Health Systems - Tackling the Social and Economic Costs of Mental Ill-Health*, giugno 2021, secondo cui i disturbi psichiatrici non diagnosticati o non adeguatamente trattati possono avere un impatto economico fino al 4,2% del PIL.

¹⁹ *Relazione di accompagnamento al disegno di legge A.S. n. 1179*, cit., 2.

²⁰ La disciplina dei LEA in psichiatria è stata piuttosto sofferta. La prima indicazione risale al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001 che, lungi dall'innovare l'ordinamento, si limitava a una ricognizione delle prestazioni sanitarie esistenti, rinviando agli atti normativi vigenti al momento della sua adozione. Un significativo passo avanti è stato compiuto con l'approvazione del Piano di azioni nazionale per la salute mentale nel 2013, che ha anticipato i contenuti del d.P.C.m. del 12 gennaio 2017, con il quale sono stati stabiliti *ex novo* i LEA. Quest'ultimo ha abrogato il precedente decreto e ha costituito la fonte principale per individuare le attività, i servizi e le prestazioni garantite ai cittadini mediante le risorse pubbliche del Servizio sanitario nazionale (art. 1, secondo comma). A differenza del d.P.C.m. del 2001, quello del 2017 disciplina compiutamente l'assistenza sociosanitaria anche delle persone affette da disturbi mentali dedicandovi l'intero Capo IV, artt. 21-35. Ad oggi, il riferimento ai livelli essenziali di assistenza si ritrova agli articoli 3 dei disegni di legge A.S. n. 734 e n. 938.

²¹ *Relazione di accompagnamento al disegno di legge A.S. n. 1179*, cit., 2.

esercizio dei diritti fondamentali²². Ne deriva l'impostazione del ddl A.S. n. 1179 si caratterizza per una marcata tensione tra la garanzia di un diritto sociale fondamentale e la rinnovata lettura securitaria del disagio psichico.

2. Il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale

La proposta di revisione della disciplina in materia di tutela della salute mentale incide in modo significativo sull'attuazione dell'articolo 32 Cost., nonché degli articoli 33, 34 e 35 della legge n. 833 del 1978, che disciplinano i trattamenti sanitari in psichiatria. Le disposizioni sanciscono che essi sono, di norma, volontari, e che solo in situazioni eccezionali è consentito il ricorso ai trattamenti sanitari obbligatori (TSO).

Nondimeno, le risultanze delle indagini condotte dal Ministero della salute mostrano come l'eccezionalità non trovi conferma sul piano applicativo²³; dal Rapporto sulla Salute mentale del 2023²⁴ emerge che, nell'anno di riferimento, sono stati disposti 4.879 TSO presso i Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC), a fronte di un totale di 85.615 ricoveri in reparti psichiatrici. I TSO hanno quindi rappresentato il 5,7% dei ricoveri complessivi, e la cifra induce a interrogarsi sulla reale capacità del sistema di garantire interventi tempestivi, continuativi e territorialmente integrati, idonei a ridurre il ricorso alle misure più invasive²⁵.

Il ddl A.S. n. 1179, pur senza soffermarsi sulla persistente incidenza quantitativa dei TSO²⁶, si colloca in continuità con l'art. 33, primo comma, della legge n. 833 del 1978 ribadendo che il

²² Si legge infatti *ibidem* che «il presente disegno di legge si propone di ridurre al minimo, se non eliminare, gli episodi di violenza di cui troppo spesso» i «familiari» dei pazienti psichiatrici e «tutti i professionisti che operano nei servizi per la salute mentale [...] sono stati vittime, anche attraverso l'intervento tempestivo da parte delle autorità».

²³ Peraltro, questi dati rappresentano verosimilmente solo la punta dell'*iceberg* – ferma l'impossibilità di conoscere con esattezza il numero complessivo dei TSO effettivamente svolti nei SPDC – e perciò sono *indicativi* della dimensione del fenomeno.

²⁴ MINISTERO DELLA SALUTE, [Rapporto salute mentale. Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute mentale \(SISM\). Anno 2023](#), giugno 2024.

²⁵ Cfr. MINISTERO DELLA SALUTE, *Rapporto salute mentale*, cit., 143. Dati in linea con quelli degli anni precedenti: ad esempio, dal rapporto del 2021 emerge che i TSO eseguiti in condizioni di degenza ospedaliera sono stati 5.538 su 78.950 ricoveri nei reparti psichiatrici pubblici.

²⁶ Questo si ritrova, invece, negli altri due disegni di legge; cfr. SENATO DELLA REPUBBLICA, *Relazione di accompagnamento al disegno di legge A.S. n. 734, 7* che segnala «Il ricorso frequente e reiterato al trattamento sanitario obbligatorio (TSO) è sintomo di carenza di offerta e di incapacità di intercettare il disagio mentale sul nascere, di assenza di azioni di tipo preventivo dell'acuzie» e, prosegue, denunciando come le modalità di esecuzione cambino

trattamento sanitario per malattia mentale è, di regola, volontario, e affida al sanitario l'onere di esperire ogni ragionevole tentativo volto a ottenere il consenso del paziente al percorso terapeutico. Qualora ciò non sia possibile, ammette il ricorso al TSO, e introduce una significativa innovazione sancendo che l'obiettivo del personale dei Dipartimenti di salute mentale dovrà essere quello di evitare l'ospedalizzazione del paziente psichiatrico, privilegiando la somministrazione delle «cure nel luogo di vita delle persone interessate»²⁷. Va da sé che quest'ultima novella, ove non accompagnata da un adeguato rafforzamento delle strutture territoriali e dall'adozione di specifici protocolli di presa in carico – dei quali non si trova traccia nel ddl – potrebbe tradursi in una forma di de-responsabilizzazione delle strutture sanitarie. In assenza di puntuali regole organizzative e di *standard* assistenziali idonei a sorreggere l'obiettivo di evitare il ricovero, potrebbero infatti risultare indebolite le garanzie poste a tutela dei pazienti psichiatrici.

L'art. 5 del disegno di legge, proponendo di rinviare la personalizzazione del percorso terapeutico, non coglie peraltro l'occasione per chiarire la natura dei trattamenti sanitari per malattia mentale. L'art. 35 della legge n. 833 del 1978 – cui l'art. 5 del ddl rinvia – stabilisce infatti che, in caso di rifiuto del destinatario del trattamento, il medico possa procedere comunque all'esecuzione. Il trattamento sanitario per malattia mentale non si configura, pertanto, in termini di obbligatorietà in senso proprio, giacché dall'inottemperanza dell'ordine posto dal sanitario non consegue

profondamente da una Regione all'altra. Lo stesso nella *Relazione di accompagnamento del ddl A.S. n. 938, 5*, la quale mette in evidenza anche che, essendo «ancora drammaticamente diffusa la pratica della contenzione meccanica», il TSO «assume, all'atto della sua applicazione, disattenzioni tali da renderlo strumento di repressione e di mortificazione».

