

La distinzione fra trattamento sanitario “obbligatorio” e trattamento sanitario “coattivo” nella recente giurisprudenza della Corte costituzionale

Luci e ombre

[Corte cost., sent. 27 gennaio 2022, n. 22, red. Viganò]

Enrico Daly*

ABSTRACT:

Con la sentenza 22/2022 la Corte costituzionale ha recepito nella propria giurisprudenza la *summa divisio*, operata dalla dottrina, fra trattamenti sanitari obbligatori e trattamenti sanitari coattivi, delimitando al contempo l'ambito di validità degli artt. 13 e 32 Cost. La Corte costituzionale, tuttavia, nell'analizzare la misura di sicurezza dell'assegnazione a una REMS (“Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza”), ha teorizzato l'esistenza, nell'ordinamento giuridico, di un trattamento sanitario coattivo differente da quello previsto dalla L. n. 180/1978. Il presente contributo affronta in modo critico l'esame di tale assunto, ribadendo la necessità di un eguale trattamento per tutti i soggetti sottoposti a misure restrittive della libertà personale, sia nel caso in cui essi scontino una pena in carcere oppure nel momento in cui, giudicati non imputabili, siano assegnati a una REMS.

In the judgment no. 22/2022 the Constitutional Court incorporated into its case law the summa divisio, made by the legal literature, between mandatory and compulsory medical treatment, delimiting at the same time the scope of articles 13 and 32 of the Constitution. The Constitutional Court,

* Dottorando in Scienze Giuridiche, Dipartimento di Scienze giuridiche, Università di Milano-Bicocca. Mail: e.daly@campus.unimib.

however, in analysing the security measure of assignment to a REMS (an acronym for “Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza”, i.e. Residence for the Execution of Security Measures), theorised the existence, in the legal system, of a compulsory health treatment different from that provided for by Law no. 180/1978. The present contribution critically examines this assumption, reiterating the need for equal treatment for all persons subjected to measures restricting personal freedom, both when they serve a prison sentence and when, judged not imputable, they are assigned to a REMS.

SOMMARIO: 1. Introduzione. – 2. La libertà personale e la Costituzione. – 3. La recente giurisprudenza costituzionale. – 4. La sistematica dei trattamenti sanitari dal punto di vista costituzionale e il principio del consenso informato. – 5. Aspetti critici nella decisione della Corte costituzionale.

1. Introduzione

In due recenti pronunce (sent. 22/2022 e sent. 127/2022) la Corte costituzionale ha stabilito una precisa tassonomia dei trattamenti sanitari imposti per legge, recependo nella propria giurisprudenza, in modo chiaro ed esplicito, la *summa divisio* operata dalla dottrina¹ fra trattamenti sanitari obbligatori e trattamenti sanitari coattivi, e delimitando, al contempo, il raggio di azione delle norme di cui agli artt. 13 e 32 Cost. L'equivoco e la contrastante dottrina originano dalla definizione di trattamento sanitario obbligatorio (TSO) con cui la L. n. 180/1978 (così come recepita dalla L. n. 833/1978) designa il trattamento, in realtà coattivo, per la cura delle patologie mentali: un'unica definizione legislativa, infatti, non è in grado di cogliere le plurime sfaccettature con cui i trattamenti sanitari (volontari, obbligatori e coattivi) si manifestano nella pratica clinica, la quale impone, di conseguenza, differenti qualificazioni giuridiche e tutele costituzionali progressivamente crescenti. Poiché la tematica dei trattamenti sanitari coinvolge una pluralità di beni costituzionalmente protetti (libertà della persona, diritto alla salute, dignità umana), occorre preliminarmente svolgere una ricognizione delle principali teorie che la dottrina e la giurisprudenza hanno elaborato sul tema della libertà personale, perché proprio le differenti modalità di limitazione della libertà dell'individuo sono all'origine della distinzione fra trattamenti sanitari obbligatori e trattamenti sanitari coattivi, ora accolta anche dalla Corte costituzionale.

¹ Cfr., *ex multis*, G. PELAGATTI, *I trattamenti sanitari obbligatori*, Roma, CISU, 1995; D. MORANA, *Libertà costituzionali e prestazioni personali imposte. L'art. 23 Cost. come norma di chiusura*, Milano, 2007; ID., *La salute nella Costituzione italiana*, Milano, 2002; ID., *La salute come diritto costituzionale*, III ed., Torino, 2018.

2. La libertà personale e la Costituzione

Alla luce del sistema delle libertà tutelate dalla Costituzione repubblicana si possono individuare differenti situazioni giuridiche soggettive nelle quali trova manifestazione la libertà umana. Con una prima approssimazione, si può distinguere una “generica” libertà individuale (la cui tutela si fonda sull’art. 23 Cost., norma che stabilisce il principio di legalità per l’imposizione di “prestazioni personali o patrimoniali”) dalla più “specificata” libertà personale, garantita e protetta dall’art. 13 Cost. Secondo tale impostazione, la *libertà individuale* è la libertà dell’individuo da obblighi e divieti; la *libertà personale* è la libertà della persona da atti coercitivi altrui². Conseguentemente, la libertà individuale è la libertà da *misure obbligatorie*; la libertà personale è la libertà da *misure coercitive*³. La differenza tra le due tipologie di misure limitative della libertà (individuale e personale) è espressa in modo chiaro dalla dottrina: «mentre le misure coercitive sono quelle alle quali viene data immediata esecuzione in via coattiva, quindi imposte con la forza qualora manchi la collaborazione del destinatario, ed alle quali il soggetto non può sottrarsi, le misure meramente obbligatorie [...] sono quelle alle quali il soggetto può sempre sottrarsi, anche se al prezzo di una eventuale e successiva sanzione: ed anche qualora si tratti [...] di una sanzione penale detentiva»⁴.

L’art. 13 Cost., facendo espresso riferimento alla detenzione, all’ispezione, alla perquisizione personale (e a «qualsiasi altra restrizione della libertà personale») individua una nozione di libertà della persona che, a parere della dottrina dominante, pur nelle sue diverse sfumature, è da intendersi come libertà da misure coercitive: tale sembra essere, infatti, il contenuto essenziale (*Wesensgehalt*) della norma in esame. Sulla nozione di libertà personale *ex art. 13 Cost.* sono state elaborate dalla dottrina costituzionalistica svariate teorie, le quali possono essere ricondotte, fondamentalmente, a tre linee interpretative. Con l’espressione “libertà personale”, infatti, si deve rispettivamente intendere: 1) la libertà fisica

² Al riguardo cfr. A. PACE, *Problematica delle libertà costituzionali. Parte speciale*, Padova, 1992, pp. 169 ss.; ID. *Libertà personale*, in *Enciclopedia del diritto*, XXIV, Milano, 1974, pp. 287-315. Quella di libertà individuale è una nozione di ascendenza statutaria. Stabiliva infatti l’art. 26 dello Statuto albertino: «1. La libertà individuale è garantita. 2. Niuno può essere arrestato, o tradotto in giudizio, se non nei casi previsti dalla legge, e nelle forme ch’essa prescrive». L’art. 13 Cost., invece, proclama il principio di inviolabilità della libertà personale, la quale può subire restrizioni nei soli casi e modi previsti dalla legge e con un atto motivato dell’autorità giudiziaria. Si è sostenuto che la Costituzione repubblicana abbia recepito una più ampia nozione di libertà nell’art. 23 Cost.: «[...] l’accento alle prestazioni “patrimoniali” vieppiù convince che l’art. 23 non ha nulla a che vedere con la disciplina della libertà “personale” e costituisce, quindi, un ulteriore argomento favorevole alla complessiva enucleazione, dallo stesso art. 23, di una differenziata situazione soggettiva garantita costituzionalmente (l’anzidetta libertà “individuale”)» (A. PACE, *Libertà personale*, cit., p. 292).

³ «[...] sarebbe strano accomunare i divieti alle misure coercitive (di assoggettamento) sicuramente disciplinate nell’art. 13, per farne conseguire sugli uni come sulle altre la necessità dell’intervento giurisdizionale» (*Ibidem*). Secondo tale impostazione dottrinale, dunque, mentre l’art. 13 Cost. stabilisce le garanzie costituzionali per le restrizioni della libertà personale operate con la forza (misure coercitive), l’art. 23 Cost. (ma a tale norma possono aggiungersi anche l’art. 16 Cost. per le limitazioni alla libertà di circolazione e l’art. 32 Cost. per l’imposizione di obblighi sanitari) si occupa degli obblighi e dei divieti (cioè delle misure obbligatorie) aventi a oggetto la libertà individuale.

⁴ D. MORANA, *Libertà costituzionali e prestazioni personali imposte. L’art. 23 Cost. come norma di chiusura*, cit., p. 186.

della persona; 2) la libertà della persona da misure degradanti della dignità sociale; 3) la libertà morale della persona. Queste tre interpretazioni della nozione di libertà personale si trovano spesso tra loro intersecate, dando origine a concetti elaborati e onnicomprensivi della situazione giuridica soggettiva quivi analizzata.

