



# **UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

*Scuola di Medicina e Chirurgia*  
*Dipartimento di Medicina*  
**Corso di Laurea in Infermieristica**

Tesi di laurea Triennale

**La contenzione del paziente.  
Tra pratica e consapevolezza degli aspetti medico legali.**

Relatore: Prof. Claudio Terranova

Laureanda: Xhemaile Sqapi  
Matricola n: 2012002

Anno Accademico 2022/2023

## ABSTRACT

**Background:** la prevalenza dell'utilizzo della contenzione fisica varia dal 6 al 70% a livello internazionale, a seconda del paese e del contesto culturale. In Italia l'uso della contenzione è lecito solo in stato di necessità. Il personale infermieristico è coinvolto nella contenzione che è applicata su indicazione medica o su iniziativa dell'infermiere in condizioni di urgenza.

**Obiettivi della ricerca - problema:** analizzare l'orientamento giurisprudenziale italiano in tema di contenzione alla luce della letteratura di riferimento; trarre dall'orientamento giurisprudenziale italiano penale elementi di indirizzo pratico per l'attività infermieristica.

**Materiale e metodi:** la ricerca si è svolta mediante utilizzo del portale della Corte di Cassazione per la ricerca di sentenze (<https://www.italggiure.giustizia.it/sncass/>). È stata altresì eseguita una ricerca libera in *Google* ([www.google.it](http://www.google.it)) di sentenze in extenso con range temporale 2010-2023. Sono state utilizzate come chiavi di ricerca delle sentenze le parole di seguito elencate: *contenzione paziente, responsabilità professionale, liceità contenzione, condanna assoluzione, omicidio colposo, sequestro di persona*.

**Risultati:** sono state identificate complessivamente 8 sentenze riferite a processi penali nei confronti di sanitari per l'applicazione della contenzione; cinque di queste sentenze sono state specificamente analizzate ricercando i fattori ritenuti determinanti dai Giudici per il riconoscimento di una contenzione del paziente legittimamente applicata.

**Discussione e conclusioni:** La contenzione può essere applicata solo in caso di stato di necessità avendo cura di documentare in maniera precisa le ragioni alla base di questa scelta. La contenzione è un atto temporaneo che necessita di stretto monitoraggio. L'applicazione della contenzione in assenza di stato di necessità e/o una inadeguata documentazione delle ragioni della contenzione possono essere fonte di responsabilità professionale. Il rispetto delle indicazioni fornite dalla giurisprudenza è coerente con la letteratura scientifica di merito finalizzata alla tutela della sicurezza e della salute del paziente. La formazione del personale infermieristico in un'ottica di rischio clinico è fondamentale nell'ambito di questa tematica.

## INDICE

### **CAPITOLO I: Introduzione**

|   |         |
|---|---------|
| 1.1 Premessa  | pag. 3  |
| 1.2 La contenzione a livello internazionale                                 | pag. 3  |
| 1.3 Aspetti definatori della contenzione                                    | pag. 8  |
| 1.4 Motivi di utilizzo  | pag. 9  |
| 1.5. Possibili conseguenze dell'applicazione della contenzione<br>meccanica | pag. 10 |
| 1.6. Liceità della contenzione e sue basi giuridiche                        | pag. 11 |
| 1.7. Illeciti penali e contenzione  | pag. 13 |
| 1.8. Linee guida  | pag. 14 |

### **CAPITOLO II: Obiettivi della tesi**

|               |         |
|---------------|---------|
| 2.1 Problema  | pag. 20 |
| 2.2 Obiettivi | pag. 20 |

### **CAPITOLO III: Materiali e metodi**

pag. 21

### **CAPITOLO IV: Risultati della ricerca**

pag. 22

### **CAPITOLO V: Discussione**

pag. 28

|                   |         |
|-------------------|---------|
| 5.1 Limiti studio | pag. 30 |
|-------------------|---------|

|                     |         |
|---------------------|---------|
| 5.2 Raccomandazioni | pag. 30 |
|---------------------|---------|

### **CAPITOLO VI: Conclusioni**

pag. 31

### **BIBLIOGRAFIA**

pag. 32

### **SITOGRAFIA**

pag. 36

## **CAPITOLO I - Introduzione**

### **1.1. Premessa**

L'applicazione della contenzione è una tematica frequentemente discussa per le implicazioni che ha sul piano clinico, giuridico e medico legale.

Poiché il personale infermieristico è coinvolto direttamente nella contenzione si è ritenuto rilevante sviluppare una tesi dedicata alla trattazione di questo argomento. Nell'introduzione della tesi si presenteranno alcuni dati della letteratura internazionale relativi alla contenzione, si definiranno quindi le modalità della contenzione. Saranno oggetto di trattazione successivamente le complicanze derivanti dalla contenzione meccanica e saranno illustrati i principi deontologici e normativi che rendono lecita tale misura e ne delimitano l'ambito di applicazione.

### **1.2. La contenzione a livello internazionale**

La prevalenza dell'uso della contenzione fisica a livello internazionale varia dal 6% al 70% (Bleijlevens et al., 2016) ed è influenzata dal contesto culturale. Nell'ambito internazionale possono essere evidenziate non solo differenze sotto il profilo della prevalenza dell'uso della contenzione, ma anche nelle modalità di applicazione, nella conoscenza delle conseguenze legali, nell'atteggiamento dei professionisti sanitari nei confronti della pratica (Tabella 1).

Con specifico riferimento agli studi internazionali, in Cina, ad esempio non ci sono normative o linee guida che ne regolamentino l'utilizzo. Non esistono schede di registrazione e monitoraggio per tracciare l'uso della contenzione, tanto che spetta agli infermieri la decisione di avviare e concludere la procedura in base alla loro esperienza professionale (Wang et al., 2019). Anche in Hong Kong (Regione amministrativa speciale della Cina), la decisione di applicare le contenzioni in contesti di assistenza psichiatrica è nelle mani degli infermieri, e la loro frequenza è maggiore rispetto alla media globale (Lee et al., 2021).

Una situazione simile si verifica in Arabia Saudita, dove la decisione è presa dagli infermieri psichiatrici (Hasan et al., 2019). Gli infermieri in Giordania seguono la stessa prassi e generalmente non registrano nulla in cartella, ritenendo che l'ordine medico non sia indispensabile. Quindi, la contenzione è una pratica comune poiché credono che sia necessaria per la sicurezza e la protezione del paziente (Almomani et

al., 2020). Inoltre, in Giordania, si osserva un maggior utilizzo nelle unità di terapia intensiva (Suliman et al., 2017). In India, la formazione è correlata al genere, e molti infermieri applicano la contenzione senza un ordine scritto del medico (Ghandi et al., 2018). Alcuni studi condotti in Turchia evidenziano una percentuale molto elevata di utilizzo della contenzione da parte del personale infermieristico (Ertuğrul et al., 2021). La situazione cambia drasticamente in Irlanda, dove è presente una politica nazionale attiva che regola l'uso della contenzione. Questa politica mira a creare un ambiente privo di contenzione e ne limita l'uso nei contesti in cui non dovrebbe essere applicata (Leahy-Warren et al., 2018). Possono essere utilizzate solo cinture addominali, guanti, sedie su misura e spondine del letto (Redmond et al., 2022). Alcuni studi nella letteratura sottolineano l'importanza del medico come responsabile della prescrizione scritta (Salehi et al., 2020), ma in alcuni casi, una buona parte degli infermieri applica la contenzione senza tale ordine scritto (Eskandari et al., 2017, Ghandi et al., 2018, Almomani et al., 2020, Suliman et al., 2017), mentre in altri casi, non sempre viene rilasciato un ordine scritto (Wang et al., 2019, Ertuğrul & Özden, 2021).

Il non utilizzo della contenzione quando è realmente necessaria può avere conseguenze legali per il personale infermieristico, così come l'applicazione impropria (Almomani et al., 2020). Gli infermieri sono responsabili della cura del paziente e sono legalmente responsabili per eventuali danni causati (Salehi et al., 2020). In alcuni contesti culturali, gli infermieri si trovano a dover scegliere tra il comfort del paziente e la propria protezione contro problemi legali (Mahmoud, 2017), ad esempio, per via delle implicazioni legali che possono derivare dalla pratica, come l'insorgenza di effetti avversi o l'applicazione ritenuta impropria (Salehi et al., 2020).

**Tabella 1.** Studi internazionali in tema di contenzione.

| Autore/i (Anno)   | Tipologia di studio     | Campione/contexto   | Intervento  | Risultati   |
|---|-------------------------|---|---|---|
| Fatemeh Eskandari, Khatijah Lim Abdullah, Nor Zuraida Zainal, Li Ping | Descrittivo trasversale | Periodo: Gennaio 2014<br>Paese: Malaysia<br><br>Selezionati 12 reparti di un ospedale a Kuala Lumpur. terapia intensiva, medicina, chirurgia, neurologia, geriatria e riabilitazione, | 309 questionari. Questionario di Janelli et al. (1991) tradotto e diviso in tre parti.<br>• Prima: caratteristiche demografiche e professionali (22 items); | Punteggi alti su conoscenza; atteggiamento e intenzione ottengono altrettanto dei punteggi alti. I reparti con più frequenza: geriatria e psichiatria. Incomprensioni sul corretto utilizzo e poca consapevolezza delle |