²⁷ Così l'articolo 5, primo comma, del ddl A.S. n. 1179. La previsione sembra richiamare il modello del c.d. *home treatment* previsto da alcune strutture sanitarie elvetiche, che promuove la cura delle malattie mentali al di fuori dall'ospedale psichiatrico. L'approccio, affiancato dalla previsione di un organismo di vigilanza sulle decisioni del personale sanitario, ha favorito una significativa accettazione da parte della comunità delle persone con sofferenza psichica e alla loro cura nell'ambiente di vita abituale (art. 5 legge sull'assistenza sociopsichiatrica (LASP) del 2 febbraio 1999 (806.100) del Canton Ticino e artt. 3 e 9 legge sull'assistenza e cura a domicilio (LACD) del 30 novembre 2010 (872.100) del Canton Ticino). La legislazione cantonale ha così reso possibile il trattamento domiciliare dei pazienti psichiatrici anche in stato acuto attraverso l'intervento di un'*équipe* multidisciplinare "ambulante" (composta da medico, infermiere, psicologo e assistente sociale) attiva sette giorni la settimana dalle 7.00 alle 22.30 con reperibilità notturna. Si tratta di un modello di cura particolarmente innovativo perché favorisce l'attivazione di una rete sociale che consente di non sradicare il paziente dal contesto in cui vive, promuovendo la buona riuscita del percorso terapeutico (v. ORGANIZZAZIONE SOCIOPSICHIATRICA CANTONALE, [Home treatment Psichiatria acuta territoriale \(HT\)](#); per un'analisi del fenomeno cfr. M. BORGHI, J. NOSEDA, *Il diritto penale, misconosciuto strumento di effettività dei diritti delle persone vulnerabili*, in *Rivista ticinese di diritto*, n. II, 2022, 352 e M. BORGHI, *La revisione della legge sociopsichiatrica ticinese e federale*, in M. BORGHI, R. FILIPPINI (a cura di), *Dal diritto tutorio al diritto della protezione degli adulti*, Basilea, 2014, 89 ss.). Il richiamo al modello elvetico potrebbe offrire al nostro ordinamento un punto di riferimento per adottare soluzioni efficaci volte a proteggere le persone con maggior bisogno di assistenza. Dal ddl A.S. n. 1179, invece, non si evincono indicazioni circa la formazione del personale, né delle *équipe* ambulanti, lasciando verosimilmente il compito alla normativa attuativa.

l'irrogazione di una sanzione, bensì la realizzazione d'imperio della prestazione terapeutica; ne deriva che i TSO per malattia mentale, pur qualificati come tali dal legislatore, assumono più propriamente carattere coattivo²⁸. Proprio in ragione dell'incidenza che i TSO producono sulla libertà personale del destinatario della misura, si rende necessaria una definizione normativa puntuale dei limiti entro i quali il potere del sanitario può essere legittimamente esercitato, che recepisca – come ha chiarito la Corte costituzionale – l'esigenza di una disciplina dei «“modi”, oltre che dei “casi”, in cui un simile trattamento – che lo stesso art. 32, secondo comma, Cost. richiede sia “determinato”, [...] – può essere eseguito contro la volontà del paziente»²⁹.

La Consulta ha infatti sancito che ai TSO per malattia mentale non si applicano soltanto le garanzie dell'art. 32 Cost., ma anche quelle dell'art. 13 Cost. Questo approdo riveste rilievo decisivo non solo per impedire che le limitazioni della libertà personale precluse all'autorità di pubblica sicurezza in virtù dell'art. 13 Cost. possano essere surrettiziamente realizzate attraverso l'intervento sanitario, ma anche per assicurare che quest'ultimo rispetti il limite posto dall'ultimo periodo dell'art. 32, secondo comma, Cost.

Di questo approdo ermeneutico non si rinviene traccia, tuttavia, in alcuna fonte di rango primario, e la lacuna si traduce in un ampio margine di indeterminatezza circa le modalità di esecuzione del TSO, che il progetto di riforma contenuto nel ddl A.S. n. 1179 non accenna a risolvere. Infatti, nonostante l'art. 5, nono comma, indichi le condizioni al ricorrere delle quali è possibile eseguire il TSO, non precisa il modo in cui può concretamente intervenire il personale sanitario. Non viene chiarito, ad esempio, se la somministrazione forzata della terapia debba avvenire solo all'esito di percorsi relazionali e partecipativi – quali colloqui prolungati con lo

²⁸ È annosa la diatriba tra la natura meramente obbligatoria dei TSO, da ricondurre dunque alla disciplina dell'art. 23 Cost., ovvero sulla coazione della misura che, essendo eseguita contro la volontà dell'interessato, coinvolge la libertà personale e perciò esige *anche* le garanzie sancite dall'art. 13 Cost. In tema v. almeno A. PACE, *Libertà personale (dir. cost.)* (voce), in *Enciclopedia del diritto*, XXIV, Milano, 1974, 292; S. P. PANUNZIO, *Trattamenti sanitari obbligatori e Costituzione*, in *Diritto e società*, n. 4, 1979, 888 e D. MORANA, *Libertà costituzionali e prestazioni personali imposte. L'art. 23 Cost. come norma di chiusura*, Milano, 2007, 186. Corte costituzionale, sentenza n. 22 del 2022 § 5.3.1 *Cons. dir.*, ha chiarito che, in caso di trattamento sanitario coattivo, le garanzie previste dall'art. 32, secondo comma, Cost., devono «sommarsi a quelle dell'art. 13 Cost.», poiché il destinatario del trattamento sanitario non è posto nella condizione di manifestare dissenso. Corte costituzionale, sentenza n. 76 del 2025 § 3 *Cons. dir.* ha precisato che «dal punto di vista delle garanzie costituzionali, il trattamento sanitario in degenza ospedaliera costituisce un vero e proprio trattamento sanitario coattivo, in quanto disposto contro la volontà dell'interessato e incidente sulla sua libertà fisica».

²⁹ Corte costituzionale, sentenza n. 22 del 2022 § 5.3.1 *Cons. dir.* Se fosse stato valorizzato sin dall'origine il carattere coattivo dell'intervento terapeutico, svincolato perciò dalle prestazioni personali imposte dell'art. 23 Cost., sarebbe stato forse possibile imporre una determinazione legislativa più stringente dei “modi” del trattamento, in ossequio proprio alla disciplina dell'art. 13 Cost.

psichiatra o lo psicoterapeuta, percorsi di partecipazione a laboratori e progetti di autonomia – oppure se possa essere realizzata anche mediante la contenzione del paziente³⁰.