Che la libertà personale protetta dall'art. 13 Cost. vada intesa come *libertà fisica* della persona è una tesi che si inserisce perfettamente nella tradizione giuridica occidentale delle garanzie costituzionali dell'*habeas corpus*⁵. Secondo tale prospettiva, l'art. 13 Cost. tutela «la libertà della “persona fisica” contro arbitrarie misure *coercitive*⁶ ovvero, come si è altrimenti detto, garantisce, «in accordo con le intenzioni del Costituente [...], la persona fisica contro le situazioni temporanee o durature di “assoggettamento” all'altrui volere, conseguenti a una situazione di coazione fisica»⁷. L'oggetto del diritto di libertà personale è, dunque, l'essere fisico della persona e il contenuto di tale libertà si risolve nella disponibilità del proprio corpo: «il contenuto di questa situazione giuridica soggettiva deve [...] individuarsi nella possibilità di disporre in via esclusiva del proprio essere fisico, nei limiti e con l'osservanza degli obblighi posti dall'ordinamento. Si vuole, in altri termini, mediante il riconoscimento della libertà personale, che appartenga esclusivamente alla determinazione volitiva della persona la possibilità di far assumere al suo corpo ogni atteggiamento che non sia vietato dalla legge»⁸.

Per rientrare nella previsione della tutela predisposta dall'art. 13 Cost., occorre altresì che la restrizione della libertà fisica della persona sia «direttamente portata ad effetto con la forza; e non rimessa, quindi, alla collaborazione, più o meno spontanea, dell'interessato»⁹.

⁵ Che l'art. 13 Cost. sia la sede dell'*habeas corpus* dei cittadini era stato espressamente ricordato da Palmiro Togliatti nella seduta del 12 settembre 1946 della Prima Sottocommissione dell'Assemblea Costituente. Il principio dell'*habeas corpus* trova una prima espressione storica nell'art. 39 della *Magna Charta Libertatum* di Giovanni Senzattera (1215): «No free man shall be seized or imprisoned, or stripped of his rights or possessions, or outlawed or exiled, or deprived of his standing in any other way, nor will we proceed with force against him, or send others to do so, except by the lawful judgement of his equals or by the law of the land». L'istituto inglese dell'*habeas corpus* «consiste nell'ordine (“writ”) emanato da una specifica Corte di giustizia – ad istanza (“petition”) dell'interessato o di qualsiasi altra persona – con il quale si ingiunge al custode del prigioniero di produrre il corpo “insieme con la data e il motivo dell'arresto e della detenzione” [...], “ad faciendum, subiciendum, et recipiendum, per fare, subire e ricevere tutto ciò che il giudice o la Corte di giustizia che ha emanato l'ordine ritenga opportuno” (W. BLACKSTONE, *Commentaries*, vol. III, p. 131)» (A. PACE, *Problematica delle libertà costituzionali. Parte speciale*, cit., p. 175).

⁶ A. PACE, *Problematica delle libertà costituzionali. Parte speciale*, cit., pp. 175 ss.

⁷ Ivi, p. 178. Al riguardo cfr. anche L. ELIA, *Libertà personale e misure di prevenzione*, Milano, 1962.

⁸ S. GALEOTTI, *La libertà personale: studio di diritto costituzionale italiano e comparato*, Milano, 1953, p. 10. L'Autore, in relazione al concetto di *habeas corpus* e alla nozione di libertà personale, rileva che, «con quella percezione della realtà concreta, che è nel loro genio nativo, i giuristi inglesi hanno intuito che il *quid* reale su cui si gioca, in tal caso, il rapporto giuridico è il corpo (*the body of the prisoner*)» (*Ibidem*).

⁹ A. PACE, *Libertà personale*, cit., p. 297 L'Autore ritiene che possano qualificarsi come misure coercitive della libertà personale «tutte le forme di detenzione, di arresto, di ispezione o di perquisizione, nonché “qualsiasi altra restrizione della libertà personale”, quale che sia la finalità concretamente perseguita [...]. Vi rientrano perciò la custodia preventiva, l'arresto nel proprio domicilio o in luogo pubblico di cura o assistenza, l'affidamento del condannato al servizio sociale, la sottoposizione a rilievi segnaletici e a prelievo ematico, la vestizione coatta delle reclute, gli accompagnamenti coattivi, l'internamento e l'isolamento di malati, la traduzione di renitenti alla leva, il palpeggiamento della persona per accertare

Il ricorso alla *forza* come elemento essenziale perché si abbia una restrizione della libertà fisica della persona fa sì che, se sono incluse nelle garanzie dell’art. 13 Cost. tutte le *misure coercitive*, allo stesso modo ne sono escluse le misure meramente *obbligatorie*. L’elemento della “coercitività”, inoltre, deve ritenersi sussistente nel momento in cui «il ricorso alla coazione, da parte della pubblica autorità, [segua], *pressoché automaticamente*, la mancata ottemperanza dell’obbligo o del divieto [...]. Parafrasando le parole di un noto studioso inglese¹⁰, potremmo allora dire che vi è costrizione fisica anche in presenza di una semplice minaccia della forza se l’“affermazione dell’autorità” (escludendo in radice ogni possibilità di autodeterminazione) sia tale da intimidire l’individuo e da indurlo all’obbedienza anche senza che esso venga toccato»¹¹.

La teoria della libertà personale come libertà fisica della persona da misure coercitive venne seguita, fin dall’inizio della sua attività, anche dalla giurisprudenza della Corte costituzionale, la quale, ricollegandosi alla tradizione del costituzionalismo di matrice anglosassone, affermò che l’art. 13 Cost. ha per oggetto «la tutela [...] della libertà personale contro ogni forma di costrizione o limitazione fisica compiuta senza l’intervento dell’autorità giudiziaria: concerne, insomma, le garantigie supreme dell’*habeas corpus* che sono una delle pietre angolari della convivenza civile in un regime democratico»¹².

Alla concezione che riconduce il bene protetto dall’art. 13 Cost. alla libertà fisica della persona si affiancò ben presto una differente nozione di libertà personale. Le riflessioni della dottrina e della giurisprudenza avevano per lo più ad oggetto il tema delle misure di prevenzione (ammonizione, domicilio coatto, rimpatrio con foglio di via obbligatorio, confino di polizia) – provvedimenti elaborati all’epoca dello Stato liberale e sopravvissuti alla caduta dello Stato fascista – e della loro compatibilità con l’ordinamento costituzionale dello Stato democratico. Commentando una sentenza della Corte costituzionale sul rimpatrio con foglio di via obbligatorio¹³, sentenza nella quale la Consulta non ravvisava una violazione della libertà personale da parte della summenzionata misura di prevenzione, bensì solo una limitazione della libertà di circolazione e di soggiorno ai sensi dell’art. 16

la presenza eventuale di armi nei vestiti (cd. “*frisking*”), e così via” (A. PACE, *Problematica delle libertà costituzionali. Parte speciale*, cit., p. 179).

¹⁰ Si tratta di Harry Street.

¹¹ A. PACE, *Problematica delle libertà costituzionali. Parte speciale*, cit., p. 181.

¹² Corte cost., sent. 15 luglio 1959, n. 49. Tale concetto fu successivamente ribadito in altre pronunce, aventi quasi sempre ad oggetto il tema della costituzionalità delle misure di prevenzione: la Corte costituzionale sembrò attestarsi sulla posizione teorica appena descritta, in ragione della quale affermò che l’art. 13 Cost., nel dichiarare inviolabile la libertà personale, si riferisse «alla libertà della persona in senso stretto, come risulta dalle esemplificazioni del secondo comma: detenzione, ispezione, perquisizione. Trattasi, quindi, di quel diritto che trae la sua denominazione tradizionale dall’*habeas corpus*» (Corte cost., sent. 30 giugno 1960, n. 45).

¹³ Corte cost., sent. 30 giugno 1960, n. 45. La questione di legittimità costituzionale concerneva il potere dell’Autorità di pubblica sicurezza (nella fattispecie il Questore) di emanare l’ordine di rimpatrio con foglio di via obbligatorio: secondo il giudice *a quo*, trattandosi di un atto restrittivo della libertà personale, tale potere doveva essere attribuito, giusta la riserva di giurisdizione prevista dall’art. 13 Cost., all’Autorità giudiziaria.

Cost., un'autorevole dottrina si espresse a favore di una nozione "allargata" di libertà personale, «tale da non esaurirsi nella protezione [...] da ogni specie di coazione fisica che si voglia esercitare sulla persona, ma estesa fino a comprendere anche la salvaguardia dalle altre forme di limitazione alla disponibilità della persona stessa, le quali richiedano non già solo valutazioni di esigenze oggettive di sicurezza o sanità, ma anche apprezzamenti discrezionali relativi alle qualità morali dei soggetti cui esse si indirizzano, e tali, quando si concretino in un accertamento di minorata socialità dei medesimi, da influenzare la loro capacità generale, la loro "dignità", e da indurre quindi tutta una serie di conseguenze pratiche sullo svolgimento dell'attività di lavoro, o più genericamente delle relazioni sociali»¹⁴. Si afferma, qui, la nozione di libertà personale come *libertà da misure degradanti della dignità sociale*¹⁵: tale concezione era già stata abbozzata, ancorché non compiutamente sviluppata, dalla giurisprudenza della Corte costituzionale, la quale, in tema di ammonizione, aveva rilevato come l'applicazione della misura di prevenzione *de qua* si risolvesse in una sorta di "degradazione giuridica"¹⁶ dell'individuo e, in quanto tale, fosse lesiva della libertà personale *ex art. 13 Cost.*¹⁷

Una tale concezione della libertà personale, però, presenta un'ambiguità di fondo: se, da un lato, risulta essere più ampia, perché riconosce sussistente una violazione della libertà personale anche in situazioni di degradazione giuridica e della dignità sociale che non comportano, necessariamente, una restrizione della libertà fisica della persona, tuttavia, dall'altro, si dimostra più restrittiva, escludendo che alcune misure coercitive, non degra-

¹⁴ C. MORTATI, *Rimpatrio obbligatorio e Costituzione*, in *Giur. Cost.*, 1960, pp. 689-690. Si tratta di una nota alla sent. 30 giugno 1960, n. 45 della Corte costituzionale.