|   |                         |   |   |   |
|---|-------------------------|---|---|---|
| Wong (2017)   |                         | psichiatria. Criteri inclusione: esperienza lavorativa almeno 6 mesi I partecipanti totali 309.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seconda e terza: conoscenza, atteggiamento e pratica nell'uso della contenzione (45 items).</li> </ul>   | implicazioni che ne derivano.   |
| L. Wang, X.-P. Zhu, X.-T. Zeng, P. Xiong (2019)         | Descrittivo trasversale | <p>Periodo: Agosto - Ottobre 2014<br/>Paese: Cina</p> <p>Sono stati selezionati quattro ospedali nella provincia di Hubei. Il campione include il personale infermieristico. 200 partecipanti.</p>  | <p>200 questionari al personale infermieristico, items introdotti in Cina da uno studio di Xia &amp; Li (2008) divisi in quattro sezioni.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prima: dati sociodemografici.</li> <li>• Seconda: conoscenza relativa alle contenzioni (16 items).</li> <li>• Terza: atteggiamento (13 items).</li> <li>• Quarta: pratica (15 items).</li> </ul> | Rimossi tredici questionari per grave mancanza di dati o perché identici. Esaminati 172 questionari totali. I livelli di conoscenza e pratica in merito all'utilizzo della contenzione sono positivamente associati alla formazione. L'approccio degli infermieri è prevalentemente neutrale. |
| Büşra Ertuğrul, Dilek Özden (2021)                      | Descrittivo trasversale | <p>Periodo: Settembre 2018 - Febbraio 2019<br/>Paese: Turchia</p> <p>Selezionati tre ospedali in tutta la regione turca. I partecipanti sono 202 infermieri.</p>  | <p>Questionario estrapolato da Janelli et al. (1994), presenta due parti.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prima: caratteristiche sociodemografiche e professionali dei partecipanti (19 items);</li> <li>• Seconda: scala rilevazione livello conoscenza, atteggiamento e pratica relativo all'uso delle contenzioni (37 items).</li> </ul>                                | Gli infermieri presentano buona conoscenza, comportamento adeguato, e possiedono un moderato livello di buone pratiche relative alla contenzione del paziente.  |
| Mohammad Suliman, Sami Aloush, Khitam Al-Awamreh (2017) | Descrittivo trasversale | <p>Periodo: non specificato<br/>Paese: Giordania</p> <p>Selezionati 400 infermieri operanti in tre ospedali, scelte 12 unità operative di cure intensive: 4 mediche, 4 chirurgiche, 4 unità coronarie, 2 terapie sub-intensive. Incluso</p> | <p>Somministrato il <i>Physical Restraint Questionnaire</i> (Janelli et al., 1994) tradotto in lingua araba. Restituiti 300 questionari. Diviso in tre parti.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prima: conoscenza (15 dichiarazioni), risposta Accordo/Disaccordo;</li> </ul>  | Tasso di risposta 75%. Gli infermieri mostrano insufficiente conoscenza riguardo misure relative alla contenzione e alle pratiche sicure. Mancanza di conoscenza dei fatti e degli standard relativi all'uso delle contenzioni. Atteggiamento negativo in rapporto alla contenzione. Bassa    |

|  |                         |  |  |   |
|--|-------------------------|--|--|---|
|  |                         | un ospedale universitario a nord.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seconda: atteggiamento (11 dichiarazioni), risposta Accordo/Disaccordo/Nessuna opzione;</li> <li>• Terza: pratica (14 dichiarazioni), risposta Sempre/A volte/Mai.</li> </ul>   | percentuale di risposte corrette sulla conoscenza: una carenza formativa; ne deriva una carenza nelle conoscenze e una pratica mediocre.  |
| Tsz-Kai Lee, Maritta Välimäki, Tella Lantta (2021)                           | Descrittivo trasversale | <p>Periodo: Dicembre 2016<br/>Paese: Hong Kong</p> <p>Selezionato un ospedale psichiatrico. Studio condotto in 8 reparti specializzati in trattamento di disturbi mentali negli adulti, disabilità intellettive, abuso di sostanze e disturbi psichiatrici in età senile. Condotto un sondaggio su 133 infermieri.</p> | <p>Somministrato il <i>Physical Restraint Questionnaire</i> di Janelli (1991) a 98 infermieri; diviso in tre parti.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prima: conoscenza (18 items), risposta Vero/Falso/Non sono sicuro/a;</li> <li>• Seconda: pratica (18 items), risposta Sempre/A volte/Mai;</li> <li>• Terza: atteggiamento (12 items), risposta Accordo/Neutrale/Disaccordo”</li> </ul>  | Tasso di risposta: 74%. Risultati significativi per età, esperienza e istruzione. Correlazione tra conoscenza, anni di esperienza lavorativa; gli infermieri dimostrano buona conoscenza relativa alla contenzione, il comportamento e la pratica sono soddisfacenti. Supportata l'ipotesi che le conoscenze, le pratiche e gli atteggiamenti siano correlati tra loro.   |
| Liam Gerard Redmond, Pauline K. Hyland, Patricia Meredith, Mark White (2022) | Descrittivo trasversale | <p>Periodo: inizio 2020<br/>Paese: Irlanda</p> <p>Selezionate due Residenze Sanitarie Assistenziali nel sud-est. Partecipazione libera di 83 infermieri qualificati. Esclusi i partecipanti che non rientrano nei criteri di eleggibilità.</p>   | <p>Sondaggio costruito da due misure:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. scala di misurazione della conoscenza e del comportamento progettata da Janelli et al. (2006) divisa in tre parti:</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prima: informazioni sociodemografiche (22 items);</li> <li>• Seconda: conoscenza (18 items);</li> <li>• Terza: atteggiamento (12 items).</li> </ul> <p>Un gruppo di esperti in gerontologia è stato reclutato per adattare le misure originali sulla conoscenza e l'atteggiamento della popolazione infermieristica, il tutto</p> | Tasso di risposta: 70%. Alti livelli di conoscenza e atteggiamenti di rifiuto verso l'implementazione delle contenzioni. Relazione significativamente positiva tra conoscenza e atteggiamenti (entrambe le variabili predicono negativamente le intenzioni in merito all'uso delle contenzioni). Infermieri con punteggi elevati nella conoscenza tendono ad avere atteggiamenti che si oppongono all'uso della contenzione nella pratica. La formazione è significativamente correlata alla conoscenza e agli atteggiamenti; gli anni di esperienza non hanno riportato risultati significativi (no correlazione). |

|   |                            |   |  |  |
|---|----------------------------|---|--|--|
|   |                            |   | in linea con l'attuale politica nazionale.<br>2. scala di misura delle intenzioni di Werner e Mendelsson's (2001): identificati quattro scenari comunemente riscontrati; valuta le intenzioni.   |  |
| Abd Al-Hadi Hasan, Amal Abulattif ah (2019)                                 | Descrittivo trasversale    | Periodo: tra Aprile e Giugno 2017<br>Paese: Arabia Saudita<br><br>Indagine condotta nell'ospedale <i>Al-Amal Mental Health Government Hospital</i> nella città di KSA (Jeddah). Selezionato campione di 110 infermieri che prestano servizio nella struttura. | Somministrato un questionario a 161 infermieri; si compone di due parti.<br>• Prima: caratteristiche demografiche e professionali<br>• Seconda: esiti di interesse.<br>Utilizzata scala Janelli et al. (1992) divisa in tre parti:<br>1. Conoscenze (18 items), risposta a gradimento da 1 a 3, corretta 1 punto, range 0-18; * [ $>$ punti = $>$ conoscenza]<br>2. Atteggiamento (10 items), risposta gradimento da 1=fortemente in disaccordo a 4=fortemente d'accordo, range 10-40; * [ $<$ 23 negativo, $>$ 24 positivo]<br>3. Pratica (18 items), punteggio 1- eseguito e 0-non eseguito. | Tasso di risposta: 89%; su 161 infermieri 42 hanno rifiutato di cooperare e 19 sono stati esclusi per non aver risposto al contatto da parte dei ricercatori. I risultati hanno mostrato alcune differenze significative tra conoscenza atteggiamento e pratica degli infermieri relative al genere, al livello di istruzione ricevuta e agli anni di esperienza nel settore. C'è una correlazione significativa tra il titolo accademico e le variabili prese in esame. |
| Maysa H. Almomani, Wejdan A. Khater, Baha'a Aldin Abdel-Latif Qasem, Rachel | Descrittivo osservazionale | Periodo: non specificato<br>Paese: Giordania<br><br>Condotto in nove unità di terapia intensiva site nei tre governatorati più estesi della regione. Inclusi nello studio gli infermieri che lavorano solamente in  | Selezionati 301 infermieri di terapia intensiva con: almeno un anno di esperienza in TI e parlino fluentemente arabo. Questionario: originariamente sviluppato in lingua araba da Taha e Ali (2013), divisa in due parti.  | Più della metà degli infermieri percepisce di avere conoscenze sufficienti. La maggior parte degli infermieri risulta avere una pratica non accettabile. C'è incongruenza tra percezione e reale conoscenza. Si è riscontrato che l'applicazione delle   |

|  |                         |  |  |  |
|--|-------------------------|--|--|--|
| A. Joseph (2020)   |                         | queste unità operative.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Prima: dati sociodemografici;</li> <li>● Seconda: conoscenza (35 items).</li> </ul> <p>Osservazione: valutazione della pratica, <i>checklist</i> sviluppata da Taha e Ali (2013), divisa in due parti:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. informazioni generali come rapporto infermiere-paziente, sito e tempo di osservazione;</li> <li>2. conoscenza della pratica (19 items), scelta multipla, risposta corretta 1 punto, range 1-35. * [&gt; 60% = conoscenza soddisfacente]</li> </ol> <p>Solo 81 infermieri sono stati inclusi nell'osservazione.</p> | contenzioni è una decisione autonoma degli infermieri; questo espone il personale infermieristico a problemi di rilevanza legale se le contenzioni non sono applicate nel modo corretto. Vi è necessità di aumentare la consapevolezza e la conoscenza delle questioni giuridiche correlate alla pratica della contenzione.  |
| Sailaxmi Gandhi, Vijayalakshmi Poreddi, Nagarajiah, Marimuttu Palaniappan, S. Sai Nikhil Reddy, Suresh BadaMath (2018) | Descrittivo trasversale | <p>Periodo: Novembre 2015<br/>Paese: India</p> <p>Studio condotto in un centro di cura nel settore terziario nel sud del paese. 140 infermieri sono risultati elegibili, e il campione finale è 128. Criteri di inclusione: a) ambo sesso, b) lavorare in differenti unità operative psichiatriche con minimo un anno di esperienza.</p> | <p>Somministrato questionario Suen (1999) di valutazione diviso in quattro parti.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Prima: informazioni sociodemografiche;</li> <li>● Seconda: conoscenza (11 items), risposta Vero/Falso, corretta=1 punto;</li> <li>● Terza: atteggiamento (12 items), risposte gradimento da 4=fortemente d'accordo a 1=fortemente in disaccordo, range 12-48; * [&lt; 23 negativo, &gt; 24 positivo]</li> <li>● Quarta: pratica (10 items), risposte da 3=Sempre a 1=Mai.</li> </ul>  | Tasso di risposta: 86%. I risultati rivelano che gli infermieri hanno una migliore conoscenza e atteggiamenti favorevoli, che si riflettono nelle buone pratiche dell'uso della contenzione nei pazienti psichiatrici. Vi è un'associazione significativa tra il genere, la conoscenza e l'atteggiamento dei partecipanti. Inoltre, è stata trovata una correlazione positiva significativa dei punteggi tra la conoscenza, l'attitudine e la pratica. |

### **1.3. Aspetti definitivi della contenzione**

La contenzione può essere definita come un atto sanitario assistenziale che utilizza mezzi chimici, fisici e ambientali, applicati direttamente all'individuo o al suo spazio circostante per limitarne i movimenti (Bleijlevens et al., 2016). Abbiamo dunque la possibilità di identificare una contenzione fisica, una meccanica, una farmacologica e una ambientale.