“Evapora”, dunque, in termini di effettività, il principio secondo cui il personale sanitario deve ottenere il consenso del paziente prima di svolgere il trattamento sanitario, *a fortiori* ove si consideri che il disegno di legge non richiama la legge 22 dicembre 2017, n. 219, né, conseguentemente, il paradigma dell’alleanza terapeutica, che consentirebbe di superare la tradizionale identificazione «tra malattia mentale e totale inettitudine a dare il proprio consenso»³¹.

La regola del consenso, del resto, assicura al paziente la compartecipazione «alla decisione medica in un contesto relazionale» che non si esaurisce nella mera accettazione della «proposta curativa unilateralmente formulata dal medico», ma presuppone la condivisione del percorso terapeutico³². La legge n. 219 del 2017, positivizzando gli approdi già evidenziati dalla giurisprudenza di legittimità³³ e costituzionale³⁴, ha consentito – com’è noto – di superare l’idea per cui il medico, in quanto depositario del sapere scientifico, è sempre in grado di individuare la soluzione migliore per il paziente. La manifestazione di volontà di quest’ultimo, anche quando diretta a rifiutare un trattamento sanitario, impone infatti al sanitario di considerare le motivazioni del diniego e di fornire informazioni sulle possibili alternative terapeutiche, così da favorire l’autodeterminazione della persona malata e da avviare, già in questa fase, il percorso di cura³⁵. Di conseguenza, anche il rifiuto del consenso dovrebbe essere “informato” poiché, ove la persona

³⁰ Questa lacuna era già presente nella legge n. 180 del 1978, su cui v. D. VINCENZI AMATO, *Il modello dei trattamenti sanitari nella legge 180*, in P. CENDON (a cura di), *Un altro diritto per il malato di mente. Esperienze e soggetti della trasformazione*, Napoli, 1988, 173 e M. MASSA, *La contenzione. Profili costituzionali: diritti e libertà*, in S. ROSSI (a cura di), *Il nodo della contenzione. Diritto, psichiatria e dignità della persona*, Merano, 2015, 97.

³¹ A. VENCHIARUTTI, *Obbligo e consenso nel trattamento della sofferenza psichica*, in L. LENTI, E. PALERMO FABRIS, P. ZATTI (a cura di), *I diritti in medicina*, in S. RODOTÀ, P. ZATTI (diretto da), *Trattato di biodiritto*, Milano, 2011, 828.

³² A. CARMINATI, *Libertà di cura e autonomia del medico. Profili costituzionali*, Bari, 2018, 25-26. V. anche, almeno, B. PEZZINI, *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, cit., 42; C. CASONATO, *Consenso e rifiuto delle cure in una recente sentenza della Cassazione*, in *Quaderni costituzionali*, n. 3, 2008, 547 e M. CARTABIA, *La giurisprudenza costituzionale relativa all’art. 32, secondo comma, della Costituzione italiana*, in *Quaderni costituzionali*, n. 2, 2012, 460.

³³ V. almeno Corte di Cassazione, Sez. I civile, sentenze n. 5444 del 2006 e n. 21748 del 2007; Sez. III civile, sentenze n. 19220 del 2013 e n. 11749 del 2018.

³⁴ Corte costituzionale, sentenza n. 438 del 2008 § 4 *Cons. dir.* ha sancito il diritto soggettivo al consenso informato, «inteso quale espressione della consapevole adesione al trattamento sanitario proposto dal medico che si configura quale vero e proprio diritto della persona».

³⁵ Come sancisce l’art. 1, ottavo comma, legge n. 219 del 2017, «il tempo della comunicazione tra medico e paziente» è «tempo di cura». Sul punto A. CARMINATI, *Oltre il manicomio: la cura “comunitaria” delle persone con disturbi mentali nel solco della Costituzione*, in *vaerioonida.org*, 16 maggio 2025 ha significativamente affermato che «il soggetto che deve essere “paziente” [...] è il medico, [...] dedicando il suo tempo al malato».

malata non fosse posta nelle condizioni di comprendere il proprio stato patologico, verrebbe meno qualsiasi possibilità *sostanziale* di assenso al piano terapeutico³⁶.

Ma vi è di più: laddove il paziente psichiatrico, a causa del proprio stato di salute, non sia in grado di comprendere adeguatamente la propria condizione né di esprimere un consenso consapevole, l'onere di valutare l'opportunità del trattamento sanitario coattivo grava sul medico, il quale deve dimostrare che l'omissione dell'intervento determinerebbe un significativo peggioramento delle condizioni cliniche, legittimando così il ricorso al trattamento stesso³⁷.

Il trattamento sanitario coattivo, in quanto finalizzato a ripristinare la capacità di autodeterminazione della persona affetta da malattia mentale, consente l'accesso al percorso terapeutico necessario al benessere psicofisico. In assenza di questo intervento, si configurerebbe, al contrario, una forma di «abbandono e deresponsabilizzazione da parte del sanitario»³⁸, idonea a “congelare” l'effettivo godimento dei diritti del paziente. In questa prospettiva, la possibilità di ricorrere all'intervento coattivo può essere ricondotta a una specifica declinazione dell'onere gravante sullo Stato di rimuovere gli ostacoli che impediscono alla persona malata di godere pienamente dei diritti fondamentali (art. 3, secondo comma, Cost.)³⁹.

Questi approdi, ai quali si giunge attraverso l'interpretazione degli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione, nonché degli articoli 34 e 35 della legge n. 833 del 1978 e 1 della legge n. 219 del 2017, trovano una declinazione meno nitida nel ddl A.S. n. 1179. Esso, infatti, anziché procedere a una puntuale tipizzazione delle ipotesi in cui il trattamento sanitario obbligatorio può essere disposto, interviene prevalentemente sul profilo temporale dell'istituto, estendendone la durata massima⁴⁰.

³⁶ Cfr. G. MARINI, *Il consenso*, in S. RODOTÀ, M. TALLACCHINI (a cura di), *Ambito e fonti del biodiritto*, in S. RODOTÀ, P. ZATTI (diretto da), *Trattato di biodiritto*, Milano, 2010, 361-368.