¹⁵ A tale concezione della libertà personale può essere affiancata quella dottrina che, interpretando l'art. 13 Cost. in connessione con l'art. 2 Cost. (sviluppo della personalità) e con l'art. 3 Cost. (pari dignità sociale), giunge alla conclusione secondo cui «un provvedimento dovrebbe dirsi restrittivo della libertà personale non in considerazione della qualità e gravosità dei limiti che impone, bensì, mutando prospettiva, in base alla possibilità che, attraverso la limitazione della libera disponibilità della propria persona, si venga a incidere sulla personalità morale e sulla dignità sociale del singolo» (A. BARBERA, *I principi costituzionali della libertà personale*, Milano, 1967, pp. 119 ss.). Le ragioni della tutela costituzionale della libertà personale, infatti, devono rinvenirsi, secondo l'Autore citato, nel «particolare valore [...] della *dignità della persona umana*» e nella «necessità di non intaccarla con un provvedimento che presupponga una qualifica negativa delle qualità morali di un individuo (che determinerebbe *anche* uno scadimento della sua *dignità sociale*)» (Id., *Pari dignità sociale e valore della persona umana nello studio del diritto di libertà personale*, in *Iustitia*, 1962, p. 131).

¹⁶ Il concetto giurisprudenziale di "degradazione giuridica" è più ristretto del concetto dottrinale di "degradazione della dignità sociale": il primo, infatti, considera unicamente gli effetti giuridici del provvedimento "degradante" (per es., il soggetto ammonito era sottoposto a tutta una serie di obblighi di fare e di non fare e, nel caso in cui avesse violato le prescrizioni dell'ordinanza di ammonizione, era punito con l'arresto da tre mesi a un anno); il secondo concetto, invece, si focalizza sulla compressione della personalità morale del destinatario della restrizione, sul giudizio di disvalore che ne consegue e sulle limitazioni del pieno e libero sviluppo della persona.

¹⁷ Corte cost., sent. 3 luglio 1956, n. 11. Con tale pronuncia la Corte costituzionale dichiarò l'illegittimità costituzionale dell'ammonizione (provvedimento amministrativo che aveva la forma di un'ordinanza emanata da una speciale commissione presieduta dal Prefetto), per violazione dell'art. 13 Cost., in quanto l'emanazione dell'ordinanza di ammonizione, risolvendosi in una sorta di "degradazione giuridica" dell'individuo e, di conseguenza, limitandone la libertà personale *ex art. 13 Cost.*, non può essere rimessa alla competenza di un'autorità amministrativa.

danti né implicanti un giudizio di sfavore – come i trattamenti sanitari imposti con la forza –, possano essere ricomprese nelle previsioni di cui all’art. 13 Cost.¹⁸

Una nozione ancor più estesa di libertà personale venne difesa da una successiva dottrina, la quale instaurò un collegamento tra il primo e il quarto comma dell’art. 13 Cost., commi che «rispettivamente definiscono “inviolabile” la libertà personale e vogliono che sia punita “ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizioni di libertà”»¹⁹. Sulla base di tale considerazione normativa, la dottrina citata enucleava un diverso concetto di libertà personale, la quale era dunque destinata a risolversi, in ultima analisi, nella *libertà morale* della persona: poiché il “nocciolo” delle disposizioni costituzionali esaminate «sta nel proponimento di garantire la libertà dell’individuo da ogni violenza altrui»²⁰, la libertà personale tutelata dall’art. 13 Cost., considerato nel suo complesso, va intesa come «il paradigma della *nonviolenza*, fisica e morale»²¹. La conclusione a cui perviene il ragionamento è chiara e, sotto certi versi, innovativa: «il rifiuto della violenza “morale” presuppone l’estensione della libertà personale alla libertà non soltanto fisica, ma anche spirituale. La cui violazione [...] si risolve poi sempre anche in una restrizione delle possibilità fisiche dell’individuo»²². Per questo occorre adottare una nozione onnicomprensiva della libertà tutelata dall’art. 13 Cost.: «la libertà personale, nella sua accezione tradizionale, dagli “arresti” viene dunque storicamente a trasformarsi in una situazione che investe tutte le facoltà primordiali dell’uomo, compresa quella della *libera autodeterminazione*»²³. Ed è proprio sulla dimensione morale della libertà personale, vale a dire sull’*autonomia individuale*, che si è particolarmente concentrata, a partire dalla fine del secolo scorso, la riflessione bioetica e biogiuridica avente ad oggetto il tema del consenso informato del paziente alle cure mediche e sanitarie. In questa prospettiva, nell’art. 13 Cost., in combinato

¹⁸ La dottrina che concepisce la libertà personale come libertà da misure degradanti della “dignità sociale”, infatti, «rischia di lasciare la libertà personale priva di garanzie nei confronti di quelle misure coercitive che non muovono da giudizi preliminari di disvalore o di pericolosità sociale (così, se non per gli internamenti in manicomio, per le altre restrizioni conseguenti, in genere, a trattamenti sanitari)» (A. PACE, *Libertà personale*, cit., p. 290).

¹⁹ P. BARILE, *Diritti dell’uomo e libertà fondamentali*, Bologna, 1984, p. 111.

²⁰ *Ibidem*.

²¹ *Ibidem*.

²² *Ibidem*.

²³ Ivi, pag. 112. Occorre qui richiamare l’opinione di un insigne giurista, il quale, dopo aver ricordato che «del diritto di libertà morale manca nelle costituzioni stesse e negli ordinamenti giuridici più spesso il nome che non il riconoscimento o la tutela» [G. VASSALLI, *Il diritto alla libertà morale (Contributo alla teoria dei diritti della personalità)*, in Id., *Scritti giuridici*, Vol. III (*Il processo e le libertà*), Milano, 1997, p. 253], analizza come la Costituzione italiana protegga la libertà morale in una pluralità di disposizioni e non solo nell’art. 13 Cost., il quale, tuttavia è «più d’ogni altro pertinente al nostro tema quando stabilisce la incriminazione e l’effettiva punizione d’ogni violenza fisica o morale sulle persone comunque sottoposte a restrizioni di libertà» (Ivi, p. 267). L’illustre Autore, però, ritiene di dover distinguere nettamente la libertà morale dalla libertà personale: la libertà morale, la cui esistenza si evince da numerose disposizioni costituzionali, civili e penali, non è “incapsulata” in un articolo specifico della Costituzione o della legge civile e penale, ma la sua tutela «seguirà di volta in volta la tutela delle libertà esterne riconosciute dalla costituzione, al cui sacrificio la violazione della libertà morale abbia concretamente portato» (Id., *La libertà personale nel sistema delle libertà costituzionali*, in Id., *Scritti giuridici*, cit., p. 193).

disposto con gli artt. 2 e 32, 2° co., Cost., trova espressione la libertà di autodeterminazione di ciascun essere umano in ordine agli atti dispositivi del proprio corpo²⁴. Il principio di inviolabilità della libertà personale, dunque, contempla altresì il principio della libertà di cura e della conseguente volontarietà di ogni trattamento sanitario, salvo le particolari eccezioni stabilite dalla legge.

3. La recente giurisprudenza costituzionale

In un *obiter dictum* della sent. 22/2022 (la questione di costituzionalità aveva ad oggetto il principio di legalità, la riserva di legge e le competenze del Ministro della giustizia in tema di applicazione della misura di sicurezza dell'assegnazione a una REMS, cioè la "residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza"²⁵), la Corte costituzionale ha sostenuto che, nel momento in cui «un dato trattamento sia configurato dalla legge non soltanto come "obbligatorio" – con eventuale previsione di sanzioni a carico di chi non si sottoponga spontaneamente ad esso –, ma anche come "coattivo" – potendo il suo destinatario essere costretto con la forza a sottoporvisi, sia pure entro il limite segnato dal rispetto della persona umana –, le garanzie dell'art. 32, secondo comma, Cost. debbono sommarsi a quelle dell'art. 13 Cost., che tutela in via generale la libertà personale, posta in causa in ogni caso di coercizione che abbia ad oggetto il corpo della persona [...]. Con conseguente necessità che la legge preveda anche i "modi", oltre che i "casi", in cui un simile trattamento – che lo stesso art. 32, secondo comma, Cost. esige d'altronde sia "determinato", e dunque descritto e disciplinato dalla legge – può essere eseguito contro la volontà del paziente»²⁶.

La Corte costituzionale, dunque, accogliendo nella propria giurisprudenza le categorie elaborate dalla dottrina, distingue i trattamenti sanitari imposti per legge in trattamenti ob-

²⁴ Si tratta della cd. "autonomia decisionale" del paziente, «vale a dire la prerogativa di avere l'ultima parola in merito ai trattamenti, sia che si tratti di trattamenti da attuare, sia di trattamenti già posti in essere e destinati a protrarsi nel tempo, a muovere dal presupposto che quello dell'intangibilità della sfera corporea sia, in assenza di consenso della persona interessata, un principio destinato a valere per tutti, operatori sanitari compresi» (P. BORSELLINO, "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento". *Una conquista per i pazienti e per gli operatori sanitari*, in *Rivista Italiana di Cure Palliative*, 2018, XX (1)).