La contenzione fisica coinvolge uno o più membri del personale dell'assistenza che tengono la persona, la muovono o bloccano il suo movimento per impedirgli di andarsene (Raveesh & Lepping, 2019). Questa contenzione impone una limitazione manuale del movimento di una persona (tutto il corpo o alcune parti del corpo) spesso usando la forza.

La contenzione meccanica invece implica secondo la Food and Drug Administration l'uso di un dispositivo (DGR n. 1106 del 06 agosto 2020); sono inclusi, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, braccialetti, cavigliere, gilet, guanti, supporti per il corpo/arto o altri tipi di cinghie destinati a scopi medici e che limitano i movimenti del paziente nella misura necessaria per il trattamento, l'esame o la protezione del paziente o di altri (Parkers & Tadi, 2022, Raveesh & Lepping, 2019).

Ad esempio, quando parliamo di contenzione meccanica possiamo fare riferimento alla utilizzazione di fasce o cinture applicate all'utente, all'uso di un lenzuolo contenitivo, a sponde di protezione. Quando il paziente è in carrozzina, sedia o poltrona, abbiamo l'applicazione di corpetti con bretelle, cinture addominali, cinture pelviche, tavolino o piano d'appoggio fisso, divaricatore inguinale.

Esistono poi mezzi di contenzione per segmenti corporei come cavigliere e polsiere, nonché sistemi di postura utilizzati a fini di contenzione (Strote et al., 2023).

Le spondine costituiscono solo in una parte dei casi un dispositivo di contenzione, in particolare le sponde completamente oclusive e non apribili del paziente coprenti l'intera lunghezza del letto costituiscono dispositivi di contenzione. In pratica la presenza di un dispositivo di contenzione in caso di uso di spondine è la presenza di un dispositivo che non permette al soggetto di alzarsi. Viceversa, l'uso di semi sponde modulabili sollevabili alternativamente con possibilità di scendere dal letto non è un mezzo di contenzione in quanto non limita la libertà di movimento del soggetto (Benci L. 2019).

La contenzione farmacologica è la somministrazione di un farmaco che non fa parte del regime di trattamento e che viene utilizzato per limitare la libertà di movimento di e/o controllare il comportamento del paziente. Implica l'uso inappropriato di un farmaco sedativo o psicotropico, spesso somministrato in risposta a un atto percepito come violento o aggressivo contro sé stessi o gli altri o per controllare le persone e renderle "più facili da gestire" (Moore et al., 2023). Può essere utilizzata da sola o con la contenzione fisica/meccanica al fine di risolvere le situazioni che richiedono tale prescrizione (Di Lorenzo et al., 2014, Parkers & Tadi, 2022).

Il farmaco utilizzato può essere sedativo, ipnotico, neurolettico o dissociativo, e deve avere un esordio rapido con effetti collaterali minimi; le tre classi di farmaci maggiormente utilizzati sono: benzodiazepine, antipsicotici di prima generazione e antipsicotici di seconda generazione (Parkers & Tadi, 2022).

La contenzione ambientale consiste nell'isolare un individuo lontano dagli altri limitando fisicamente la sua capacità di lasciare uno spazio definito (Parkers & Tadi, 2022, APNA, 2022). Può essere attuata bloccando qualcuno in uno spazio definito (ad es. stanza), o contenendolo in un'area specifica bloccando le porte di accesso, o dicendogli che non è consentito spostarsi da uno spazio definito minacciandolo, o implicando conseguenze negative se lo fa (D'Lima et al., 2016).

L'American Psychiatric Nurses Association (APNA) definisce alcune contenzioni come dispositivi di protezione senza i quali non si potrebbe procedere ad uno specifico trattamento o cura. Sono compresi i dispositivi ortopedici, alcuni tipi di medicazione, alcuni tipi di bendaggio chirurgico, dispositivi quali caschi o altri mezzi contenitivi, con lo scopo di effettuare esami fisici o test di routine, o semplicemente dispositivi atti a proteggere il paziente dalla caduta, per consentire allo stesso di partecipare ad attività diminuendo il rischio di danni fisici. Ne sono un esempio le sponde rialzate per impedire di cadere all'esterno del letto, un tavolo pesante posto di fronte o una cintura in vita che impedisca ad una persona di cadere dalla sedia (Parkers & Tadi, 2022).

#### **1.4 Motivi di utilizzo**

I motivi correlati alla prescrizione possono essere vari in diversi paesi del mondo. Nella letteratura si possono trovare degli studi che riportano alcuni dei più frequenti motivi di utilizzo.

La contenzione è applicata per le motivazioni di seguito elencate:

- ✓ come metodo di contenimento dell'aggressività (Di Lorenzo et al., 2014, Vieta et al., 2017, Redmond et al. 2022) e dell'agitazione psicomotoria (Ertuğrul & Özden, 2021, Almomani et al., 2020);
- ✓ come prevenzione del rischio di caduta dal letto o dalla sedia (Parkers & Tadi, 2022), in special modo in contesti quali residenze socioassistenziali per anziani (Leahy-Warren et al., 2018, Staggs et al., 2017);
- ✓ per prevenire lesioni a sé o agli altri (Mahmoud, 2017, Jial et al., 2015, Wang et al., 2019, Lee et al., 2021, Hasan et al., 2019, Gandhi et al., 2018);
- ✓ per insufficiente numero di infermieri presenti che possano monitorare i pazienti (Jial et al., 2015, Wang et al., 2019, Suliman et al., 2017, Lee et al., 2021, Ghandi et al., 2018);
- ✓ per la sicurezza generale del paziente (Salehi et al., 2020, Suliman et al., 2017);
- ✓ per evitare l'estubazione (Perez et al., 2021, Jiang et al, 2015, Wang et al., 2019);
- ✓ per motivi legali (Mahmoud, 2017, Salehi et al., 2020).

La pratica della contenzione, dunque, deve essere applicata al paziente solamente come misura ultima per prevenire il danno imminente a sé o agli altri, e per il più breve tempo possibile; l'obiettivo è quello di limitarne l'uso, per quanto possibile, riducendo sia la frequenza che la durata. Si possono riassumere le criticità che portano al loro utilizzo in tre fattori: a) impedire danni/lesioni a sé o agli altri, che alterino l'integrità psicofisica del paziente o di altre persone, b) necessità di garantire trattamenti terapeutici intensivi in pazienti che ostacolano involontariamente la somministrazione della terapia o che manomettono i dispositivi sanitari, c) impedire danni/lesioni in pazienti a rischio caduta (DGR n. 1106 del 06 agosto 2020).

### **1.5. Possibili conseguenze dall'applicazione della contenzione meccanica**

Tra le diverse tipologie la contenzione meccanica è quella verso la quale vi è una maggiore attenzione, da un lato per la frequente applicazione in un contesto ospedaliero nosocomiale e territoriale, e dall'altro per la possibile associazione con conseguenze sul piano della salute del paziente.

L'applicazione della contenzione meccanica si può associare a possibili conseguenze di danno al paziente. In particolare, i danni possono essere di tipo diretto e di tipo

indiretto. I danni diretti sono causati dalla pressione esercitata dal mezzo di contenzione. I danni indiretti comprendono tutte le possibili conseguenze dell'immobilità forzata come lesioni da pressione, aumento della mortalità, cadute, prolungamento dell'ospedalizzazione, etc. (Benci, 2019, Moore et al., 2023).

Si possono appalesare dei traumi di tipo meccanico con asfissia da compressione della gabbia toracica, strangolamento, lesione dei tessuti molli superficiali, lesioni ischemiche e/o nervose da presidi troppo stretti o applicati non correttamente. Possono essere presenti e svilupparsi malattie funzionali e organiche, ossia il decadimento psicofisico, l'incontinenza, l'infezione, la diminuzione della massa del tono della forza muscolare e l'aumento dell'osteoporosi; poi ovviamente, ma non da ultimo, vi sono delle sindromi della sfera psicosociale con uno sviluppo di stress, una sensazione di umiliazione da parte del paziente, depressione, paura e sconforto (Benci, 2019; Moore et al. 2023).

#### **1.6. Liceità della contenzione e sue basi giuridiche**

L'utilizzo della contenzione è vincolato a obblighi che derivano da indicazioni fornite dal Comitato Nazionale per la bioetica, dalla Costituzione, dal Codice penale e dal Codice deontologico.

Il Comitato Nazionale per la Bioetica ha fissato i seguenti punti fermi: *«il ricorso alle tecniche di contenzione meccanica deve rappresentare l'extrema ratio»* e, anche nell'ambito del Trattamento Sanitario Obbligatorio, essa deve avvenire *«solamente in situazioni di reale necessità ed urgenza, in modo proporzionato alle esigenze concrete, utilizzando le modalità meno invasive e solamente per il tempo necessario al superamento delle condizioni che abbiano indotto a ricorrervi»* (Comitato Nazionale per la Bioetica, 2015).”

Sul piano Costituzionale in materia di contenzione i riferimenti normativi sono dati dagli articoli della Costituzione che realizzano l'autodeterminazione (art. 2), il diritto all'inviolabilità della libertà personale (art. 13) e il diritto alla salute e alla dignità (art. 32).

L'art. 2 prevede che la Repubblica riconosca e garantisca i diritti inviolabili dell'uomo. L'art. 13, che sancisce il principio dell'inviolabilità della libertà personale, prevede al

quarto comma la punizione di ogni violenza fisica e morale “sulle persone comunque sottoposte a restrizione di libertà”, e riguarda gli interventi coercitivi.