³⁷ In questo senso v. A. CARMINATI, *Libertà di cura e autonomia del medico*, cit., 61. In dottrina è stata altresì sostenuta la dubbia costituzionalità dei trattamenti sanitari coattivi, sul presupposto che la sola norma applicabile in tema di salute è quella dell'art. 32 Cost., che non prevede le misure coercitive (v. per tutti A. PACE, *Libertà personale (dir. cost.)* (voce), cit., 296-298); vi è stato anche chi ha sostenuto che in psichiatria le informazioni che riceve il paziente sono sempre parziali e perciò inadeguate a fornire un quadro informativo completo (F. DALLA BALLA, *I paradigmi normativi dell'amministrazione psichiatrica. Servizi territoriali e strumenti per l'autodeterminazione terapeutica a quarant'anni dalla Legge Basaglia*, in *BioLaw Journal*, n. 1, 2019, 417).

³⁸ M. G. GANNICCHEDDA, *Il consenso del malato di mente al trattamento: verso una riformulazione del contratto terapeutico*, in *Democrazia e diritto*, n. 4-5, 1983, 236.

³⁹ *Contra* Corte costituzionale, sentenza n. 76 del 2025 § 4.3 *Cons. dir.*

⁴⁰ Che, ai sensi dell'art. 5, ottavo comma del disegno di legge, viene fissata in quindici giorni, prorogabili; mentre, l'art. 35 legge n. 833 del 1978 prevede invece che il TSO in condizioni di degenza ospedaliera sia di sette giorni, prorogabili.

Non solo, la norma si limita a ribadire le condizioni – già previste dall’art. 34 della legge n. 833 del 1978 – al sussistere delle quali sarà possibile ricorrere al trattamento sanitario obbligatorio⁴¹, senza introdurre criteri applicativi specifici né fornire indicazioni operative idonee a orientare l’azione del personale sanitario chiamato a risolvere una situazione di emergenza, come reca la rubrica dello stesso articolo 5 del disegno di legge. La norma non fa alcun riferimento neppure a oneri di monitoraggio delle condizioni cliniche della persona sottoposta a TSO, funzionali a consentire il tempestivo ripristino del regime ordinario di cura una volta de-acutizzato lo stato patologico.

Le innovazioni che il ddl A.S. n. 1179 intende introdurre non sembrano pertanto incidere sull’impianto sostanziale del trattamento sanitario obbligatorio delineato dagli articoli 33, 34 e 35 della legge n. 833 del 1978, risolvendosi piuttosto in un intervento di carattere prevalentemente modale e procedurale.

Questo, tuttavia, non appare privo di significato sul piano politico-normativo. Il progetto di riforma si pone, infatti, in continuità con un orientamento di matrice securitaria che informa l’indirizzo politico dell’attuale maggioranza di governo in relazione al tema delle c.d. devianze. Ciò si desume da una pluralità di scelte normative che, per quanto di maggior rilievo in questa sede, riguardano il rafforzamento degli strumenti di controllo e repressione in materia di ordine pubblico. In questo solco si collocano, in particolare, le normative volte alla gestione “esternalizzata” dei flussi migratori (il c.d. modello Albania introdotto dalla legge di ratifica ed esecuzione 21 febbraio 2024, n. 14, così come modificata dalla legge 23 maggio 2025, n. 75), e i più recenti interventi riconducibili al c.d. decreto sicurezza, che hanno introdotto nuove fattispecie incriminatrici e aggravanti volte a intensificare la risposta punitiva nei confronti delle manifestazioni del disagio⁴². Quest’ultima scelta normativa incide soprattutto sui luoghi della “marginalità sociale”, quali gli istituti penitenziari e i Centri di permanenza per i rimpatri, contribuendo a spostare l’asse dell’intervento pubblico dal piano delle garanzie e dei diritti sociali a quello del controllo e della repressione.

⁴¹ Ossia, ai sensi dell’articolo 5, nono comma, del disegno di legge in esame: «mancanza di consenso al trattamento [...]» (a), «presenza di condizioni cliniche che richiedono un trattamento terapeutico urgente» (b), «impossibilità di effettuare un trattamento tempestivo extraospedaliero [...]» (c), «elevato rischio di aggravamento del quadro clinico in caso di assenza di trattamento» (d).

⁴² Com’è noto il decreto-legge 11 aprile 2025, n. 48 ha sostituito il disegno di legge di iniziativa governativa, già esaminato dalla Camera dei deputati e trasmesso al Senato della Repubblica criminalizzando e sanzionando più severamente le persone fragili, specialmente se trattenute o detenute e perciò già private della libertà personale.

Merita di essere ricordato che il ddl A.S. n. 1179 non fa alcuna menzione dei Centri di permanenza per i rimpatri, malgrado sia ampiamente documentata la diffusione del disagio mentale al loro interno⁴³. L'art. 6 del disegno di legge si occupa, invece, degli istituti penitenziari, prevedendo l'istituzione di sezioni sanitarie dedicate ai detenuti con disagio psichico, ove potranno essere sottoposti a trattamenti sanitari obbligatori⁴⁴. L'approccio securitario rispetto a una prospettiva di tutela sanitaria integrale e di garanzia della libertà personale è testimoniato anche dal fatto che la norma incarica il Ministero della Giustizia del compito di realizzare le «sezioni sanitarie specialistiche psichiatriche» all'interno degli istituti penitenziari, scorporando di fatto la competenza del Ministero della salute.

L'articolo 6 del disegno di legge, inoltre, aumenta di cinque unità il numero di posti letto massimi presso ciascuna Residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) e prevede che al loro interno non potranno svolgersi i TSO, i quali dovranno essere realizzati presso il SPDC di riferimento. Si delinea così un paradosso normativo poiché nelle REMS – strutture espressamente dedicate all'accoglienza di persone con disagio psichico – il TSO non potrà essere eseguito, mentre negli istituti penitenziari – nelle cui strutture non dovrebbero essere presenti persone affette da malattia mentale – ne è invece consentita l'esecuzione.

Il ddl A.S. n. 1179 si colloca, peraltro, in netta discontinuità anche rispetto alle più recenti politiche normative in materia di tutela dei “soggetti fragili”. Il riferimento è, in particolare, al processo di de-istituzionalizzazione delle disabilità avviato con la legge delega 21 dicembre 2021,

⁴³ Dall'indagine svolta da L. RONDI, L. FIGONI, *Rinchiusi e sedati: l'abuso quotidiano di psicofarmaci nei Cpr italiani*, in *Altreconomia*, 1° aprile 2023 emerge che nei servizi psichiatrici delle aziende sanitarie locali dedicati agli immigrati la spesa per gli psicofarmaci è pari allo 0,6% del totale, mentre all'interno dei Centri di permanenza per i rimpatri è in media del 36,2%. Cfr. anche WORLD HEALTH ORGANIZATION - REGIONAL OFFICE FOR EUROPE, *Addressing the health challenges in immigration detention, and alternatives to detention: a country implementation guide*, Copenhagen, 2022; EUROPEAN COMMITTEE FOR THE PREVENTION OF TORTURE AND INHUMAN OR DEGRADING TREATMENT OR PUNISHMENT (CPT), *Report to the Italian Government on the visit to Italy carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 2 to 12 April 2024*, Strasbourg, 13 December 2024, 18. Per un'analisi si vedano i contributi contenuti in A. CARMINATI, C. FERRARI AGGRADI, *La sofferenza dei reclusi senza colpa. Un'analisi giuridica e psicosociale dei Centri di Permanenza per i Rimpatri (CPR)*, in *BioLaw Journal*, Special Issue n. 2, 2025.