²⁵ Le residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (in acronimo REMS) hanno sostituito l'OPG (Ospedale psichiatrico giudiziario). Il *thema decidendum* sul quale ha dovuto cimentarsi la Corte costituzionale è analizzato, in modo chiaro e meticoloso, da S. Rossi, *Ad occhi chiusi. Il sistema delle Rems di fronte alla Corte costituzionale*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 2021, n. 4. Occorre ricordare che la natura giuridica delle REMS è controversa. Parte della dottrina penalistica, infatti, sulla base di un'interpretazione letterale dell'art. 3-ter del decreto-legge n. 211/2011, ha ritenuto che le REMS non fossero una misura di sicurezza autonoma, bensì solo una modalità di esecuzione della misura di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a una casa di cura e custodia. La Corte costituzionale, invece, nella sent. 22/2022, ha definito la REMS come una *nuova misura di sicurezza*, «ispirata ad una logica di fondo assai diversa rispetto al ricovero in OPG o all'assegnazione a casa di cura o di custodia, ma applicabile in presenza degli stessi presupposti». L'assegnazione a una REMS, secondo la Corte costituzionale, è dunque una nuova misura «costruita attorno all'idea di un percorso di progressiva riabilitazione sociale, da compiersi in strutture residenziali di dimensioni ridotte chiamate a favorire il mantenimento o la ricostruzione dei rapporti con il mondo esterno».

²⁶ Corte cost., sent. 27 gennaio 2022, n. 22.

bligatori e coattivi. Sono *obbligatori* quei trattamenti sanitari che comportano un obbligo indiretto di sottoporsi al trattamento medesimo: in caso di inottemperanza del destinatario all’obbligo statuito, la legge prevede l’applicazione di una sanzione, escludendo in ogni caso la somministrazione forzata del trattamento. I trattamenti sanitari obbligatori, in quanto misure che, per l’appunto, dispongono obblighi, limitano la libertà individuale e trovano una loro protezione costituzionale nell’art. 32 Cost., il quale prevede una riserva relativa di legge, enuncia il requisito della “determinatezza” del trattamento e impone il limite del rispetto della persona umana. Sono *coattivi*, invece, quei trattamenti sanitari per i quali è previsto il ricorso alla coazione fisica per la sottoposizione al trattamento del soggetto riluttante. I trattamenti sanitari coattivi, quindi, proprio perché misure coercitive, restringono la libertà personale e, di conseguenza, alle previsioni di cui all’art. 32 Cost. devono “sommarsi” le garanzie previste dall’art. 13 Cost., vale a dire la riserva assoluta di legge e l’atto motivato dell’autorità giudiziaria, la quale deve dunque, a seconda dei casi, disporre o convalidare il trattamento medesimo.

Con una tale pronuncia la Corte costituzionale archivia in via definitiva la cd. teoria “separatista”, ossia quella dottrina, sostenuta peraltro da alcuni dei più autorevoli giuristi della nostra storia costituzionale, in forza della quale l’art. 13 Cost. e l’art. 32 Cost. contengono previsioni tra loro indipendenti, o perché agiscono in ambiti separati o perché si pongono in un rapporto reciproco di genere a specie: secondo tale teoria, infatti, mentre l’art. 32 Cost. si occupa della tutela della salute quale «fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività», ricomprendendo nelle proprie previsioni anche tutti i trattamenti sanitari imposti per disposizione di legge (tanto obbligatori quanto coattivi), l’art. 13 Cost., invece, opera in una sfera completamente diversa, vale a dire nell’ambito delle restrizioni della libertà personale finalizzate alla tutela della sicurezza e dell’ordine pubblico²⁷. Re-

²⁷ «[...] fin da una semplice lettura si ha l’impressione che le due norme non abbiano nulla in comune. L’art. [32], 2° comma, parla di trattamenti obbligatori; l’art. 13 parla di sottoposizione a detenzione, ispezione e perquisizione personale; il primo indica un eventuale strumento (l’imposizione del trattamento) per la tutela della salute (tutela cui si riconosce il diritto al comma precedente), il secondo pone garanzie procedurali e sostanziali per eventuali restrizioni alla libertà personale (libertà di cui al comma precedente si afferma l’inviolabilità)» (D. VINCENZI AMATO, *Il 2° comma dell’art. 32*, in G. BRANCA (a cura di), *Commentario della Costituzione. Rapporti etico-sociali*, Bologna-Roma, 1976, p. 169). Conseguentemente, la stessa Autrice non ritiene costituzionalmente rilevante, nel caso di trattamenti sanitari obbligatori, il rispetto della riserva di giurisdizione: «una volta però che il trattamento sanitario sia richiesto per i fini che gli sono propri, e sia rispettoso dell’individuo nei limiti in cui quei fini lo permettono, non solo non vi sarà luogo ad illegittimità del provvedimento legislativo che lo prevede, ma non vi sarà nemmeno luogo a discutere di privazione o limitazione della libertà personale che, per essere ammissibile, richiederebbe l’intervento del giudice» (Ivi, p. 176). Nello stesso senso G. AMATO, *Rapporti civili. Art. 13*, in G. BRANCA (a cura di), *Commentario della Costituzione*, Bologna-Roma, 1977, p. 51, il quale afferma che «[l’art. 32 Cost.] prevede soltanto una riserva di legge per la sottoposizione obbligatoria ai trattamenti [sanitari] e ciò vale, secondo un’opinione a nostro avviso corretta, per una gran parte delle stesse restrizioni alla libertà personale che si rendessero necessarie», nonché F. MODUGNO, *Trattamenti sanitari “non obbligatori” e Costituzione (a proposito del rifiuto delle trasfusioni di sangue)*, in *Diritto e società*, 1982, p. 318, il quale parimenti sostiene che «l’intervento del giudice in materia [di trattamenti sanitari] costituirebbe una indubbia violazione del dettato costituzionale che non lo prevede affatto». Da citare, altresì, la dottrina di Vezio Crisafulli, secondo il quale l’art. 32 Cost. si presenta come *norma speciale* rispetto all’art. 13 Cost., consentendo di conseguenza una deroga alle prescrizioni più stringenti previste dalla disciplina della libertà personale: «la presenza nel testo della Costituzione di un’apposita previsione dei

spingendo tale impostazione, la Corte costituzionale aderisce, dunque, all'opposta teoria del cd. "combinato disposto", dottrina secondo la quale «gli articoli 13 e 32 Cost. formano [...] "sistema" nel dettare limiti e garanzie applicabili ai trattamenti sanitari coattivi»²⁸.

Applicando tale tassonomia giuridica al caso della "quarantena obbligatoria", la Consulta è pervenuta, in una sentenza²⁹ di poco successiva a quella testé citata, a una dichiarazione di non fondatezza della questione di legittimità costituzionale delle norme che prevedono la misura della "quarantena" al fine di fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, in quanto tali disposizioni, aventi ad oggetto provvedimenti di carattere meramente obbligatorio, non sarebbero suscettibili di entrare in contrasto con l'art. 13 Cost., non comportando restrizioni della libertà personale, bensì solamente limitazioni della libertà di circolazione *ex art.* 16 Cost. Secondo la Corte, infatti, «il destinatario del provvedimento [di quarantena] è [...] senza dubbio obbligato ad osservare l'isolamento, a pena di incorrere nella sanzione penale, ma non vi è costretto ricorrendo ad una coercizione fisica, al punto che la normativa non prevede neppure alcuna forma di sorveglianza in grado di prevenire la violazione. In definitiva, chiunque sia sottoposto alla "quarantena" e si allontani dalla propria dimora incorrerà nella sanzione prevista dalla disposizione censurata, ma non gli si potrà impedire fisicamente di lasciare la dimora stessa, né potrà essere arrestato in conseguenza di tale violazione»³⁰. Il provvedimento in questione è dunque da qualificarsi come "quarantena obbligatoria" e non già come "quarantena coattiva", e da tenersi conseguentemente distinto sia dalla misura cautelare degli arresti domiciliari (art. 284 cod. proc. pen.), sia dalla misura alternativa alla detenzione costituita dalla detenzione domiciliare (art. 47-ter della legge n. 354 del 1975): tali ultimi provvedimenti, infatti, sono "misure coercitive"³¹, cioè misure «coattivamente imposte e mantenute in vigore»³², al punto che la legge «consente l'arresto di chi sia evaso anche al di fuori dei casi di flagranza»³³.

Nella sentenza appena menzionata la Corte costituzionale recepisce, in via generale, la nozione di libertà personale come libertà dalle coercizioni fisiche. In tale pronuncia, però, con un riferimento a quella dottrina che intende la libertà personale di cui all'art. 13 Cost.

trattamenti sanitari obbligatori, in una sede anche topograficamente distinta da quella dove figura l'art. 13 e in un contesto caratterizzato dalla particolarità della materia (la salute individuale e collettiva), indurrebbe piuttosto a ritenere che il sec. comma dell'art. 32 si ponga come *norma speciale* rispetto all'art. 13 e che pertanto ai trattamenti sanitari, anche se coattivi, debba applicarsi – almeno di regola – la sola riserva relativa di legge qui stabilita (e non la duplice riserva assoluta di legge e di giurisdizione, prevista dall'art. 13)» (V. CRISAFULLI, *In tema di emotrasfusioni obbligatorie*, in *Diritto e società*, 1982, n. 1, p. 560).