L’art. 32 definisce la tutela della salute come diritto fondamentale dell’individuo, per il quale nessuno è obbligato a sottoporsi a trattamenti sanitari se non per disposizione di legge, e riguarda gli interventi obbligatori.

Per quanto concerne il Codice penale e la contenzione si rilevi quanto segue. La contenzione meccanica non è considerata come atto terapeutico ed è, se non scriminata dallo stato di necessità, da valutarsi in base a criteri rigorosi. Comporta per i sanitari la responsabilità per sequestro di persona, ovvero responsabilità del medico o dell’infermiere per atti compiuti in mancanza di consenso del paziente, inquadrati tra i delitti (dolosi), contro la libertà individuale. Nel nostro ordinamento non esiste disposizione di legge che, in modo esplicito, autorizzi l’uso dei mezzi di contenzione: il tramite attraverso cui si legittima la contenzione è costituito dallo stato di necessità (art. 54 c.p.), allorché il danno o il pericolo a cui si espone il paziente sia proporzionato a quello che si prefigge di evitare mettendo in atto la contenzione.

La facoltà di ricorrere alla contenzione sussiste quando altri mezzi non siano realisticamente efficaci, in casi in cui sia riconoscibile ed evidente il carattere dell’eccezionalità.

Potrà essere giustificato nei casi di estrema emergenza, mediante l’applicazione nel caso concreto dell’esimente dello stato di necessità di cui all’art. 54 c.p.

Interessante indicazione circa l’applicazione della contenzione derivano dalla lettura dei codici deontologici dei medici e degli infermieri. In particolare, il codice deontologico medico evidenzia all’articolo 32 quanto segue.

*“Doveri del medico nei confronti dei soggetti fragili*

*Il medico tutela il minore, la vittima di qualsiasi abuso o violenza e la persona in condizioni di vulnerabilità o fragilità psico-fisica, sociale o civile in particolare quando ritiene che l’ambiente in cui vive non sia idoneo a proteggere la sua salute, la dignità e la qualità di vita. Il medico segnala all’Autorità competente le condizioni di discriminazione, maltrattamento fisico o psichico, violenza o abuso sessuale.*

*Il medico, in caso di opposizione del rappresentante legale a interventi ritenuti appropriati e proporzionati, ricorre all’Autorità competente.*

*Il medico prescrive e attua misure e trattamenti coattivi fisici, farmacologici e ambientali nei soli casi e per la durata connessi a documentate necessità cliniche, nel rispetto della dignità e della sicurezza della persona”.*

Indicazioni ancora più precise circa la contenzione derivano dal codice deontologico degli Infermieri all'articolo 35.

*“L’Infermiere riconosce che la contenzione non è atto terapeutico. Essa ha esclusivamente carattere cautelare di natura eccezionale e temporanea; può essere attuata dall’equipe o, in caso di urgenza indifferibile, anche dal solo Infermiere se ricorrono i presupposti dello stato di necessità, per tutelare la sicurezza della persona assistita, delle altre persone e degli operatori. La contenzione deve comunque essere motivata e annotata nella documentazione clinico assistenziale, deve essere temporanea e monitorata nel corso del tempo per verificare se permangono le condizioni che ne hanno giustificato l’attuazione e se ha inciso negativamente sulle condizioni di salute della persona assistita”.*

Leggendo questo articolo si possono già notare alcuni elementi che sono di derivazione giurisprudenziale. Innanzitutto, vi è la consapevolezza che l'infermiere non considera la contenzione come un atto di tipo terapeutico, e riconosce come debba essere utilizzato dall'equipe, o in caso di urgenza indifferibile anche dal solo infermiere, se ricorrono i presupposti dello Stato di necessità per tutelare la sicurezza della persona assistita, delle altre persone o degli operatori. La contenzione deve essere comunque motivata e annotata nella documentazione clinico assistenziale, deve essere temporanea e monitorata nel corso del tempo per verificare se permangono le condizioni che ne hanno giustificato l'attuazione.

### **1.7. Illeciti penali e contenzione**

L'applicazione di mezzi di contenzione in assenza di uno stato di necessità potrebbe configurare a carico del sanitario responsabile uno dei seguenti reati:

Art. 605 del Codice penale: Sequestro di Persona. Chiunque priva taluno della libertà personale è punito con la reclusione da sei mesi a otto anni. La pena è della reclusione da uno a dieci anni, se il fatto è commesso:

- 1) in danno di un ascendente, di un discendente, o del coniuge;
- 2) da un pubblico ufficiale, con abuso dei poteri inerenti alle sue funzioni.

Art. 589 del Codice penale: Omicidio colposo. Chiunque cagiona per colpa la morte di una persona è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni. Se il fatto è commesso con violazione delle norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro la pena è della reclusione da due a sette anni. Se il fatto è commesso nell'esercizio abusivo di una professione per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato o di un'arte sanitaria, la pena è della reclusione da tre a dieci anni.

Si ritiene altresì importante riportare un articolo relativo alla falsità in atto pubblico sempre rilevante nel contesto dei reati connessi all'applicazione illecita della contenzione.

Articolo 479 del Codice penale: Falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici. Il pubblico ufficiale, che ricevendo o formando un atto nell'esercizio delle sue funzioni, attesta falsamente che un fatto è stato da lui compiuto o è avvenuto alla sua presenza, o attesta come da lui ricevute dichiarazioni a lui non rese, ovvero omette o altera dichiarazioni da lui ricevute, o comunque attesta falsamente fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità, soggiace alle pene stabilite nell'art. 476 [487, 493].

### **1.8. Linee guida**

Non essendo le contenzioni riconosciute come atto terapeutico dalla professione infermieristica (Fnopi, 2019), la ricerca delle linee guida si è rivelata difficoltosa; sono state ricercate maggiormente nelle banche dati e in alcuni siti istituzionali. È stata ricercata sul sito web della Regione Veneto, nella sezione dedicata ai decreti, una linea guida di indirizzo regionale per la contenzione fisica del paziente nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (DGR n. 1106 del 06 agosto 2020). Usufruento della piattaforma PubMed è stato possibile trovare: a) Linea Guida dell'APNA<sup>1</sup> (American Psychiatric Nurses Association), b) Protocollo di gestione del paziente con agitazione psicomotoria (Vieta et al., 2017), c) Linea Guida sull'utilizzo della contenzione nell'ambito dei servizi di salute mentale in India (Raveesh & Lepping, 2019). Le Linee guida selezionate sono state riassunte nella Tabella 2.

---

<sup>1</sup> APNA. Standards of Practice: *Seclusion and Restraint*, Revisione, Marzo 2022.

**Tabella 2:** Linee Guida selezionate.

| <b>Paese</b>           | Italia   | USA   | Spagna   | India  |
|------------------------|--|---|--|--|
| <b>Autore/i e anno</b> | Regione Veneto (2020)  | APNA (2022)   | Vieta et al., (2017)   | Raveesh & Lepping (2019)   |
| <b>Titolo</b>          | La contenzione fisica del paziente nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura  | STANDARDS DI PRATICA: contenzione e isolamento  | Protocollo per la gestione dei pazienti psichiatrici con agitazione psicomotoria   | Linee guida sulle contenzioni per i servizi di salute mentale in India   |
| <b>Obiettivi</b>       | Gli obiettivi principali sono: a) ridurre o abolire la contenzione, b) disciplinare l'intervento di contenzione nel rispetto della dignità della persona (pazienti e personale), c) fornire al personale delle linee di comportamento uniformi.  | Creare un rapporto di collaborazione con la persona assistita e il <i>caregiver</i> , per formulare un piano di trattamento individualizzato. Definizione della procedura da attuare in un quadro di emergenza. Personale adeguatamente formato per la pratica delle misure di coercizione.   | Creazione di un algoritmo riproducibile per altri sistemi sanitari. Orientamento sulla prevenzione, selezione e uso appropriato di farmaci, isolamento e contenzione, nei pazienti con sospetto o manifestazione di agitazione psicomotoria.                                       | Definizione della procedura da attuare in caso di contenzione fisica.  |
| <b>Popolazione</b>     | Personale sanitario che opera in un contesto di tipo ospedaliero, presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura.  | Personale sanitario che opera in un contesto di salute mentale (ospedale).  | Personale sanitario che opera in un contesto ospedaliero.  | Personale sanitario che opera in un contesto di salute mentale.  |
| <b>Raccomandazione</b> | Si sottolinea l'importanza della prevenzione e della gestione dell'agitazione, aggressività e violenza in caso di degenza in SPDC, urgenza territoriale e ospedaliera. Si raccomanda la formazione del personale sugli interventi di prevenzione che nell'adeguata gestione dell'intervento. | Si raccomanda di comunicare preferibilmente nella lingua parlata dalla persona, utilizzando i pronomi personali di sua preferenza, utilizzo di strumenti <i>evidence-based</i> per prevedere gli eventi di agitazione e aggressività, misurando le caratteristiche degli episodi di violenza. | Si raccomanda di prestare attenzione alle tre fasi:<br>1. Identificazione e valutazione dell'agitazione psicomotoria;<br>2. Intervento durante un episodio di agitazione psicomotoria;<br>3. Applicazione delle contenzioni fisiche e fase successiva all'agitazione psicomotoria. | Si raccomandano: rispetto della sicurezza e dignità del paziente, sicurezza del personale, prevenzione della violenza, monitoraggio continuo e annotazione sul registro. Si raccomanda l'utilizzo della procedura solo al personale formato e qualificato per la stessa. |