⁴⁴ M. MIRAVALLE, *Il carcere-manicomio: i numeri della psichiatria dei penitenziari in Italia*, in *Nodo alla gola – XX Rapporto di Antigone sulle condizioni di detenzione*, 2024, evidenzia che nel 2023 sono stati eseguiti 122 TSO documentati all'interno delle carceri, in spregio della normativa che ne prevede l'esecuzione in ospedale. Il rapporto segnala, inoltre, che il 12% della popolazione detenuta presenta una diagnosi psichiatrica grave e, più precisamente, che le Articolazioni per la tutela della salute mentale, attive in 32 sezioni all'interno di 17 istituti penitenziari, costituiscono gli spazi dedicati al trattamento del disagio psichico. In questi luoghi è diffuso il ricorso agli psicofarmaci a fini sedativi; infatti, il 20% dei detenuti assume abitualmente psicofarmaci stabilizzanti dell'umore, antipsicotici e antidepressivi, mentre il 40% fa uso regolare di sedativi o ipnotici.

n. 227, che ha posto al centro dell'intervento la realizzazione di progetti di vita individuali, partecipati e personalizzati quali presupposti imprescindibili per l'effettivo esercizio dei diritti civili e sociali, così come peraltro sancito dall'art. 33, secondo comma, legge n. 833 del 1978.

In questa prospettiva, la legge affida al legislatore delegato il compito di individuare le risorse, umane ed economiche, necessarie a rendere concretamente esigibili questi progetti (art. 1); inoltre, valorizza la dimensione relazionale della presa in carico, subordinando il compimento del progetto di vita all'instaurazione di un dialogo costante tra il personale sociosanitario e la persona interessata (art. 2, secondo comma, lett. c)). Questa impostazione muove dalla consapevolezza che solo attraverso una relazione continuativa con i professionisti della salute è possibile delineare percorsi di cura idonei a favorire l'inclusione sociale e a prevenire il ricorso a soluzioni istituzionalizzanti o coercitive.

3. La contenzione in psichiatria, un trattamento inumano e degradante

Diverse indagini conoscitive condotte sia da organismi sovra che nazionali hanno evidenziato che i trattamenti sanitari in psichiatria sono spesso eseguiti tramite procedure contenitive⁴⁵ di tipo fisico⁴⁶, farmacologico⁴⁷ e meccanico⁴⁸.

⁴⁵ Cfr. almeno CONSIGLIO D'EUROPA, *Raccomandazione del Comitato dei Ministri agli Stati membri sulla tutela dei diritti umani e della dignità delle persone affetti da disturbi mentali*, Rac (2004)10, 22 settembre 2004; CONSIGLIO DELL'UNIONE EUROPEA, *Libro verde. Migliorare la salute mentale della popolazione*, cit.; COMITATO EUROPEO PER LA PREVENZIONE DELLA TORTURA, DELLE PENE E DEI TRATTAMENTI INUMANI E DEGRADANTI (CPT), *Mezzi di contenzione in istituti psichiatrici per adulti*, Estratto dal 16° rapporto Generale del CPT, 2006; CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME, *Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione*, 29 luglio 2010; COMITATO NAZIONALE DI BIOETICA, *La contenzione: problemi bioetici*, 23 aprile 2015.

⁴⁶ Consiste nell'immobilizzazione volta a contenere temporaneamente lo stato acuto della malattia; comprende anche attività di controllo sui degenti attraverso spioncini, guardiole, telecamere a circuito chiuso e perquisizioni, oppure tramite la sottrazione degli effetti personali considerati potenzialmente pericolosi, come accendini, cinture o lacci delle scarpe.

⁴⁷ Prevede la somministrazione di dosi massicce di psicofarmaci che rendono il paziente incapace di esprimere il consenso al trattamento sanitario anche per un lungo periodo di tempo, compromettendo di conseguenza la costruzione del rapporto di fiducia medico-paziente. Come ha indicato CPT, *Mezzi di contenzione in istituti psichiatrici per adulti*, cit., § 41, in questo modo vengono anche sospese le garanzie che contraddistinguono il diritto alla salute, le quali richiedono di tenere «costantemente [...] presenti gli effetti secondari che questi medicinali potrebbero avere sul paziente».

⁴⁸ Limita o impedisce le libertà di movimento «attraverso l'uso di cinghie, lacci, fascette, spallacci, cinture, polsini, corpetti, sedie di contenzione o altri mezzi, più o meno sofisticati» (P. DELL'ACQUA, *Isidoro, Luca, Marco e l'insensatezza della contenzione*, in S. ROSSI (a cura di), *Il nodo della contenzione*, cit., 26) i quali comportano «il protrarsi del blocco del corpo del paziente» (G. DODARO, *La contenzione Profili costituzionali: diritti e libertà*, in S.

Queste ricerche prendono le mosse dal rapporto sulle condizioni dei reparti psichiatrici italiani pubblicato dal Comitato europeo per la prevenzione della tortura, delle pene e dei trattamenti inumani e degradanti nei primi anni 2000, dal quale è emersa la violazione dei diritti umani in numerosi istituti di cura a causa, specialmente, del frequente ricorso alle procedure contenitive⁴⁹. Dunque, durante la XVII Legislatura il Senato della Repubblica ha istituito una Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani, che si è occupata di indagare il ricorso alla contenzione meccanica nel nostro Paese. Da questi lavori emerge che il trattamento è impiegato frequentemente⁵⁰, anche prima di aver tentato altre strade per “contenere” lo stato acuto della malattia, ovvero per instaurare l’alleanza terapeutica⁵¹. La relazione finale evidenzia che la misura è spesso impiegata nell’inconsapevolezza delle istituzioni, della comunità professionale e della società civile probabilmente perché non è mai sopita l’idea che quando la persona soffre un disagio psichico «non è più titolare di integrità e di dignità e, conseguentemente, di diritti, come se la malattia mentale rendesse incapaci di intendere, di volere e perfino di percepire la sofferenza aggiuntiva provocata dalle pratiche contenitive»⁵².