²⁸ D. MORANA, *La salute nella Costituzione italiana*, cit., p. 189.

²⁹ Si tratta della sentenza del 26 maggio 2022, n. 127 della Corte costituzionale, pronuncia che cita espressamente la sent. 22/2022.

³⁰ Corte cost., sent. 26 maggio 2022, n. 127.

³¹ E "misure coercitive" s'intitola il capo II del titolo I del libro IV del codice di procedura penale nel quale sono disciplinati gli arresti domiciliari.

³² Corte cost., sent. 26 maggio 2022, n. 127.

³³ *Ibidem*.

come libertà dalle misure degradanti della dignità sociale, si afferma altresì l’esigenza costituzionale di preservare la libertà dell’individuo «non soltanto innanzi allo spiegamento di forme coercitive [...], ma anche per quei casi nei quali la legge assoggetta l’individuo a specifiche prescrizioni che si riflettono sulla facoltà di disporre di sé e del proprio corpo, compresa quella di locomozione, recando al contempo “una menomazione o mortificazione della dignità o del prestigio della persona”»³⁴. Viene tuttavia precisato che, in una tale evenienza, si ricorre a «un criterio che è stato utilizzato nella giurisprudenza di questa Corte solo per allargare lo scudo protettivo dell’art. 13 Cost., e in nessun caso per ridimensionarlo: in altri termini, ove la restrizione sia ottenuta mediante coercizione fisica, essa continua ad afferire alla libertà personale, quand’anche non rechi degradazione giuridica»³⁵. Con una siffatta specificazione, i giudici costituzionali consegnano i trattamenti sanitari coattivi (in quanto tali, non degradanti) alla protezione prevista dall’art. 13 Cost. anche dal punto di vista della teoria che ricollega la nozione di libertà personale a quella di “pari dignità sociale”.

4. La sistematica dei trattamenti sanitari dal punto di vista costituzionale e il principio del consenso informato

Sulla base delle direttive contenute nell’*obiter dictum* della sent. 22/2022 e della sua applicazione nella sent. 127/2022, è ora possibile procedere a una sistematica dei trattamenti sanitari dal punto di vista costituzionale. La regola imposta dalla Costituzione è, al di fuori di ogni dubbio, quella della volontarietà delle cure mediche: il trattamento sanitario *volontario* è dunque la forma principale, e privilegiata, attraverso la quale garantire il diritto alla salute di tutti gli individui. Tale trattamento sanitario trova il proprio fondamento di legittimità nel principio del consenso informato, un “nuovo diritto”³⁶ costituzionale riconosciuto e tutelato *ex artt.* 2, 13 e 32 Cost.³⁷ e, ora, anche dalla L. n. 219/2017 (“Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”).

La Costituzione, poi, ammette progressive limitazioni e restrizioni del principio della volontarietà delle cure (ma mai una sua radicale negazione!), provvedendo contestualmente a predisporre controlli e garanzie progressivamente crescenti. Possiamo dunque enucleare una seconda tipologia di trattamento sanitario, vale a dire il trattamento sanitario *obbli-*

³⁴ *Ibidem*. È interessante notare che il redattore di tale pronuncia, prof. Augusto Barbera, è stato in passato uno dei più strenui sostenitori della teoria secondo la quale la nozione di libertà personale recepita dall’art. 13 Cost. consiste, primariamente, nella libertà da misure degradanti della dignità sociale (cfr. nota 14).

³⁵ *Ibidem*.

³⁶ F. MODUGNO, *I “nuovi diritti” nella Giurisprudenza Costituzionale*, Torino, 1995.

³⁷ Cass. Civ., Sez. I, sent. 16 ottobre 2007, n. 21748 (cd. “caso Englaro”), Corte cost., sent. 23 dicembre 2008, n. 438.

gatorio, il quale trova il proprio fondamento costituzionale nell'art. 32 Cost.: il "tipo" di trattamento in questione deve essere individuato da una fonte primaria (legge formale o atto equiparato), mentre la disciplina di dettaglio può essere dettata da fonti secondarie³⁸. Anche in questa seconda fattispecie è rispettato il principio del consenso informato: il trattamento sanitario obbligatorio, infatti, può essere praticato solamente con la collaborazione attiva del soggetto destinatario; in difetto di tale collaborazione, il soggetto in questione potrà essere assoggettato a sanzione (amministrativa o, addirittura, penale), ma il provvedimento di trattamento sanitario obbligatorio resterà ineseguito. Questo è, per esempio, il caso delle vaccinazioni obbligatorie per i minori d'età e di tutti i provvedimenti di profilassi sanitaria che hanno caratterizzato la gestione dell'emergenza pandemica.

La terza tipologia di trattamento sanitario comporta restrizioni notevoli del principio del consenso informato: si tratta dei trattamenti sanitari *coattivi*, i quali trovano il loro fondamento costituzionale nel combinato disposto di cui agli artt. 13 e 32 Cost. Tali trattamenti devono essere individuati e disciplinati unicamente dalla fonte primaria³⁹ e disposti (o convalidati) con un atto motivato dell'autorità giudiziaria. Il trattamento sanitario coattivo contempla la possibilità giuridica dell'uso della forza (*rectius*, della coercizione fisica) per l'esecuzione del trattamento medesimo sul soggetto che a tale provvedimento voglia sottrarsi: ciò non implica che *si debba* necessariamente ricorrere all'uso della forza, bensì che *si possa* legittimamente ricorrere anche all'uso della forza, sebbene come *extrema ratio*. L'esempio principale di tale misura coercitiva è il cd. "trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale": nonostante la contraria dizione della legge (il cd. *nomen iuris*), il trattamento *de quo* dev'essere qualificato, più propriamente, come un trattamento sanitario di tipo coattivo⁴⁰. Probabilmente, la qualificazione giuridica più corretta e appropriata, anche dal punto di vista costituzionale, di tale provvedimento sarebbe quella di "trattamento sanitario obbligatorio coattivo". La sfumatura linguistica qui proposta discende dalla constatazione che, come stabilito dall'art. 33 della L. n. 833/1978, anche nel caso di trattamenti sanitari "obbligatori" (*rectius*, coattivi), occorre porre in essere tutte quelle «iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato». Il principio costituzionale del consenso informato, dunque, può essere compresso, ma in nessun caso

³⁸ Corte cost., sent. 12 marzo 2021, n. 37, Corte cost., sent. 22 ottobre 2021, n. 198.

³⁹ Il riferimento operato dalla Corte costituzionale all'art. 13 Cost., le cui garanzie, nel caso di trattamenti sanitari "coattivi", devono sommarsi a quanto previsto dall'art. 32 Cost., conferma che i trattamenti sanitari "obbligatori" (ma in realtà coattivi) per malattia mentale sono coperti da una riserva assoluta di legge. L'individuazione dei cd. TSOE (Trattamenti sanitari obbligatori extraospedalieri) ad opera delle *Raccomandazioni in merito all'applicazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale*, pubblicate il 29 aprile 2009 dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, suscita notevoli perplessità in ordine alla legittimità costituzionale di tale istituto, e ciò proprio per la violazione della riserva assoluta di legge (al riguardo cfr. E. DALY, *I fantasmi del diritto. Alcune riflessioni sul trattamento sanitario obbligatorio extraospedaliero*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 2021, n. 2).

⁴⁰ La Corte costituzionale, nella sent. 22/2022, qualifica «il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale disciplinato dagli articoli da 33 a 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del servizio sanitario nazionale)» come un trattamento «di carattere coattivo».

negato: proprio per questo motivo, si dubita che la Costituzione repubblicana contempli la possibilità di un trattamento sanitario coattivo “puro”.

5. Aspetti critici nella decisione della Corte costituzionale

Nella sent. 22/2022, invece, la Corte costituzionale ritiene di aver individuato proprio una tale tipologia “pura” di trattamento sanitario coattivo. Secondo i giudici della Consulta, infatti, la misura di sicurezza dell’assegnazione a una REMS «consiste, anzitutto, in una misura limitativa della libertà personale – il che è evidenziato già dalla circostanza che al soggetto interessato può essere legittimamente impedito di allontanarsi dalla REMS. Durante la sua esecuzione possono essere praticati al paziente trattamenti sanitari coattivi, ossia attuabili nonostante l’eventuale volontà contraria del paziente. Essa si distingue, peraltro, dal trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale disciplinato dagli articoli da 33 a 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del servizio sanitario nazionale), esso pure di carattere coattivo»⁴¹. Da quello che si evince dalla lettura della sentenza della Corte, l’assegnazione a una REMS costituirebbe, dunque, il presupposto giuridico per l’esecuzione di trattamenti sanitari coattivi in deroga alla L. n. 833/1978 e, di conseguenza, anche alle prescrizioni della L. n. 219/2017 in tema di consenso informato alle cure sanitarie.