Per quanto concerne la contenzione del paziente nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (2020) si ha una particolare attenzione nei riguardi della riduzione della stessa all'interno dell'unità operativa e in contesti esterni. Nella prima parte del documento regionale Veneto sono analizzati gli aspetti giuridici implicati nella pratica. Si sottolinea che la decisione di mettere in pratica la contenzione è del medico, ma non è un "atto medico" in quanto non terapeutico; questo implica l'assunzione di responsabilità penale, civile o disciplinare della pratica da parte sua e di tutte le figure sanitarie coinvolte nell'assistenza del paziente. Si sottolinea altresì l'utilizzo della contenzione fisica e meccanica come *extrema ratio* anche in caso di TSO, nel pieno rispetto delle caratteristiche di necessità, urgenza e proporzionalità. I fattori coinvolti sono: strutturali e/o ambientali del reparto, organizzativi, relazionali, tecniche di "de-escalation", collaborazione con le forze dell'ordine, intervento farmacologico, procedura operativa di utilizzo dell'isolamento, della contenzione fisica e meccanica. Si ritiene che la prevenzione rivesta una parte molto rilevante nella gestione di agitazione/aggressività/violenza, la quale può effettuarsi non solo in un contesto di SPDC, ma anche extra-ospedaliero e di urgenza come nel Pronto Soccorso. La suddetta linea di indirizzo è quindi rivolta a tutte le strutture sanitarie e tutti i servizi nei quali si riscontrano situazioni cliniche di agitazione, per le quali può essere necessaria la contenzione fisica o meccanica. Nella seconda parte del documento troviamo informazioni relative alla descrizione della procedura operativa. Vi sono le definizioni, i tipi di contenzione, lo scopo che si esplicita in due punti (1. disciplinare l'intervento di contenzione nel rispetto della dignità della persona, 2. fornire al personale delle linee di comportamento uniformi), il campo di applicazione, le responsabilità di operatori sanitari e tutte le figure coinvolte nel caso, e tutta la parte relativa alle modalità operative. In quest'ultima è indicato il procedimento attuato in caso di contenzione del paziente. Si riconosce che una buona formazione del personale possa essere fondamentale sia per l'approccio preventivo che per la gestione dell'intervento. Infatti, la formazione da parte degli organi competenti dovrebbe includere degli eventi informativi su: a) riconoscimento dei fattori di rischio, b) approccio multidisciplinare nella prevenzione e tecniche alternative, c) modalità di contenzione e rischi clinici associati, d) aspetti legali, etici e di responsabilità legale.

Nella linea guida dell'APNA (2022) troviamo nella parte iniziale le definizioni di contenzione e i principali *standards* a livello americano. Anche negli USA si è adottata una politica che mira alla prevenzione e al miglioramento legislativo a supporto della pratica, in linea con le caratteristiche di necessità, urgenza e proporzionalità. La revisione del 2022 raccomanda una comunicazione nella lingua preferenziale del paziente e l'utilizzo di pronomi personali di sua preferenza. Di rilevante importanza sono gli strumenti *evidence-based*, i quali possono predire l'insorgenza di episodi di aggressione e valutare le caratteristiche degli episodi di violenza. Tali strumenti possono fornire dei dati molto preziosi, che consentono agli infermieri di testare l'efficacia degli interventi clinici volti alla prevenzione delle contenzioni fisiche/meccaniche e ambientali. Tale linea guida si impegna a supportare gli infermieri psichiatrici dando loro potere decisionale, che fornisca la definizione di un trattamento centrato sulla persona e non di tipo coercitivo; l'obiettivo principale è quello di supportare l'approccio centrato sulla persona. Infatti, gli infermieri promuovono la prevenzione e la sicurezza sia della persona che dello *staff*.

Il testo si divide in due capitoli: *standards* della performance professionale e *standards* di cura. Il primo include la regolazione del potere decisionale, la formazione dello *staff* e il miglioramento delle prestazioni. Il secondo include la collaborazione tra persona e *caregiver* al momento del ricovero, piani di trattamento e intervento, inizio della contenzione o isolamento, monitoraggio e valutazione delle persone in contenzione o isolamento, rilascio da contenzione/isolamento e documentazione.

Nel protocollo per la gestione dei pazienti psichiatrici con agitazione psicomotoria di Vieta et al., (2017) possiamo trovare l'applicazione e l'adeguamento delle Linee guida di consenso internazionale pubblicate in merito alla gestione dei pazienti psichiatrici con agitazione psicomotoria (PMA). Nello studio sono riportati 3 protocolli: 1) identificazione e valutazione del PMA, 2) interventi durante un episodio di PMA, 3) dopo l'episodio di PMA. Nel primo si raccomanda la valutazione della sicurezza del paziente e una valutazione iniziale che consideri la presenza di fattori di rischio demografici come sesso maschile, età < 40 anni, basso livello di istruzione, fattori di rischio psicosociali come storia di conflitto con il personale o altri utenti, eventi stressanti recenti, o fattori di rischio clinici come familiarità con PMA, ansia, paura, abuso di sostanze e bassa aderenza terapeutica. L'obiettivo della valutazione iniziale è

quello di escludere potenziali cause mediche, ottenere una rapida stabilizzazione delle condizioni del paziente, evitare il ricorso a misure coercitive, garantire una forma di gestione il meno restrittiva possibile, realizzare un'alleanza terapeutica con il paziente e sviluppare un piano di cura adeguato. Nel secondo protocollo troviamo la procedura di attuazione della contenzione. Lo scopo è stabilizzare il paziente in tempi rapidi, evitare il più possibile le misure coercitive, trattare il paziente in modo meno restrittivo, formare un'alleanza terapeutica e garantire un piano adeguato alle cure successive. Rientra in questa fase l'applicazione delle tecniche di *de-escalation*, che altro non sono che un processo verbale dinamico orientato a calmare l'assistito; qualora questo intervento non fosse efficace, insieme ad altri ed eventuali interventi applicati al caso, si analizzerà la gravità dell'episodio di PMA si potrà optare come ultima misura possibile la contenzione fisica, meccanica o farmacologica. Il paziente e la famiglia devono essere informati poiché viene richiesto loro il consenso per tale procedura; il mancato consenso da parte del paziente non preclude l'applicazione di mezzi coercitivi. Nel terzo protocollo viene trattato il post-intervento, ovvero quando si ha una risoluzione dell'episodio di PMA. Si procede con il discutere l'esperienza soggettiva del paziente chiedendo il proprio vissuto, quali sono stati i pensieri e sentimenti durante il trattamento. Questo processo aiuta la persona ad essere più consapevole, a elaborare la realtà e lo stato emotivo percepito durante l'episodio, e soprattutto a riconoscere i segni predittivi di manifestazione della PMA; si individuano dei modi per prevenire nuovi episodi e si stabilisce un piano di trattamento concordato a cui il paziente può partecipare.

Per quanto concerne le linee guida sulle contenzioni per i servizi di Salute Mentale in India sono state scelte le indicazioni di alcuni paesi del mondo, tra cui la British NICE. Il tentativo è quello di combinare le migliori pratiche, la ricerca in materia e una profonda comprensione dell'assistenza in ambito di Salute Mentale per quanto concerne la contenzione; questo per fornire una guida ai medici, nonché rassicurazioni ai pazienti e ai familiari. Si sottolinea che la contenzione può essere utilizzata solamente quando i metodi alternativi e meno invasivi si sono rivelati inefficaci o inappropriati. Deve essere applicata in completa sicurezza, ribadendo il concetto di necessità, urgenza e proporzionalità.

Nella prima parte vi sono le definizioni di contenzione ed altre parole significative. Nella seconda parte si trattano i principi che regolano l'utilizzo dei mezzi di coercizione, ovvero quando vengono presi in considerazione. Il testo sottolinea quanto la formazione in materia in India non sia molto diffusa.

Gli autori incoraggiano a sviluppare delle tecniche di contenzione culturalmente appropriate nelle strutture sanitarie indiane, che vengano insegnate in modo sistematico e standardizzato. Vi sono poi indicazioni sulla prevenzione, inizio della pratica, il monitoraggio dei pazienti e il rilascio della coercizione.

## **CAPITOLO II: Obiettivi della tesi**

### **2.1 Problema**

Grazie alla pratica svolta durante il tirocinio curriculare, previsto dall'ordinamento del corso di laurea, si può venire a contatto con problemi reali o eventuali presenti nella pratica clinica. Una delle tematiche che presenta maggiori controversie è la pratica della contenzione.

Stante la mancanza di riferimenti normativi che analizzino e disciplinino a livello italiano l'applicazione della contenzione, si è ritenuto utile cercare di comprendere dalla lettura di sentenze in tema di responsabilità professionale penale in relazione alla contenzione le ragioni alla base delle decisioni dei Giudici.

### **2.2 Obiettivi**

Gli obiettivi della presente tesi sono pertanto i seguenti:

- 1) Analizzare l'orientamento giurisprudenziale italiano in tema di contenzione alla luce della letteratura di riferimento;
- 2) Trarre dall'orientamento giurisprudenziale italiano penale elementi di indirizzo pratico per l'attività infermieristica.

Con il primo obiettivo si estrapolano le informazioni di interesse dalla giurisprudenza ed indirettamente dalla letteratura di riferimento in merito all'utilizzo dei mezzi di contenzione. Si analizzano delle sentenze che coinvolgano il personale sanitario, e nello specifico medici e infermieri, in modo tale da comprendere quale sia l'orientamento della giurisprudenza italiana in materia. Questo per discriminare una contenzione definita propria da una definita impropria.

Con il secondo obiettivo si cerca di trarre dalle sentenze degli elementi di carattere positivo per quanto concerne la pratica nell'ambito della applicazione della contenzione. Questo per comprendere se gli esiti possano essere utili ai fini della pratica.

### **CAPITOLO III: Materiale e metodi**

La ricerca si è svolta mediante utilizzo del portale della Corte di Cassazione per la ricerca di sentenze.

La ricerca è stata finalizzata mediante specifici filtri di ricerca a identificare sentenze della Corte di Cassazione in ambito penale.

Dalla lettura delle sentenze ne sono state identificate altre o in gradi differenti di giudizio (primo grado e giudizio della corte d'appello) o di altri procedimenti penali.

È stata quindi eseguita una ricerca libera in *Google* ([www.google.it](http://www.google.it)) di sentenze in ambito penalistico con range temporale 2010-2023, partendo dai dati ottenuti dalle sentenze ricavate dalla Corte di Cassazione. La ricerca in *Google* ha consentito di trovare commenti ad altre sentenze e sentenze in extenso in riviste di giurisprudenza. Sono state considerate primariamente quelle della Corte di Cassazione e, quindi, quelle di primo e secondo grado.

Sono state utilizzate come chiavi di ricerca le parole di seguito elencate: *contenzione paziente, responsabilità professionale, liceità contenzione, condanna assoluzione, omicidio colposo, sequestro di persona*.

Lo scopo della ricerca era l'identificazione di almeno un procedimento penale conclusosi con l'assoluzione dei sanitari coinvolti e di almeno un procedimento penale conclusosi con la condanna dei sanitari coinvolti.