Sulla scorta delle risultanze emerse, in particolare, dalle indagini condotte dal Comitato europeo per la prevenzione della tortura in diversi Paesi, l’Organizzazione mondiale della sanità ha adottato specifiche linee guida in materia di intervento sanitario in ambito psichiatrico, volte a promuovere il superamento, sino all’azzeramento, delle pratiche contenitive, e a esprimere una netta condanna del ricorso al ricovero involontario, alla contenzione, all’isolamento e ai trattamenti sanitari coattivi⁵³. A supporto di queste indicazioni soccorrono le acquisizioni della letteratura medica, che denuncia

ROSSI (a cura di), *Il nodo della contenzione*, cit., 54). Come rilevano *ivi* G. ROSSI, L. TORESINI, *SPDC aperti e senza contenzioni per i diritti inviolabili della persona*, 294, questa misura priva la persona di qualsiasi diritto, «di muoversi nel letto, di grattarsi, di chiedere di adempiere decentemente e comunemente ai propri bisogni fisiologici», annullando l’autodeterminazione anche rispetto alle esigenze più elementari.

⁴⁹ CPT, *Mezzi di contenzione in istituti psichiatrici per adulti*, cit., §§ 37-46. Coeva è la denuncia del PARLAMENTO EUROPEO, Risoluzione *Migliorare la salute mentale della popolazione*, cit., ove si legge che «il ricorso alla forza», ovvero «la somministrazione coatta di farmaci», sono misure controproducenti e che, in ogni caso, dovrebbero «essere limitat[e] nel tempo e, nella misura del possibile, essere regolarmente rivedut[e] ed effettuat[e] con il consenso del paziente» (§ 33), nonché che sarebbe necessario «evita[re] qualsiasi forma di restrizione della libertà personale» (§ 34).

⁵⁰ SENATO DELLA REPUBBLICA – COMMISSIONE STRAORDINARIA PER LA TUTELA E LA PROMOZIONE DEI DIRITTI UMANI, *La contenzione meccanica*, XVII Legislatura, 13.

⁵¹ P. DELL’ACQUA, *Isidoro, Luca, Marco e l’insensatezza della contenzione*, cit., 23-27 riporta stralci di cartelle cliniche dalle quali si evince che spesso la contenzione è il primo (e l’unico) “atto sanitario” utilizzato per ripristinare lo stato acuto della malattia. G. DEL GIUDICE, *...e tu slegalo subito. Sulla contenzione in psichiatria*, Merano, 2020, 274 precisa che spesso essa è il primo atto e contatto del paziente psichiatrico con il luogo di cura, «l’atto attraverso il quale si “accoglie” la persona in crisi» e si domanda come sia possibile, con questi presupposti, costruire un rapporto di cura.

⁵² SENATO DELLA REPUBBLICA, *La contenzione meccanica*, cit., 13.

⁵³ WORLD HEALTH ORGANIZATION, [Mental health, human rights and legislation. Guidance and practice](#), 2023.

l'inefficacia e la nocività di queste pratiche ai fini terapeutici⁵⁴, nonché i principi giuridici degli ordinamenti contemporanei, i quali oppongono a simili pratiche il primato della dignità della persona e l'inviolabilità delle posizioni giuridiche soggettive, a partire dall'*habeas corpus* e dal diritto alla salute⁵⁵.

Con specifico riferimento all'ordinamento italiano, la contenzione appare difficilmente conciliabile tanto con il rispetto della persona umana in caso di esecuzione del trattamento sanitario obbligatorio (art. 32, secondo comma, Cost.), quanto con il divieto di imporre restrizioni della libertà personale contrarie al senso di umanità (art. 13, quarto comma, Cost.). Essa si pone, inoltre, in tensione con il principio secondo cui la coazione in ambito sanitario deve essere funzionalmente orientata a promuovere un percorso terapeutico che valorizzi anche la rieducazione e/o la risocializzazione del destinatario⁵⁶. Proprio perché incide radicalmente sulla dignità del paziente⁵⁷, questa misura non può essere ricondotta né a un atto terapeutico in senso proprio, né a una misura

⁵⁴ Il danno della contenzione nel percorso di cura delle patologie psichiatriche era noto già all'inizio del XX Secolo; E. BELMONDO, *Problemi urgenti di tecnica manicomiale (restraint – isolamento – osservazione)*, Atti del XII Congresso della Società freniatria italiana, Genova, 18-22 ottobre 1904 dichiarava improrogabile l'urgenza «di radiare dagli arsenali manicomiali ogni apparecchio di contenzione» poiché «quando fasce e corpetti esistono nel ben fornito guardaroba del manicomio [...] troppo facile sarà adoperarli anche in casi men gravi e scivolare dall'uso all'abuso». COMITATO NAZIONALE DI BIOETICA, *La contenzione: problemi bioetici*, cit., 3 e 7-8 e CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME, *Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione*, cit., 1; GARANTE NAZIONALE DEI DIRITTI DELLE PERSONE DETENUTE O PRIVATE DELLA LIBERTÀ PERSONALE, *Relazione al Parlamento 2019*, Roma, 2019, 90 qualificano la contenzione come atto anti-terapeutico e lesivo dei diritti fondamentali, evidenziandone anche gli effetti di sofferenza psichica. La letteratura psichiatrica documenta le gravi conseguenze fisiche e psicologiche della contenzione, quali danni neurologici, vascolari, ortopedici, dermatologici e dismetabolici, fino a asfissia e morte (G. DEL GIUDICE, *...e tu slegalo subito*, cit., 302); ovvero che essa può provocare coma, fratture, arresto cardiaco o complicanze farmacologiche (P. DELL'ACQUA, *Isidoro, Luca, Marco e l'insensatezza della contenzione*, cit., 15-26).

⁵⁵ Cfr. la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, alla quale ha aderito anche l'Unione europea. Tra la dottrina costituzionalistica che denuncia la lesione della dignità del paziente sottoposto a contenzione; v. S. ROSSI, *La dignità offesa. Contenzione e diritti della persona*, in ID. (a cura di), *Il nodo della contenzione*, cit., 363-382; M. CAREDDA, *Introduzione all'analisi comparata: riflessioni critiche e ambito dello studio*, in AA.VV., *La contenzione del paziente psichiatrico. Un'indagine sociologica e giuridica*, Bologna, 2020, 71 e, *ivi*, A. ALGOSTINO, *Per una interpretazione costituzionalmente orientata della contenzione meccanica*, 47 e 66. *Contra* cfr. A. AMATULLI, S. BORGHETTI, *La contenzione in psichiatria tra etica e pratica: solo tesi e antitesi?*, in S. ROSSI (a cura di), *Il nodo della contenzione*, cit., spec. 254-256 e 269-271, i quali ritengono che qualora ricorrano le fattispecie dello stato di necessità (art. 54 c.p.) e della legittima difesa (art. 52 c.p.) la contenzione sia legittima.