Tale orientamento giuridico era già presente nella giurisprudenza dei giudici tutelari nel periodo in cui era ancora in vigore il regime degli OPG (si tratta degli Ospedali psichiatrici giudiziari, ora sostituiti dalle REMS). In un decreto con il quale il giudice tutelare negava la convalida di un’ordinanza di TSO emessa nei confronti di un paziente internato nell’OPG di Reggio Emilia *ex art. 222 c.p.*, per esempio, si legge che «le due fattispecie (Ospedale Psichiatrico Giudiziario e/o Casa di Cura e Custodia, da un lato e Trattamento Sanitario Obbligatorio, dall’altro) si pongono l’un l’altra in un rapporto di alternatività» e che quindi «non sussiste intrinsecamente alcuna esigenza di disporre un trattamento sanitario mediante ricovero in condizioni di degenza ospedaliera forzose di un soggetto che è già ristretto in struttura con duplice natura detentiva e curativa in forza di provvedimento dell’Autorità Giurisdizionale»⁴².

Una simile giurisprudenza era già criticabile all’epoca in cui vigeva la misura di sicurezza dell’OPG; dopo il passaggio al sistema delle REMS, l’orientamento in questione appare francamente regressivo: le REMS, infatti, devono essere integrate nei DSM (Dipartimenti di Salute Mentale) presenti sul territorio nazionale e non possono più costituire un “universo separato”, come invece avveniva per gli OPG. Le REMS sono pensate come residenze

⁴¹ Corte cost., sent. 27 gennaio 2022, n. 22.

⁴² Tribunale di Reggio Emilia, decreto del giudice tutelare 602/2012.

sanitarie da inserire (e integrare) nell'ambito della rete dei servizi psichiatrici territoriali e non come "carceri speciali": la previsione di un trattamento sanitario "speciale" di tipo coattivo, da attuarsi direttamente in REMS, confligge *ictu oculi* con tale progetto, creando, nei fatti, una struttura custodialistica separata dal territorio e incentrata sul controllo e sulla sicurezza piuttosto che sulla cura e sulla riabilitazione. Un simile trattamento sanitario di carattere coattivo sembra riproporre un modello di cura psichiatrica forzata protratta nel tempo, vale a dire una misura "terapeutica" appiattita su una concezione meramente organica e biologica della patologia mentale e destinata a risolversi in uno strumento ormai estraneo al nostro ordinamento giuridico e in contrasto con i principi ispiratori della legge Basaglia: uno strumento – com'è stato acutamente notato – «che probabilmente qualcuno vorrebbe poi esteso anche a soggetti non autori di reati»⁴³ e che potrebbe costituire, quindi, un rilevante punto di partenza per un'opera di contro-riforma psichiatrica, forse anche un modello a cui ispirarsi per la configurazione di un "TSO residenziale" di carattere generale, da sempre auspicato nei settori più conservatori delle discipline psichiatriche⁴⁴. Quella che è stata chiamata, probabilmente con un eccesso di ottimismo, la "rivoluzione gentile"⁴⁵ delle REMS rappresenta l'esito di un «processo riformistico molto più ampio che a partire dal secolo scorso, con la legge Basaglia e la chiusura dei manicomi civili, ha rivoluzionato l'intero modo di concepire la malattia mentale»⁴⁶: le REMS, quindi, dovrebbero collocarsi su una linea di continuità teorica e pratica con la riforma psichiatrica del 1978, da cui tali strutture, in ultima analisi, traggono origine e nel solco della quale devono radicarsi e incardinarsi.

⁴³ P. PELLEGRINI, *Misure di sicurezza psichiatriche?*, in *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2015, XLIX, n. 4, p. 646. Lo stesso Autore (medico psichiatra di professione, Direttore del dipartimento assistenziale integrato salute mentale dipendenze patologiche dell'Ausl di Parma, il quale collabora al programma della Regione Emilia Romagna per la definizione dei percorsi per i pazienti affetti da disturbi mentali autori di reato e che ha curato l'apertura della REMS di Parma, avvenuta nell'aprile 2015) ha recentemente ribadito le sue preoccupazioni per alcune argomentazioni contenute nella sentenza 22/2022 della Corte costituzionale, ricordando che «le sentenze della Corte Costituzionale hanno spesso anticipato le leggi» e ponendosi alcune domande che giova riportare: «Quindi avremo luoghi per autori di reato dove si realizzano cure coercitive e custodia? Una simile struttura non rischierebbe di diventare ben presto un nuovo OPG e riferimento di tutta la psichiatria? Perché le persone con disturbi mentali autori di reato dovrebbero avere meno diritti e meno doveri? Perché per loro non dovrebbe valere la legge 219/2017 sul consenso informato e la 18/2009 che ratifica la Convenzione sui diritti delle persone con disabilità? Si vuole riaprire per i gravi e "disturbanti" la via della neo-istituzionalizzazione magari da far organizzare a privati?» (P. PELLEGRINI, *Salute Mentale: riflessioni in tempi difficili*, in *Sossanità*, 8 novembre 2022).

⁴⁴ Il "TSO residenziale" era il perno intorno al quale ruotava la proposta di legge Burani Procaccini, presentata, per la prima volta, alla Camera dei Deputati il 2 luglio 1999 (XIII legislatura) e ripresentata, sempre alla Camera dei Deputati, all'inizio della XIV legislatura, il 30 maggio 2001. Seppur respinta dal Parlamento, tale proposta di legge aveva riscosso un notevole apprezzamento in tutti coloro che, per vari motivi, criticavano i principi fondamentali della legge Basaglia, auspicando, in una prospettiva securitaria, una contro-riforma radicale dell'assistenza psichiatrica. Attualmente si discute della possibilità di procedere a TSOE (Trattamenti Sanitari Obbligatori Extraospedalieri) nelle Strutture Residenziali Psichiatriche (per un'opinione radicalmente contraria a tale prassi, cfr. E. DALY, *I fantasmi del diritto. Alcune riflessioni sul trattamento sanitario obbligatorio extraospedaliero*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 2021, n. 2).

⁴⁵ La definizione è di Franco Corleone, già Commissario unico per il superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari.

⁴⁶ *Salute mentale e Rems/2: l'eterno scontro tra giustizia e salute*, «XVII rapporto sulle condizioni di detenzione» dell'Associazione Antigone.

L'art. 3-ter del d.l. 211/2011 stabilisce i criteri direttivi ai quali devono ispirarsi le REMS, cioè le «strutture destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia». I criteri individuati dal decreto-legge sono tre: «a) esclusiva gestione sanitaria all'interno delle strutture; b) attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza esterna, ove necessario in relazione alle condizioni dei soggetti interessati, da svolgere nel limite delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente; c) destinazione delle strutture ai soggetti provenienti, di norma, dal territorio regionale di ubicazione delle medesime» (art. 3-ter, 3° co., del d.l. 211/2011). Il principio di territorialità di cui alla lettera c) è un'espressione della necessità di integrare le REMS con i DSM, cioè di creare un collegamento strutturale tra i servizi psichiatrici territoriali e l'assistenza sanitaria ai pazienti affetti da disturbo mentale, ancorché autori di reato.

Nelle REMS la finalità terapeutica e sanitaria prevale sul profilo custodialistico, ancorché la dimensione della privazione della libertà personale continui, per ovvie ragioni di difesa sociale, a sussistere. A essere assegnati a una REMS sono soggetti autori di reato (o di quasi-reato), dichiarati non imputabili o semi-imputabili per vizio totale o parziale di mente, soggetti dei quali è stata accertata la pericolosità sociale. L'assegnazione a una REMS è disposta dal giudice che ha emesso la sentenza, mentre sulla concreta esecuzione della misura sovrintende il magistrato di sorveglianza, il quale deve provvedere «al riesame della pericolosità ai sensi del primo e secondo comma dell'articolo 208 del codice penale, nonché all'applicazione, esecuzione, trasformazione o revoca, anche anticipata, delle misure di sicurezza» (art. 69, 4° co., ordin. penit.).

La funzione custodialistica delle REMS è assicurata dalla “contenzione ambientale” (detta anche “coazione strutturale”), cioè dall'attività di vigilanza perimetrale svolta dal personale di sicurezza (in collaborazione con le Forze dell'Ordine), tesa a impedire l'allontanamento fisico del paziente dalla struttura. Tale privazione della libertà personale, tuttavia, non implica che all'interno della struttura si possa giungere alla soppressione del diritto costituzionale a prestare il consenso informato alle cure sanitarie⁴⁷. La “misura coercitiva”

⁴⁷ Nell'ambito delle discipline psichiatriche si è distinto «fra “misura di sicurezza” da un lato e “terapia” dall'altro», la terapia essendo «destinata ad articolarsi fino ad incontrare in modo ineludibile la volontà della persona che vi è sottoposta» (P. PELLEGRINI, *Misure di sicurezza psichiatriche?*, in *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2015, XLIX, n. 4, p. 646-647). I soggetti autori di reato assegnati a una REMS sono stati riconosciuti “incapaci di intendere e volere” al momento del fatto e, di conseguenza, si suppone che tale incapacità, naturale o legale, permanga anche nel momento in cui viene eseguita la misura di sicurezza. La legge n. 219/2017, tuttavia, riconosce a qualsiasi soggetto incapace il diritto soggettivo alla valorizzazione delle residue capacità di comprensione e di decisione: anche la persona incapace, come si esprime la legge, «deve ricevere informazioni sulle scelte relative alla propria salute in modo consono alle sue capacità per essere messa nelle condizioni di esprimere la sua volontà» (art. 3, 1° co., L. n. 219/2017). Ciò vale anche nel caso in cui il soggetto assegnato a una REMS sia stato legalmente incapacitato: com'è stato autorevolmente scritto, infatti, «è vero che, nei successivi commi, lo stesso articolo attribuisce alle figure di “decisioni sostitutive” già previste dal diritto vigente [...] la prerogativa di prestare il consenso informato, oppure di rifiutarlo. Ma è altresì vero che è estranea alla legge l'idea di un consenso o di un dissenso, prestato dal rappresentante legale o dall'amministratore di sostegno, senza tenere nella dovuta considerazione la volontà che il rappresentato o il beneficiario è in grado di manifestare, compatibilmente [...]»

riguarda la permanenza in REMS, non il trattamento sanitario, che dovrebbe essere, invece, considerato “obbligatorio”: il soggetto autore di reato è obbligato a sottoporsi alle cure psichiatriche; allorché il soggetto assegnato a una REMS rifiutasse le cure, il magistrato di sorveglianza dovrebbe trarne le logiche conseguenze in sede di riesame della pericolosità sociale e in ordine alla proroga della misura di sicurezza⁴⁸ (e questa sarebbe l’eventuale “sanzione” prevista per l’inosservanza dell’obbligo).