Le due tipologie di sentenze, assolutoria e di condanna, sono state analizzate in relazione alle ragioni che hanno portato ad una decisione opposta dei Giudici.

Sono state reperite le seguenti sentenze.

- ✓ 2008. Cassazione penale, Sezione IV sentenza n. 48292 del 29.12.2008 – condanna.
- ✓ 2010. Cassazione Penale, Sezione V sentenza n. 34961 del 27.09.2010 – condanna.
- ✓ 2012. Tribunale Cagliari 17.7.2012 sentenza n.934 – assoluzione.
- ✓ 2014. Corte d'appello Cagliari – assoluzione.
- ✓ 2015. Cassazione Penale, Sezione V sentenza n.28704 del 14.4.2015 – assoluzione.
- ✓ 2016. Corte d'appello di Salerno sentenza del 15.11.2016 – condanna.
- ✓ 2018. Cassazione Penale, Sezione V sentenza n.50497 del 20.6.2018 – condanna.

## **CAPITOLO IV: Risultati**

Coerentemente con le finalità della tesi si è deciso di analizzare due casi giudiziari instaurati con l'ipotesi di omicidio colposo per la morte di un paziente sottoposto a contenzione. I due casi giudiziari si sono conclusi in un caso con l'assoluzione dei sanitari e nell'altro con la condanna dei sanitari. Le due sentenze della Cassazione Penale considerate sono la n. 50497 del 20.6.2018 conclusasi con la condanna dei sanitari e la numero 28704 del 14.4.2015 conclusasi con l'assoluzione dei sanitari imputati.

Si analizzano di seguito le motivazioni che hanno portato al riconoscimento della responsabilità dei sanitari nelle sentenze della Cassazione del 2018. Si ripercorre brevemente la storia del caso che ha visto il decesso del signor Mastrogiovanni Francesco dopo applicazione della contenzione. Ricovero in regime di T.S.O. per la durata di sette giorni a seguito di anomalie comportamentali consistenti in *“agitazione psicomotoria, alterazione comportamentale ed etero aggressiva”*.

*“Il signor Mastrogiovanni aveva attraversato in auto a forte velocità le strade e l'isola pedonale del centro abitato di Acciaroli (SA), ponendo a rischio l'incolumità dei pedoni... A partire dalle ore 14,24 del 31 luglio 2009 il Mastrogiovanni veniva posto in regime di contenzione - fascette dotate di viti di fissaggio ai quattro arti, a mezzo delle quali veniva legato alle sbarre del letto. Lo stato di contenzione, disposto ...perdurava ininterrottamente fino alla mattina del giorno 4 agosto 2009, allorché veniva constatato il decesso del paziente.”*

La lettura della sentenza della Corte di Cassazione evidenzia le condanne di seguito descritte. Due medici condannati ad un anno e tre mesi di reclusione, altri due a dieci mesi, confermata la pena a 13 mesi per altro medico. Gli infermieri sono stati condannati a 8 mesi e a 7 mesi di reclusione.

L'impianto globale delle sentenze emanate vede prevalere il reato di sequestro di persona e decadere quello di omicidio colposo.

Il procedimento penale era stato instaurato nei confronti dei sanitari primariamente con l'ipotesi di un omicidio colposo successivo ad una contenzione. Nella lunga sentenza analizzata viene a cadere il reato di omicidio colposo per mancanza del nesso di causa tra contenzione e morte. Viceversa, nell'impianto della sentenza si descrive e riconosce

una responsabilità per sequestro di persona. Il sequestro di persona viene ad essere dimostrato dai giudici per l'applicazione non lecita di una contenzione.

La sentenza descrive quindi precisamente come dal punto di vista giudiziario una contenzione possa essere lecitamente o illecitamente applicata. Oltre all'integrazione del reato di sequestro di persona da contenzione illecita è dato ampio spazio alla carenza documentale osservata dai giudici. Si riporta di seguito uno stralcio della sentenza che evidenzia l'importanza di una corretta applicazione della contenzione.

*“...lecito l'uso della contenzione meccanica al ricorrere delle condizioni di cui all'art. 54 c.p., allorquando sussista una concreta situazione di pericolo attuale di grave danno alla persona (del paziente o di coloro che con lui interagiscono durante la degenza), non altrimenti evitabile e rispondente al criterio di proporzionalità.*

*In particolare, questa Corte (sez. 5 n. 28704 del 14/04/2015, Rv. 264851), proprio in un caso in cui era stata applicata al paziente sottoposto al trattamento sanitario obbligatorio la contenzione meccanica, ha statuito che, ai fini dell'integrazione dell'esimente dello stato di necessità, occorre che il pericolo di un grave danno sia attuale ed imminente, o, comunque, idoneo a far sorgere nell'autore del fatto la ragionevole opinione di trovarsi in siffatto stato, non essendo all'uopo sufficiente un pericolo eventuale, futuro, meramente probabile o temuto. Si deve trattare di un pericolo non altrimenti evitabile sulla base di fatti oggettivamente riscontrati e non accertati solo in via presuntiva.*

*Dunque, occorre, in primo luogo, che la situazione di pericolo sia “attuale”. Questo vuoi dire che non è assolutamente ammissibile l'applicazione della contenzione in via “precauzionale” sulla base della 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”.*

Dalla lettura di questo passaggio della sentenza emerge chiaramente come la contenzione sia applicabile esclusivamente in caso di stato di necessità, ossia in una situazione di pericolo attuale imminente non altrimenti evitabile da parte del personale sanitario. Non è assolutamente ammissibile, pertanto, l'applicazione della contenzione in via precauzionale sulla base dell'astratta possibilità o della mera probabilità di un danno alla persona. Nel reparto dove moriva il signor Mastrogiovanni la contenzione

era stata applicata in via precauzionale, in assenza della sussistenza dello stato di necessità non presente e non dimostrato documentalmente. Nella stessa sentenza emergono altri elementi che vanno a toccare come detto l'importanza della documentazione in cartella clinica nel dimostrare l'oggettiva necessità di una contenzione.

*“La valutazione dell'attualità del pericolo richiede un costante monitoraggio del paziente - e non solo al momento dell'applicazione della contenzione ma anche ai fini del suo mantenimento - ed il medico deve dar conto in modo fedele delle condizioni di quest'ultimo e delle scelte che lo riguardano in cartella clinica, in modo tale da consentire ai sanitari che gli subentreranno di avere a loro volta un quadro preciso dell'evoluzione clinica. il requisito della "proporzionalità" riguarda le modalità di applicazione della contenzione, essendo evidente che, per la sua estrema invasività, tale presidio deve essere applicato, oltre che nei limiti dello stretto necessario, verificando, anche in conseguenza dell'evoluzione clinica, se sia sufficiente il blocco solo di alcuni arti o se il pericolo di pregiudizio sia tale da imporre il blocco ad entrambi i polsi e caviglie.*

*Anche queste ulteriori valutazioni richiedono un'attenta ponderazione del medico che dovrà spiegare, anche sinteticamente, le ragioni della scelta della contenzione e delle sue modalità di applicazione fornendo tutti gli elementi obiettivi che hanno reso in concreto inevitabile il suo utilizzo.*

*La contenzione è una pratica assistenziale-prescrittiva, pur non terapeutica, che richiede la valutazione del paziente, l'eventuale attuazione di azioni alternative, una valutazione prognostica su possibili esiti del trattamento, la sua rivalutazione in ordine alla reale necessità dopo dodici ore dall'applicazione, trattandosi di strumento pensato per situazioni straordinarie che non deve essere quindi impiegato in funzione preventiva, con forme d'intervento anticipato rispetto all'insorgenza del pericolo attuale per la vita o l'incolumità fisica del paziente o del personale sanitario che entra in contatto con lo stesso (Cass., Sez. V, sent. 20 giugno 2018 (dep. 7 novembre 2018), n. 50497)”.*

La responsabilità della contenzione risulta non solo in capo al medico, ma più in generale sui diversi professionisti sanitari che si interfacciano al paziente. Infatti, seppur vero che il medico ha la responsabilità della prescrizione della contenzione,

nell'applicazione della stessa intervengono anche gli infermieri, analogamente responsabili della salvaguardia e del benessere del paziente.

Nell'ambito delle sentenze esaminate, il tema della contenzione è dunque associato al reato di sequestro di persona.

Come detto, un altro elemento importante che emerge all'interno del dispositivo di sentenza è il reato di falso ideologico, cioè la mancata documentazione in cartella clinica dell'applicazione della contenzione. Questo reato è ancor più importante se si pensa che questo tipo di decisione viene maturata dal personale che ha una veste giuridica in relazione al documento di pubblico ufficiale; sia che si tratti di infermiere, o che si tratti di medico, il reato di falso ideologico commesso da un pubblico ufficiale è estremamente grave.

La veste pubblica dell'infermiere è richiamata con la citata sentenza della Sezione quinta, n. 9393 del 16/12/2019, dep. 10/03/2020, Rv. 278665. In questa sentenza si era ribadita la veste pubblica dell'infermiere che aveva operato in una struttura privata, anche se non accreditata, presso il Servizio Sanitario Nazionale, considerando solo lo speciale rilievo pubblico della prestazione sanitaria fornita di indubbio rilievo costituzionale.

Pertanto, la cartella clinica è un atto pubblico a fede privilegiata che fa prova fino a querela di falso. Questo sta a significare che la compilazione di una cartella clinica attesta l'attuazione di determinate scelte. È doveroso segnalare come il reato di falso ideologico corrisponda nell'attestazione nel documento che non sia materialmente falsificato un contenuto non corrispondente alla realtà.

Le sentenze esaminate, ed in particolare quella della Cassazione, descrivono gli elementi che definiscono come illecita sul piano penale una contenzione eseguita su di un paziente. La contenzione in assenza di uno stato di necessità integra il reato di sequestro di persona.

In un'ottica positiva, la lettura della sentenza 28704 del 14.4.2015 conclusasi con l'assoluzione dei sanitari evidenzia le condotte che rendono lecita l'applicazione della contenzione. Quindi, pur a fronte dell'eccezionalità della situazione che può giustificare la contenzione, alcune norme comportamentali dimostrano un atteggiamento corretto e rispettoso da parte dei sanitari, medici ed infermieri.

Si riporta di seguito uno stralcio della sentenza di assoluzione dei professionisti sanitari per il decesso di un altro paziente dopo applicazione della contenzione. Anche in questo caso l'imputazione era per omicidio colposo e sequestro di persona.