⁵⁶ Come si si desume dall'art. 27, terzo comma, Cost., su cui cfr. P. CARETTI, *I diritti fondamentali. Libertà e diritti sociali*, Torino, 2002, 137 e D. PICCIONE, *Il pensiero lungo*, cit., 41.

⁵⁷ Piuttosto, si configura come un trattamento inumano e degradante, idonea a integrare il reato di tortura, come indicato anche da CPT, *Mezzi di contenzione in istituti psichiatrici per adulti*, cit., § 40.

“collaterale” alla cura, come confermato anche da diverse pronunce degli organi giudiziari, sia a livello interno⁵⁸ sia internazionale⁵⁹.

Ciò nonostante, il ricorso alla contenzione rappresenta ancora una componente strutturale dell’assistenza psichiatrica, riconducibile anzitutto a vizi di natura sistemica, quali la carenza di risorse, la disomogeneità dei modelli organizzativi e l’insufficiente integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali.

Come attestano le diverse Intese stipulate⁶⁰, da tempo la Conferenza Stato-Regioni dichiara la necessità di implementare questi servizi e, contemporaneamente, l’urgenza di un quadro normativo rigoroso, che stabilisca garanzie stringenti e criteri predeterminati per l’eventuale applicazione della contenzione, con l’obiettivo di limitarne progressivamente l’uso, fino a agevolarne l’abolizione.

La risposta delle Regioni, sulle quali, ancora una volta, grava il compito di dare seguito alle Intese raggiunte, si è rivelata insufficiente a garantire il completo superamento della contenzione⁶¹;

⁵⁸ La giurisprudenza di legittimità ha più volte qualificato la contenzione come «un presidio restrittivo della libertà personale che non ha né una finalità curativa né produce materialmente l’effetto di migliorare le condizioni di salute del paziente» poiché assolve a «una mera funzione di tipo “cautelare”» (Corte di Cassazione, S.U., sentenza n. 2437 del 2009). Corte di Cassazione, sez. V penale, sentenza n. 50497 del 2018 – relativa al c.d. caso Mastrogiovanni – ha sancito che «non è assolutamente ammissibile l’applicazione della contenzione in via “precauzionale” sulla base dell’astratta possibilità o anche mera probabilità di un danno grave alla persona, occorrendo che l’attualità del pregiudizio risulti in concreto dal riscontro di elementi obiettivi che il sanitario deve avere cura di indicare in modo puntuale e dettagliato».

⁵⁹ La Corte EDU ha distinto, in passato, la liceità della contenzione quando considerata terapeuticamente necessaria (causa *Herczegfalvy c. Austria*, 24 settembre 1992 §§ 31-34); in epoca più recente, ha precisato che la compressione della libertà di una persona con malattia mentale può essere legittima solo se proporzionata alla gravità della patologia e finalizzata al recupero dell’equilibrio psichico (causa *Hutchison Reid c. Regno Unito*, 20 febbraio 2003, § 55 e causa *Kadusic c. Svizzera*, 9 gennaio 2018, §§ 38-60). Ha altresì affermato che la contenzione può essere autorizzata esclusivamente quando l’aggressività del paziente non è controllabile (causa *Wiktorko c. Polonia*, 31 marzo 2009 e causa *Bureš c. Repubblica Ceca*, 18 ottobre 2012). Più di recente il Giudice di Strasburgo ha condannato il nostro Paese per la violazione dell’art. 3 CEDU in un caso relativo all’applicazione di misure di contenzione meccanica in un reparto psichiatrico; la Corte ha affermato che, pur potendosi astrattamente invocare la scriminante dello stato di necessità (art. 54 c.p.), essa può giustificare il ricorso alla contenzione meccanica esclusivamente in situazioni eccezionali, caratterizzate dall’esistenza di un rischio grave e imminente per l’incolumità del paziente o di soggetti terzi (causa *Lavorgna c. Italia*, 7 novembre 2024).

⁶⁰ Cfr. CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME, *Raccomandazioni in merito all’applicazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale (artt. 33 – 34 – 35 legge 23 dicembre 1978, n. 833)*, 29 aprile 2009; ID., *Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione*, 29 luglio 2010 e CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO, Intesa del 28 aprile 2022, allegato *Per il superamento della contenzione meccanica nei luoghi di cura*.

⁶¹ Si ricordano Regione Toscana, *Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale*, 2012-2015, sezione 2.3.6.1; Regione Friuli Venezia-Giulia, Delibera della Giunta Regionale 14 ottobre 2016, n. 1904; Regione Liguria, Delibera, 10 luglio 2019, n. 28, sezione 13.2; Regione Marche, Deliberazione dell’Assemblea legislativa regionale, 4 febbraio 2020, n. 107; Regione Veneto, Deliberazione della Giunta Regionale del 6 agosto 2020, n. 1106, Allegato A; Regione Lombardia, Delibera della Giunta Regionale, 28 dicembre 2022, n. 7661; Regione Piemonte, Decreto dirigenziale, 15 novembre 2022, n. 2139.

pertanto, nel 2025, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano ha raggiunto un nuovo accordo volto a rafforzare le attività di monitoraggio e attuazione delle indicazioni rivolte ai Servizi psichiatrici di diagnosi e cura⁶². Il documento richiama le persistenti criticità del settore della salute mentale nel Sistema sanitario nazionale e sottolinea la necessità di consolidare un sistema di servizi sociosanitari territoriali strutturalmente orientati al superamento delle pratiche coercitive, che devono passare attraverso la promozione di strategie di prevenzione della contenzione, inserite in un più ampio quadro di «prevenzione dei comportamenti violenti nei luoghi di cura»⁶³.

Anche queste Raccomandazioni stabiliscono che il ricorso a tale pratica può avvenire eccezionalmente, in presenza di situazioni straordinarie che implicano un pericolo grave e attuale di condotte autolesive o eterolesive non altrimenti evitabile o gestibile. Sanciscono, inoltre, che, una volta adottata, la misura deve essere limitata al tempo necessario a risolvere la crisi, che deve essere eseguita con mezzi proporzionati alle circostanze, da personale adeguatamente formato che monitori continuamente l'assistito attraverso l'annotazione dei parametri in cartella clinica, tentando di sperimentare tutte le alternative possibili per interrompere la contenzione⁶⁴.