La legge non prevede né i “casi” né i “modi” (*ex art. 13 Cost.*) nei quali debba eseguirsi il trattamento sanitario coattivo in REMS, né tantomeno “determina” (*ex art. 32 Cost.*) la tipologia di trattamento al quale il soggetto autore di reato debba essere sottoposto. Nel ravvisare sul punto specifico non un divieto, bensì un “vuoto” normativo, le argomentazioni della Corte costituzionale appaiono non prive di una certa ambiguità: «l’attuale disciplina di assegnazione alle REMS contrasta con la riserva assoluta di legge in materia di misure di sicurezza e di trattamenti sanitari obbligatori, in quanto i “modi” di esecuzione della misura restano pressoché esclusivamente affidati a fonti subordinate e accordi tra il Governo e le autonomie territoriali. Gli artt. 2, 13 e 32, secondo comma, Cost. esigono, in particolare, che il legislatore stabilisca – in chiave di *extrema ratio* ed entro i limiti della proporzionalità rispetto alle necessità terapeutiche e del rispetto della dignità della persona – se e in che misura sia legittimo l’uso della contenzione, ed eventualmente quali ne siano le modalità di esecuzione»⁴⁹.

Occorre rilevare come la sentenza in oggetto rappresenti un caso di «incostituzionalità accertata ma non dichiarata»⁵⁰: la Consulta, pur rilevando nella disciplina delle REMS

con la sua capacità di intendere e di volere» (P. BORSSELLINO, “Biotestamento”: *i confini della relazione terapeutica e il mandato di cura nel disegno della L. n. 219/2017*, in *Famiglia e diritto*, 2018, 8-9, p. 11).

⁴⁸ Occorre ricordare che le misure di sicurezza detentive non sono più una sanzione indeterminata. L’art. 1, comma 1-*quater*, del decreto legge 52/2014, convertito nella legge 81/2014, così stabilisce: «le misure di sicurezza detentive provvisorie o definitive, compreso il ricovero nelle residenze per l’esecuzione delle misure di sicurezza, non possono durare oltre il tempo stabilito per la pena detentiva prevista per il reato commesso, avuto riguardo alla previsione edittale massima». Per quanto riguarda i reati puniti con la pena dell’ergastolo, invece, le misure di sicurezza detentive possono essere prorogate indefinitamente.

⁴⁹ Giova riportare i brani nei quali la Corte costituzionale si cimenta sul tema della contenzione: «La necessità che una fonte primaria disciplini organicamente tale misura [di sicurezza] a livello statale, stabilita dalla Costituzione, risponde d’altronde a ineludibili esigenze di tutela dei diritti fondamentali dei suoi destinatari, particolarmente vulnerabili proprio in ragione della loro malattia. Basti pensare, in proposito, che nella prassi dei trattamenti per la cura della malattia mentale non infrequentemente si fa uso delle pur controverse pratiche della contenzione fisica o farmacologica, che rappresentano forse le forme più intense di coazione cui possa essere sottoposta una persona. Gli artt. 13 e 32, secondo comma, Cost., unitamente all’art. 2 Cost. – che tutela i diritti inviolabili della persona, tra cui la sua integrità psicofisica – esigono che il legislatore si assuma la delicata responsabilità di stabilire – in ogni caso in chiave di *extrema ratio* ed entro i limiti della proporzionalità rispetto alle necessità terapeutiche e del rispetto della dignità della persona – se e in che misura sia legittimo l’uso della contenzione all’interno delle REMS, ed eventualmente quali ne siano le ammissibili modalità di esecuzione» (Corte cost., sent. 27 gennaio 2022, n. 22).

⁵⁰ G. MONACO, *REMS: riserva di legge e competenze del Ministro della giustizia. Dopo un’ampia istruttoria, ancora una pronuncia di incostituzionalità accertata ma non dichiarata. Osservazioni su Corte cost. n. 22/2022*, in *Osservatorio costituzionale*, 7 giugno 2022.

«evidenti profili di frizione»⁵¹ con i principi costituzionali, si astiene dal procedere a una declaratoria di illegittimità costituzionale, perché una pronuncia in tal senso «determinerebbe [...] l'integrale caducazione del sistema delle REMS, che costituisce il risultato di un faticoso ma ineludibile processo di superamento dei vecchi OPG»⁵², limitandosi perciò a un “monito” rivolto al legislatore affinché quest'ultimo proceda a una riforma complessiva del sistema, la quale assicuri «un'adeguata base legislativa alla nuova misura di sicurezza, secondo i principi» enunciati nella sentenza in oggetto. L'affermazione secondo cui tra i principi ai quali dovrebbe informarsi la “nuova misura di sicurezza” vi possa essere anche la regolamentazione delle «pratiche della contenzione fisica o farmacologica, che rappresentano forse le forme più intense di coazione cui possa essere sottoposta una persona», equivale quasi a un riconoscimento implicito dell'ineluttabilità di tali pratiche nel trattamento delle malattie mentali, cioè della necessità, seppur in situazioni straordinarie, di “legare” i pazienti e di somministrare loro dosaggi di farmaci superiori alle reali esigenze terapeutiche, secondo logiche di gestione della patologia psichiatrica invero di carattere neo-manicomiale.

L'utilizzo della contenzione fisica durante i trattamenti medico-psichiatrici è, purtroppo, una prassi ancora diffusa: tuttavia, come ha stabilito la Corte di Cassazione, «in tema di responsabilità medica, la contenzione del paziente psichiatrico non costituisce una pratica terapeutica o diagnostica legittimata ai sensi dell'art. 32 Cost., ma è un mero presidio cautelare utilizzabile in via eccezionale qualora ricorra lo stato di necessità di cui all'art. 54 c.p.»⁵³. Occorre quindi valutare adeguatamente il rischio che un'eventuale regolamentazione legislativa della contenzione possa trasformare tale strumento da eccezionale a ordinario, legittimandolo e, al contempo, legittimando come terapeutiche pratiche invero meramente cautelari, da porsi in essere solamente in caso di «pericolo attuale di un danno grave alla persona» non altrimenti evitabile: l'art. 54 c.p. già costituisce, di per sé, una forma di regolamentazione del ricorso alla contenzione come atto straordinario, cioè come rimedio *extra ordinem*, contemplando all'uopo alcuni principi giuridici come, per esempio, la richiesta del rispetto del limite della proporzionalità tra la condotta e il pericolo⁵⁴. A ciò

⁵¹ Corte cost., sent. 27 gennaio 2022, n. 22.

⁵² *Ibidem*.

⁵³ Cassazione penale sez. V, 20/06/2018, (ud. 20/06/2018, dep. 07/11/2018), n. 50497 (cd. “caso Mastrogiovanni”). La Corte di Cassazione ha affermato che la contenzione fisica è «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».

⁵⁴ Com'è stato detto, «quanto quello della legge è un modello codificato, rispettoso dello schema previsto dall'articolo 13, comma 3 della Costituzione, tanto, all'opposto, la contenzione [...] è un comportamento, una condotta de-procedimentalizzata, si vorrebbe dire, in sostanza, un fatto e non un atto giuridico» (D. PICCIONE, *Umanesimo costituzionale e contenzione delle persone nell'ordinamento italiano*). In questa prospettiva, dunque, la contenzione non è un atto da regolare, bensì un fatto contro cui lottare. Un'esplicita regolamentazione della contenzione era contenuta nell'art. 60 del Regio Decreto 16 agosto 1909, n. 615 (il regolamento di esecuzione della legge manicomiale del 14 febbraio 1904, n. 36), norma che non è stata oggetto di abrogazione espressa da parte della legge Basaglia e che così disponeva: «Nei manicomi debbono essere aboliti o ridotti ai casi assolutamente eccezionali i mezzi di coercizione degli infermi e non possono essere usati se non con l'autorizzazione scritta del direttore o di un medico dell'Istituto. Tale autorizzazione

si aggiunga che, proprio in forza delle prescrizioni contenute nella Costituzione repubblicana, la quale ammette restrizioni della libertà personale «nei soli casi e modi previsti dalla legge» (art. 13 Cost.), il silenzio del legislatore sul tema in oggetto sembra assumere un tono particolarmente eloquente: alla luce dei principi costituzionali e in assenza di una previsione legislativa, infatti, la pratica della contenzione dovrebbe essere considerata tendenzialmente illegittima, salvo casi eccezionali che pongono l'operatore sanitario in una posizione di cd. auto-responsabilità e che richiedono, dunque, un'adeguata e puntuale motivazione⁵⁵.