La lettura della sentenza sottolinea alcune caratteristiche importanti per evidenziare la bontà dell'applicazione di una contenzione, ossia da un lato la documentazione clinica attestante uno stato di necessità, con dei tentativi da parte del personale sanitario di ridurre l'applicazione della contenzione, e dall'altro la natura parziale della contenzione. *“Entrambi i ricorsi muovono dalla premessa della totale e continua immobilizzazione del paziente, che, invece, secondo quanto emerge dalla decisione impugnata, fu parziale sin dallo stesso giorno del ricovero, nonostante che il C. fosse giunto in stato di agitazione psicomotoria caratterizzata da atteggiamenti aggressivi conto i presenti e contro sé stesso (al punto che si provocò lesioni al polso, con un pugno sferrato con violenza contro un muro). In particolare, l'uomo era contenuto solamente con nastri, assicurati ai polsi e alle caviglie con bracciali di garza, di lunghezza sufficiente a consentirgli una certa possibilità di movimento (muovere braccia e gambe, sedersi nel letto), impedendo semplicemente che potesse nuocere a sé o ad altri. Inoltre, come sottolineato dalla Corte territoriale, alla stregua degli incontrovertibili dati emergenti dalla cartella clinica e dalla cartella infermieristica, il paziente, il 17/07/2006, dopo che erano stati rimossi gli strumenti di contenzione sopra descritti, ebbe a strapparsi il catetere vescicale (con conseguente necessità di somministrazione endovenosa di antibiotici e applicazione di tamponi perineali) e, ancora il 21/06/2006, il giorno prima del decesso, quando il medico di guardia aveva manifestato l'intenzione di tentare nuovamente la rimozione della contenzione, indirizzò al sanitario e agli infermieri insulti e minacce, mostrandosi subito agitato e aggressivo”.*

La lettura del dispositivo di sentenza indica come i Giudici abbiano riconosciuto nelle scelte dei sanitari da un lato la sussistenza di uno stato di necessità, dall'altro un tentativo degli stessi sanitari di rispettare la libertà del paziente e di applicare il meno possibile la contenzione.

Le indicazioni di carattere positivo derivanti dalla seconda sentenza trovano corrispondenza nelle linee guida citate nella introduzione della presente tesi. In analogia le indicazioni del codice deontologico medico, e soprattutto di quello

infermieristico, descrivono gli elementi che devono contraddistinguere l'operato di un sanitario al momento della contenzione sia sotto il profilo delle motivazioni della scelta, sia delle modalità, nonché della documentazione in cartella clinica.

## **CAPITOLO V: Discussione**

La rassegna giurisprudenziale attuata ha evidenziato una serie di indicazioni che sono contenute anche all'interno delle linee di indirizzo o nelle linee guida nazionali ed internazionali. Difatti, tali linee guida sottolineano l'importanza, ove possibile, di attuare un primo approccio alternativo di tipo preventivo. Inoltre, attestano che sia necessaria un'adeguata formazione del personale in merito ad una corretta attuazione della procedura, oltre alle conoscenze delle implicazioni legali che ne derivano.

Gli aspetti relativi alla documentazione e al monitoraggio sono altresì considerati di rilevante importanza.

I medesimi codici deontologici, infermieristico e medico, forniscono delle utili indicazioni che sono coerenti con gli orientamenti giurisprudenziali. In essi viene ribadito lo “stato di necessità”, la tutela della sicurezza dell'assistito e dell'equipe, l'annotazione della motivazione che richiede l'attuazione della procedura adeguatamente esplicitata in cartella, e il continuo monitoraggio da parte del personale coinvolto fino al termine della procedura.

Le indicazioni che derivano dalla giurisprudenza sono rilevanti oltre che sotto il profilo medico-legale (quindi nella fase di giudizio) anche sotto il profilo della gestione del rischio clinico, cioè della prevenzione degli eventi avversi derivanti dall'applicazione dei dispositivi di contenzione.

La lettura congiunta delle indicazioni della giurisprudenza e delle indicazioni dei codici deontologici porta ad una serie di considerazioni conclusive sintetiche rispetto agli obiettivi posti nella presente tesi.

1. *Sussistenza di uno stato di necessità*: la contenzione può essere applicata solo se sussistono i requisiti per la presenza di uno stato di necessità, ossia di un pericolo attuale imminente di un danno alla vita o all'integrità della persona, pericolo non evitabile tranne che con il mezzo coercitivo. La contenzione pertanto è applicabile dal sanitario solo se non vi sono alternative. Non è un atto terapeutico, come indicato anche dal codice deontologico infermieristico, ma costituisce l'ultima ratio per salvare la vita del paziente.

2. *Documentazione clinica dello stato di necessità*: il documentare in generale rientra tra i doveri dei professionisti sanitari. Nell'ambito della contenzione tale dovere assume ancora maggior importanza, stanti le ricadute sul piano clinico e medico-

legale. La situazione dello stato di necessità deve essere pertanto oggettivamente documentata all'interno della cartella clinica. La cartella clinica è un atto pubblico a fede privilegiata, e pertanto quanto ivi contenuto è vero fino a querela di falso. Nella cartella clinica saranno indicate le motivazioni alla base di una contenzione, oltreché il carattere di eccezionalità della stessa misura. Nella stessa documentazione clinica andrà chiarita la modalità di applicazione.

3. *Tipologia e durata della contenzione*: all'interno della cartella clinica devono essere documentati come detto i motivi della contenzione, la modalità della contenzione e la sua durata. Il medico che deve prescrivere la contenzione, salvo le situazioni di emergenza ove l'infermiere in via autonoma può attivarsi, deve spiegare i motivi che hanno portato alla contenzione, la quale sarà comunque temporanea. L'attuazione di una contenzione ad opera diretta dell'infermiere, così come avvallato anche dal codice deontologico infermieristico, sarà oggetto di successiva analisi e discussione collegiale.

4. *Contenzione precauzionale vietata*: è vietata la contenzione precauzionale in presenza di uno specifico quadro diagnostico. Essendo la contenzione un atto non di natura terapeutica, ed essendo lecita la contenzione solo se non abbiamo alternative, ne discende che non esistono patologie specifiche che esigono l'uso della contenzione. Ogni situazione pertanto andrà specificamente considerata.

5. *Proporzionalità della contenzione*: deve esserci una proporzionalità della contenzione, ossia deve essere attuata in maniera tale da consentire in qualche maniera una certa libertà di movimento al soggetto che è contenuto. Nell'analisi delle sentenze di assoluzione emerge chiaramente come i Giudici abbiano valutato favorevolmente, in relazione all'ipotesi di una contenzione necessaria, i tentativi dei sanitari di attuare delle contenzioni parziali, e del ricorso ad una contenzione più limitativa della libertà del paziente solo dopo episodi di ingestibilità con quella parziale. La proporzionalità della contenzione indica pertanto il rispetto dell'autodeterminazione e della dignità della persona.

6. *Necessità di monitoraggio*: la contenzione, come descritto nell'introduzione di questa tesi e accaduto nei casi giudiziari citati, può causare un danno al paziente fino alla morte dello stesso. Quindi, anche nel contesto di una contenzione obbligatoria e

finalizzata alla tutela della salute e della vita del paziente, motivata e correttamente eseguita, è necessario monitorare il paziente durante l'applicazione.

### **5.1 Limiti studio**

Il limite principale dello studio è che si focalizza sulla revisione di poche sentenze in ambito penalistico, senza prendere in considerazione degli studi in un contesto di tipo prettamente clinico e valutativi delle modalità di applicazione della contenzione a livello italiano. Sarebbe inoltre interessante sondare le conoscenze in ambito medico-legale, nonché i pareri dei sanitari che applicano le contenzioni.

### **5.2 Raccomandazioni**

I dati che sono emersi dallo studio, anche se riferiti a livello giudiziario, sono importanti perché evidenziano quantomeno a livello di determinate strutture una gestione della contenzione non adeguata. Sebbene anche in epoca recente si siano attuati dei tentativi di implementazione della conoscenza da parte del personale infermieristico e medico dei rischi della contenzione, e della necessità di una riduzione dell'applicazione di questa tipologia di approccio ai pazienti, si ritiene che sotto il profilo della formazione del personale siano necessari ancora ulteriori sforzi. Questi sforzi sono certamente importanti anche in virtù, probabilmente, di un fenomeno solo in parte conosciuto, e certamente dipendente dal contesto ospedaliero. È possibile che al di fuori di strutture sanitarie pubbliche, ovvero in specifici contesti assistenziali, la contenzione, con tutte le conseguenze negative note, venga applicata in maniera più estensiva. Sarà perciò necessario approfondire l'aspetto della conoscenza del personale infermieristico per quanto concerne l'applicazione ritenuta propria della contenzione, in special modo quella meccanica, al fine di evitare possibili danni al paziente e in subordine problematiche legali al sanitario. Si raccomanda una migliore formazione del personale infermieristico per quanto concerne la metodologia. Infatti, gli eventi educativi e formativi possono incentivare l'utilizzo di metodi alternativi, e qualora tali approcci non portino alla risoluzione della problematica il professionista sanitario procederà con l'applicazione indifferibile della contenzione in modo appropriato. La consapevolezza degli aspetti medico-legali correlati alla contenzione è indispensabile per una buona pratica di prevenzione o per l'attuazione della misura.

## **CAPITOLO VI: Conclusioni**

L'analisi di alcune sentenze della Corte di Cassazione penale attuata in questa tesi ha evidenziato come da parte dei magistrati sia stabilito il modo in cui la contenzione costituisce un atto lecito solo in condizioni di stato di necessità. La disamina delle sentenze suggerisce come in alcune realtà sanitarie la contenzione sia stata applicata senza osservare questi principi a fondamento della tutela della salute della dignità e della vita del paziente. Le indicazioni che forniscono le sentenze sono coerenti con le indicazioni della letteratura. Quanto emerso dall'analisi delle sentenze è importante certamente da un punto di vista medico legale, ma anche da un punto di vista di gestione della sicurezza del paziente.