L'accordo raggiunto nel 2025 potrebbe costituire un riferimento di particolare rilievo per un intervento legislativo omogeneo a livello nazionale, poiché recepisce gli approdi più avanzati della riflessione scientifica e delle raccomandazioni sovranazionali in materia di salute mentale, valorizzando altresì le esperienze regionali che hanno già intrapreso percorsi virtuosi orientati al superamento della contenzione⁶⁵.

⁶² CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO, Accordo sul documento recante *Linee di indirizzo per il superamento della contenzione meccanica nei luoghi di cura della salute mentale*, Rep. Atti n. 174/CSR, 23 ottobre 2025 e relativo Allegato 1.

⁶³ *Ivi*, 3 ove si legge anche che la prevenzione «è una condizione per rendere efficace la cura», giusto che «la contenzione è un atto anti-terapeutico, che rende più difficile la cura anziché favorirla».

⁶⁴ *Ivi*, 5.

⁶⁵ Il processo di progressiva affermazione dei modelli psichiatrici cosiddetti di “seconda generazione” – quelli, cioè, che hanno perseguito il superamento della logica custodiale attraverso l’apertura dei reparti e l’abolizione delle procedure contenitive – è stato lento; esempi sono offerti dal SPDC di Mantova che, aperto nel 1978, solo dal 1990 è *no restraint*, oppure da quello di Ravenna che, con un percorso iniziato nel 2000, nel 2016 è diventato *no restraint*. L’implementazione dei SPDC di “terza generazione”, ossia fondati su strategie organizzative e formative volte a prevenire il ricorso alla contenzione, privilegiando interventi relazionali, ambientali e territoriali, e prevedendo, di regola, reparti a porte aperte, è ancora più frammentata (ad esempio, SPDC di Merano, Terni e Trento). Si segnala anche il SPDC di Imola dove, trasformando i reparti del manicomio in alloggi “protetti”, è stata dismessa la pratica dei TSO. Su questi aspetti cfr. G. ANTONUCCI, *Critica al giudizio psichiatrico*, Roma, 2005 e G. ROSSI, L. TORESINI, *SPDC aperti e senza contenzioni per i diritti inviolabili della persona*, cit., 282 ss.

Il ddl A.S. n. 1179, invece, legittima la contenzione quale strumento di gestione delle situazioni di crisi; gli articoli 4 e 9, in particolare, sembrano privilegiare la tutela del personale sanitario e dei familiari della persona affetta da disturbo mentale in relazione a episodi di aggressività ad essa riconducibili, anziché valorizzare modelli di assistenza orientati alla prevenzione, alla presa in carico precoce e al progressivo superamento delle pratiche coercitive.

Riemerge, così, l'impostazione normativa volta a inscrivere la disciplina della salute mentale entro una logica prevalentemente securitaria. Il disegno di legge potrebbe infatti introdurre una potenziale commistione tra finalità terapeutiche e obiettivi di "ordine pubblico", con il conseguente rischio di legittimare interventi coattivi che si collocano al di fuori del perimetro costituzionale della cura. Questa impressione è confermata dal ruolo attribuito al Ministero dell'interno, di concerto con quello della giustizia e sentito il Ministero della salute, cui verrebbe demandata l'individuazione delle misure di sicurezza funzionali al contenimento dei comportamenti violenti.

La giustificazione della restrizione della libertà personale sulla base della presunta pericolosità sociale della persona sottoposta a trattamento sanitario coattivo, così come presentata dal ddl A.S. n. 1179 determina di fatto una sovrapposizione tra piani concettualmente distinti, ovvero il fine dell'intervento, che viene ricondotto alla logica della misura di sicurezza anziché a quella terapeutica; il procedimento applicabile, che si colloca al di fuori delle garanzie previste dall'art. 35 della legge n. 833 del 1978 e del controllo giurisdizionale⁶⁶; nonché il luogo di esecuzione, individuato nell'ospedale invece che nelle strutture deputate all'esecuzione delle misure di sicurezza.

Questo impianto richiama modelli anteriori alla stagione repubblicana, nei quali il trattamento delle malattie mentali era permeato da esigenze di controllo sociale, con una marcata prevalenza dell'intervento dell'autorità di pubblica sicurezza rispetto a quello sanitario. Qualora la contenzione venisse legittimata sulla base della presunta pericolosità sociale del paziente, si determinerebbe un'indebita traslazione alle logiche proprie delle misure di sicurezza, e la conseguente riattivazione

⁶⁶ Su cui da ultimo si è pronunciata Corte costituzionale, sentenza n. 76 del 2025 che ha dichiarato l'incostituzionalità della norma nella parte in cui «determina una significativa compressione del diritto di difesa e al contraddittorio, cioè dei contenuti minimi della tutela giurisdizionale» (§ 6.2 *Cons. dir.*). R. MANFRELOTTI, *La legge Basaglia nel contesto della realizzazione giurisdizionale dei diritti della persona*, in *BioLaw Journal*, n. 4, 2024, 81-84 ritiene che la possibilità di ricorso giurisdizionale rappresenti una forma di recupero dell'interesse della collettività richiesta dall'art. 32, secondo comma, Cost. nell'esecuzione del TSO.

del tradizionale binomio tra malattia mentale e pericolosità sociale e il conseguente rischio di alterare la funzione terapeutica dell'art. 32 Cost.⁶⁷.

Anche laddove venga evocato l'interesse della collettività, esso non può essere inteso in termini tali da legittimare una sostanziale privazione della libertà personale funzionale a obiettivi di ordine pubblico. L'interesse della collettività che può giustificare il ricorso al trattamento sanitario coattivo deve, piuttosto, essere individuato nel ripristino delle condizioni che rendono nuovamente possibile l'esercizio dell'autodeterminazione terapeutica del paziente.

Quando la malattia mentale compromette la capacità di comprendere la realtà e di esprimere una volontà consapevole in ordine al proprio percorso di cura, l'inerzia dei pubblici poteri rischia di tradursi nella rinuncia alla funzione costituzionale di rimozione degli ostacoli che impediscono il pieno godimento del diritto fondamentale alla salute. Pertanto, la tutela della collettività e la protezione dei soggetti più fragili richiedono il rafforzamento dei modelli di assistenza fondati sulla prevenzione, sulla continuità terapeutica e sulla presa in carico territoriale, affinché l'intervento pubblico possa effettivamente collocarsi nello spazio, complesso ma irrinunciabile, dell'autodeterminazione in salute.

⁶⁷ Mentre, già con la sentenza n. 211 del 1988 § 3 *Cons. dir.* la Corte costituzionale ha affermato che gli interventi legislativi del 1978 hanno «trasformato» il trattamento dei pazienti psichiatrici «da problema di pubblica sicurezza a problema essenzialmente sanitario o di reinserimento sociale del paziente».