Per quanto concerne gli interventi terapeutici in caso di acuzie, alcuni protocolli d'intesa stipulati tra le Prefetture e le Asl prevedono che, qualora in REMS si verificano situazioni di urgenza psicopatologica non risolvibili all'interno della struttura, il paziente possa «essere trasferito, non escludendo il TSO ospedaliero, al più vicino Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura»⁵⁶. E questa dovrebbe essere, a nostro avviso, la prassi normale e giuridicamente corretta, soprattutto nell'ottica dell'integrazione tra le REMS e i servizi psichiatrici territoriali⁵⁷. La legge Basaglia, infatti, ha individuato un'unica tipologia di trattamento sa-

deve indicare la natura e la durata del mezzo di coercizione. L'autorizzazione indebita dell'uso di detti mezzi rende passibili coloro che ne sono responsabili di una sanzione amministrativa da lire 60.000 a lire 200.000, senza pregiudizio delle maggiori pene comminate dal Codice penale. L'uso dei mezzi di coercizione è vietato nella cura in case private. Chi contravviene a tale disposizione è soggetto alla stessa pena stabilita dal comma precedente». Tale norma, ancorché non espressamente abrogata, non può più essere considerata vigente nell'ordinamento costituzionale italiano, in quanto oggetto di un'abrogazione implicita da parte delle legge Basaglia, normativa che ha regolato *ex novo*, con un cambio di paradigma, l'intera materia dell'assistenza psichiatrica. L'art. 60 del regolamento *de quo*, ancorché contenga una disposizione di carattere liberale, non ha mostrato una particolare efficacia nel limitare il fenomeno della contenzione fisica.

⁵⁵ La contenzione, inoltre, non riguarda solo la psichiatria, ma anche ulteriori ambiti della medicina, dalla geriatria all'ortopedia (anche l'ingessatura di un arto è una forma di contenzione, ancorché si tratti di una "contenzione tecnica"). Una normativa *ad hoc* per la psichiatria riproporrebbe il tema di uno "statuto speciale" al quale assoggettare il paziente psichiatrico: la recezione della L. n. 180/1978 all'interno della L. n. 833/1978, invece, ha rappresentato (e rappresenta tuttora) l'inserimento della psichiatria nell'ambito generale della medicina e, in ossequio al principio di eguaglianza, il riconoscimento al paziente psichiatrico degli stessi diritti di cui godono tutti gli altri pazienti. Un'eventuale normativa sulla contenzione, alla luce dei principi testé ricordati, dovrebbe quindi avere carattere generale e riguardare tutti i pazienti, ivi compresi i pazienti anziani ricoverati nei reparti geriatrici (la contenzione fisica dei quali rappresenta una prassi oltremodo diffusa), e non solo i pazienti psichiatrici. È probabile che linee-guida (in particolar modo delle Direzioni generali delle Asl) e codici di deontologia professionale possano essere all'uopo più efficaci e idonei a stabilire criteri direttivi (si auspica di carattere disincentivante) per affrontare situazioni che sono pur sempre peculiari e, spesso, insuscettibili di una più ampia generalizzazione.

⁵⁶ Protocollo generale recante "*procedure operative di collaborazione fra il personale sanitario e il personale delle forze di polizia in caso di situazioni critiche all'interno delle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (r.e.m.s.)*", firmato il 13 maggio 2015 dai Prefetti di Bologna e di Parma e dai Direttori Generali delle Ausl di Bologna e di Parma.

⁵⁷ Con riferimento alle REMS, è stato ribadito – anche da operatori sanitari del settore – che «le cure psichiatriche devono essere svolte secondo quanto previsto dalla Legge 180/1978 (poi Legge 833/1978) e quindi in caso di TSO con il ricovero in Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) come per tutti gli altri cittadini. Una linea differente sarebbe confusiva e non aiuterebbe i pazienti» (P. PELLEGRINI, *Misure di sicurezza psichiatriche?*, in *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2015, XLIX, n. 4, p. 647). Nello stesso senso si muove il ddl n. 2850, presentato in Parlamento il 30 maggio 2017 (XVII legislatura, primo firmatario senatrice prof.ssa Nerina Dirindin), e riproposto nel medesimo testo (ddl n. 391) il 16 maggio 2018 (XVIII legislatura). L'art. 12, 2° co., lett. c) del ddl 2850 dispone la «inapplicabilità, all'interno delle Rems, del Tso di cui all'articolo 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e sua eventuale esecuzione presso gli Spdc competenti per territorio». Tale ddl – che difficilmente sarà mai tradotto in una legge dello Stato – è il risultato di una commissione di studio composta da medici psichiatri e operatori del settore coordinata da Peppe Dell'Acqua, uno degli ultimi colla-

nitario “coattivo” applicabile a tutti i casi in cui il paziente psichiatrico rifiuti gli interventi terapeutici proposti, ovvero il TSO in regime di degenza ospedaliera *ex artt.* 33, 34 e 35 della L. n. 833/1978: solo in SPDC – e sulla base di specifici presupposti di fatto e di diritto – è dunque legittimo l’eventuale ricorso all’uso della forza per eseguire un determinato trattamento sanitario per malattia mentale, perché solo nel reparto di un ospedale generale sono possibili *controlli* adeguati e realmente efficaci ad opera di una pluralità di soggetti istituzionali (visita del paziente da parte di un medico “pubblico”; un primo controllo, ancorché sommario, da parte del sindaco; convalida dell’ordinanza sindacale da parte del giudice tutelare; possibile ricorso al tribunale con conseguente controllo giurisdizionale; controlli amministrativi da parte della direzione dell’ospedale e/o della direzione dell’Asl; controllo diffuso da parte dell’opinione pubblica per lo meno locale). L’esportazione sul territorio (o, meglio, nelle strutture “chiuse” presenti sul territorio⁵⁸, spesso gestite dal privato non solo sociale, ma anche mercantile) dell’uso della forza – attraverso la legittimazione di prassi giuridicamente discutibili come i TSOE (Trattamenti Sanitari Obbligatori Extraospedalieri), i TSO cd. “puntiformi” (vale a dire la somministrazione coattiva di farmaci LAI)⁵⁹ e, ora, il trattamento sanitario coattivo in REMS teorizzato dalla Corte costituzionale – sembra confermare i timori di coloro che rinvergono nelle pratiche psichiatriche odierne «un approccio sempre più coercitivo ai problemi della salute mentale. [Mentre il trattamento psichiatrico è ben] lungi da diventare un’iniziativa volontaria, la coercizione “corre in lungo e in largo” all’interno dei moderni sistemi di cura della salute mentale, creando un inevitabile ma stranamente silenzioso clima di intimidazione e di acquiescenza⁶⁰. Il passaggio dal sistema degli OPG a quello delle REMS non può essere ridotto alla trasformazione del “manicomio criminale” nel “manicomietto criminale”: epperò, anche nelle parole pur sempre autorevoli della Corte costituzionale, sembra compiersi una tappa ulte-

boratori di Franco Basaglia ancora in vita, e si pone come base per una legge di implementazione e di “aggiornamento” della riforma psichiatrica del 1978. È ovvio che i servizi psichiatrici territoriali sono tenuti a un’opera di riorganizzazione logistica che consenta loro di prestare un’adeguata assistenza anche ai pazienti psichiatrici autori di reato.

⁵⁸ Per strutture “chiuse” presenti sul territorio ci si riferisce alle SRP (Strutture Residenziali Psichiatriche) “protette”, alle case di cura (cliniche) accreditate e, ovviamente, alle REMS.

⁵⁹ «È possibile ricorrere al T.S.O. extraospedaliero quando si verificano le prime due condizioni previste dalla legge (gravi alterazioni psichiche e non consenso alla cura) ed è possibile adottare le misure sanitarie necessarie al di fuori del ricovero in un S.P.D.C. (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura). Sono questi i casi in cui, ad esempio, è necessario somministrare periodicamente una terapia Depot a un paziente dissenziente e in cui il T.S.O. viene sciolto non appena praticata tale terapia (T.S.O. *puntiforme*)» (U. FORNARI, *Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori sotto il profilo del rapporto medico-paziente: il problema della scelta*, in S. JOURDAN, U. FORNARI, *La responsabilità del medico in psichiatria*, Torino, 1997, p. 61). Per una critica di tale *modus operandi* cfr. E. DALY, *Trattamento sanitario obbligatorio e somministrazione coattiva di farmaci, con particolare riferimento ai LAI*, in *Notizie di Politeia*, XXXVII, 141, 2021, pp. 98-112.

⁶⁰ J. MONCRIEFF, *Le pillole più amare*, Roma, 2020, p. 144.

riore di quel fenomeno di re-istituzionalizzazione⁶¹ (o trans-istituzionalizzazione) del paziente psichiatrico, un processo storico e sociale che, purtroppo, pare ormai inarrestabile.

⁶¹ Ormai famoso è, nella letteratura di settore, il contributo di S. PRIEBE *et alii*, *Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries*, in *British Medical Journal*, 2005, pp. 123-126.