Studi futuri dovranno valutare quale sia l'attuale conoscenza da parte del personale sanitario dei principi etico-deontologici e giuridici che regolano l'applicazione delle misure di contenzione, oltre alla valutazione relativa alla pratica. È probabile che corsi di formazione in questo contesto, finalizzati a sensibilizzare gli operatori a questa tematica, siano necessari. L'intervento educativo potrebbe migliorare le conoscenze, e di conseguenza la pratica degli infermieri, con lo scopo di ridurre la loro intenzione ad usare la contenzione, oltre che a migliorare la metodologia con la quale tale pratica viene messa in atto.

## BIBLIOGRAFIA

- Almomani, M. H., Khater, W. A., Qasem, B. A. A., & Joseph, R. A. (2020). Nurses' knowledge and practices of physical restraints in intensive care units: An observational study. *Nursing open*, 8(1), 262–272. <https://doi.org/10.1002/nop2.625>
- Bleijlevens, M. H., Wagner, L. M., Capezuti, E., Hamers, J. P., & International Physical Restraint Workgroup (2016). Physical Restraints: Consensus of a Research Definition Using a Modified Delphi Technique. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(11), 2307–2310. <https://doi.org/10.1111/jgs.14435>
- D'Lima, D., Archer, S., Thibaut, B.I. *et al.* A systematic review of patient safety in mental health: a protocol based on the inpatient setting. *Syst Rev* 5, 203 (2016). <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0365-7>
- Ertuğrul, B., & Özden, D. (2021). Nurses' knowledge and attitudes regarding physical restraint in Turkish intensive care units. *Nursing in critical care*, 26(4), 253–261. <https://doi.org/10.1111/nicc.12541>
- Eskandari, F., Abdullah, K. L., Zainal, N. Z., & Wong, L. P. (2017). Use of physical restraint: Nurses' knowledge, attitude, intention and practice and influencing factors. *Journal of clinical nursing*, 26(23-24), 4479–4488. <https://doi.org/10.1111/jocn.13778>
- Gandhi, S., Poreddi, V., Nagarajaiah, Palaniappan, M., Reddy, S. S. N., & BadaMath, S. (2018). Indian nurses' Knowledge, Attitude and Practice towards use of physical restraints in psychiatric patients. *Investigacion y educacion en enfermeria*, 36(1), e10. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v36n1e10>
- Hasan, A. A., & Abulattifah, A. (2019). Psychiatric nurses' knowledge, attitudes, and practice towards the use of physical restraints. *Perspectives in psychiatric care*, 55(2), 218–224. <https://doi.org/10.1111/ppc.12335>
- Horntvedt, M. T., Nordsteien, A., Fermann, T., & Severinsson, E. (2018). Strategies for teaching evidence-based practice in nursing education: a thematic literature review. *BMC medical education*, 18(1), 172. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1278-z>

- Jiang, H., Li, C., Gu, Y., & He, Y. (2015). Nurses' perceptions and practice of physical restraint in China. *Nursing ethics*, 22(6), 652–660. <https://doi.org/10.1177/0969733014557118>
- Leahy-Warren, P., Varghese, V., Day, M. R., & Curtin, M. (2018). Physical restraint: perceptions of nurse managers, registered nurses and healthcare assistants. *International nursing review*, 65(3), 327–335. <https://doi.org/10.1111/inr.12434>
- Lee, T. K., Välimäki, M., & Lantta, T. (2021). The Knowledge, Practice and Attitudes of Nurses Regarding Physical Restraint: Survey Results from Psychiatric Inpatient Settings. *International journal of environmental research and public health*, 18(13), 6747. <https://doi.org/10.3390/ijerph18136747>
- Lorenzo, R. D., Miani, F., Formicola, V., & Ferri, P. (2014). Clinical and organizational factors related to the reduction of mechanical restraint application in an acute ward: an 8-year retrospective analysis. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*, 10, 94–102. <https://doi.org/10.2174/1745017901410010094>
- Mahmoud A. S. (2017). Psychiatric Nurses' Attitude and Practice toward Physical Restraint. *Archives of psychiatric nursing*, 31(1), 2–7. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.07.013>
- Moore G. P., Moore M. J. (2023). Assessment and emergency management of the acutely agitated or violent adult. <https://www.uptodate.com/contents/assessment-and-emergency-management-of-the-acutely-agitated-or-violent-adult>
- Parkes D, Tadi P. Patient Restraint and Seclusion. [Updated 2022 Nov 14]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. PMID: 33351431; Bookshelf ID: NBK565873; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565873/>
- Perez, D., Murphy, G., Wilkes, L., & Peters, K. (2021). Understanding nurses' perspectives of physical restraints during mechanical ventilation in intensive care: A qualitative study. *Journal of clinical nursing*, 30(11-12), 1706–1718. <https://doi.org/10.1111/jocn.15726>

- Perkins, E., Blair, E. W., Allen, D. E., Teal, L. A., Marcus, P. E., & Fordmeir, J. L. (2023). Updates to American Psychiatric Nurses Association: Seclusion and Restraint Position Statement and Standards of Practice. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 10783903231184200. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/10783903231184200>
- Raveesh, B. N., & Lepping, P. (2019). Restraint guidelines for mental health services in India. *Indian journal of psychiatry*, 61(Suppl 4), S698–S705. [https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\\_106\\_19](https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_106_19)
- Redmond, L. G., Hyland, P. K., Orr, P. M., & White, M. (2022). Title of research article: An exploration of nurses' knowledge, attitudes and intentions regarding restraint use in elderly residential care facilities. *Journal of nursing scholarship: an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 54(6), 750–761. <https://doi.org/10.1111/jnu.12782>
- Salehi, Z., Najafi Ghezeljeh, T., Hajibabae, F., & Joolae, S. (2020). Factors behind ethical dilemmas regarding physical restraint for critical care nurses. *Nursing ethics*, 27(2), 598–608. <https://doi.org/10.1177/0969733019858711>
- Staggs, V. S., Olds, D. M., Cramer, E., & Shorr, R. I. (2017). Nursing Skill Mix, Nurse Staffing Level, and Physical Restraint Use in US Hospitals: a Longitudinal Study. *Journal of general internal medicine*, 32(1), 35–41. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3830-z>
- Strote J., Zachrison K. (2023). Restraint-related cardiac arrest: Pathogenesis, strategies for prevention, and management for hospital clinicians. [https://www.uptodate.com/contents/restraint-related-cardiac-arrest-pathogenesis-strategies-for-prevention-and-management-for-hospital-clinicians?search=Restraint-related%20cardiac%20arrest:%20Pathogenesis,%20strategies%20for%20prevention,%20and%20management%20for%20hospital%20clinicians&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/restraint-related-cardiac-arrest-pathogenesis-strategies-for-prevention-and-management-for-hospital-clinicians?search=Restraint-related%20cardiac%20arrest:%20Pathogenesis,%20strategies%20for%20prevention,%20and%20management%20for%20hospital%20clinicians&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
- Suliman, M., Aloush, S., & Al-Awamreh, K. (2017). Knowledge, attitude and practice of intensive care unit nurses about physical restraint. *Nursing in critical care*, 22(5), 264–269. <https://doi.org/10.1111/nicc.12303>

Vieta, E., Garriga, M., Cardete, L., Bernardo, M., Lombraña, M., Blanch, J., Catalán, R., Vázquez, M., Soler, V., Ortuño, N., & Martínez-Arán, A. (2017). Protocol for the management of psychiatric patients with psychomotor agitation. *BMC psychiatry*, 17(1), 328. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1490-0>

Wang, L., Zhu, X. P., Zeng, X. T., & Xiong, P. (2019). Nurses' knowledge, attitudes and practices related to physical restraint: a cross-sectional study. *International nursing review*, 66(1), 122–129. <https://doi.org/10.1111/inr.12470>

## SITOGRAFIA

APNA Standards of Practice: Seclusion and Restraint.  
<https://www.apna.org/standards-of-practice-seclusion-and-restraint/>

Benci, L., “Legare i pazienti? Liceità e illiceità giuridica e deontologica della contenzione”. Quotidiano Sanità. [https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=73657](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=73657)

Codice deontologico delle professioni infermieristiche (FNOPI).  
[https://www.fnopi.it/archivio\\_news/attualita/2688/codice%20deontologico\\_2019.pdf](https://www.fnopi.it/archivio_news/attualita/2688/codice%20deontologico_2019.pdf)

Codice di deontologia medica (FNOMCeO). [https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2023/08/CODICE-DEONTOLOGIA-MEDICA-2014-e-aggiornamenti\\_acc.pdf](https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2023/08/CODICE-DEONTOLOGIA-MEDICA-2014-e-aggiornamenti_acc.pdf)

Codice penale, Articolo 54, (R.D. 19 ottobre 1930, n. 1398). “Stato di necessità”.  
<https://www.brocardi.it/codice-penale/libro-primi/titolo-iii/capo-i/art54.html>

Codice penale, Articolo 479. “Falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici”. <https://www.brocardi.it/codice-penale/libro-secondo/titolo-vii/capo-iii/art479.html>

Codice penale, Articolo 589. “Omicidio colposo”. <https://www.brocardi.it/codice-penale/libro-secondo/titolo-xii/capo-i/art589.html>

Codice penale, Articolo 605. “Sequestro di persona”. <https://www.brocardi.it/codice-penale/libro-secondo/titolo-xii/capo-iii/sezione-ii/art605.html>

Comitato Nazionale per la Bioetica, Parere, 2015.  
<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2015-05-08/il-comitato-bioetica-dice-no-contenzione-124224.php?uuid=ABZOSjcD>

Corte di Cassazione, sentenze web. <https://www.italgiure.giustizia.it/sncass/>

Costituzione Italiana, Principi fondamentali, Art. 2.  
<https://www.senato.it/istituzione/la-costituzione/principi-fondamentali/articolo-2>

Costituzione Italiana, Parte I - Diritti e doveri dei cittadini, Titolo I - Rapporti civili, Art. 13. <https://www.senato.it/istituzione/la-costituzione/parte-i/titolo-i/articolo-13>

Costituzione italiana, Parte I - Diritti e doveri dei cittadini, Titolo II - Rapporti etico-sociali, Art. 32. <https://www.senato.it/istituzione/la-costituzione/parte-i/titolo-ii/articolo-32>

Regione Veneto, Deliberazione della giunta regionale del 06 agosto 2020, n. 1106, “Linee di indirizzo regionali per la contenzione fisica del paziente nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura”.  
<https://bur.regione.veneto.it/BurvServices/Pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=426131>

