



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA**

Dipartimento di Diritto Privato e Critica del Diritto
Dipartimento di Diritto Pubblico, Internazionale e Comunitario
Dipartimento di Scienze Cardio-Toraco-Vascolari e Sanità Pubblica

Corso di Laurea Magistrale in
GIURISPRUDENZA
a.a. 2021/22

**ASPETTI MEDICO-LEGALI RELATIVI ALLA
CONTENZIONE NELL'AMBITO DEL TRATTAMENTO
SANITARIO OBBLIGATORIO**

Relatore: Chiar.ma Prof.ssa LUCIANA CAENAZZO

Laureanda: ANNACHIARA FERLA
Matricola: 1053324

INDICE

INTRODUZIONE	5
CAPITOLO 1: IL TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO NEI CONFRONTI DEL SOGGETTO AFFETTO DA DISTURBI PSICHICI	11
1. I tratti del sistema manicomiale nella legge Giolitti.....	11
2. La legge Basaglia 180/1978.....	12
3. Il trattamento sanitario obbligatorio nella disciplina degli articoli 33-34-35 della legge 833/1978.....	15
3.1. Aspetti tecnico-pratici inerenti le modalità operative del TSO.....	20
3.2. Le competenze della polizia locale ed il ruolo del personale sanitario.....	26
4. Interventi sanitari che non necessitano di TSO.....	28
5. Alcuni diritti del soggetto sottoposto a TSO.....	37
CAPITOLO 2: LA CONTENZIONE	41
1. La definizione di contenzione e la posizione della Società Italiana di Psichiatria.....	42
2. Tipologie di contenzione.....	46
2.1. La contenzione fisica.....	46
2.2. La contenzione meccanica.....	47
2.3. La contenzione farmacologica.....	53
2.4. La contenzione ambientale.....	57
2.5. La contenzione psicologica.....	59
3. Gli ambiti della contenzione.....	59
3.1. Il rapporto tra il reparto psichiatrico e il DSM.....	59
3.2. I luoghi della contenzione.....	60
4. Le circostanze atte a giustificare la contenzione.....	61
5. Valutazione multidimensionale e fattori di rischio.....	63
5.1. La valutazione multidimensionale delle caratteristiche clinico-assistenziali del paziente.....	63
5.2. Individuazione di alcuni rilevanti fattori di rischio.....	64
6. La gestione della contenzione.....	65
6.1. La costruzione di un protocollo operativo.....	66

6.2.	Modello di procedura operativa per l'applicazione della contenzione meccanica.....	67
7.	Il ruolo del medico legale e i danni derivanti dalla contenzione.....	71
7.1.	Il medico legale di fronte alla contenzione.....	71
7.2.	Possibili danni correlati all'uso della contenzione.....	72
8.	La contenzione tra passato e presente nel panorama normativo italiano.....	74
8.1.	I riferimenti costituzionali alla contenzione.....	77
8.2.	La principale argomentazione a sostegno della liceità della contenzione: l'articolo 54 del codice penale.....	79
8.3.	La rilevanza penale della contenzione.....	82
9.	I riferimenti sovranazionali alla contenzione.....	83
9.1.	La posizione del CPT in materia di contenzione.....	87
9.2.	La letteratura internazionale sulla contenzione.....	89
10.	Liceità e necessità della contenzione attraverso il contributo della giurisprudenza.....	90
11.	Gli aspetti deontologici relativi alla contenzione.....	95
12.	Strategie di prevenzione della contenzione.....	97
12.1.	Programmi di cura e di assistenza longitudinali.....	98
12.2.	12.2 Gestione dell'agitazione psicomotoria e valutazione psichiatrica.....	99
12.3.	Fattori di prevenzione della contenzione.....	100
12.4.	Attuazione delle tecniche di "de-escalation" nelle situazioni di crisi.....	102
12.5.	La collaborazione con le Forze dell'Ordine.....	104
12.6.	Strategie di intervento farmacologico.....	104
13.	La Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome sulla possibile strategia di prevenzione della contenzione in psichiatria.....	106
14.	La necessità di trasparenza del fenomeno della contenzione.....	111
15.	Gli aspetti bioetici della contenzione.....	113
15.1.	L'orizzonte bioetico.....	113
15.2.	Uno spunto di riflessione dal Comitato danese di Etica.....	116
15.3.	La cultura no-restraint.....	117
15.4.	Il superamento della contenzione.....	118
15.5.	Le raccomandazioni del CNB.....	120
15.6.	Alcune ragioni della rilevanza del parere del CNB.....	120
16.	Dati epidemiologici relativi alla contenzione.....	122

CAPITOLO 3: PROFILI DI RESPONSABILITA' MEDICA	127
1. La posizione di garanzia.....	127
2. La matrice delle responsabilità dei soggetti coinvolti a vario titolo nella procedura operativa di contenzione meccanica.....	131
3. Considerazioni introduttive alla responsabilità medica.....	133
4. La responsabilità penale del medico.....	136
4.1. Responsabilità per atti auto e/o eterolesivi del paziente.....	138
4.2. Responsabilità per omessa contenzione.....	141
4.3. Responsabilità derivante da contenzione impropriamente attuata.....	143
4.4. Responsabilità derivante dall'applicazione della contenzione in assenza dei presupposti di legittimità.....	144
5. La responsabilità civile del medico.....	147
6. Cenni sulla responsabilità della struttura sanitaria.....	153
7. Il ruolo fondamentale delle linee guida.....	158
CONCLUSIONI	161
BIBLIOGRAFIA	167
SITOGRAFIA	172
GIURISPRUDENZA	176

INTRODUZIONE

Il percorso tematico sviluppatosi attraverso il presente elaborato, mi ha particolarmente affascinato in quanto ha costituito una valida opportunità per coniugare il mio interesse per il diritto e, al contempo, per la medicina legale, permettendomi di approfondire alcuni aspetti giuridici e medico-legali concernenti il trattamento sanitario obbligatorio (TSO) e la contenzione quali misure straordinarie riservate a persone con gravi disturbi psichiatrici. Rispetto a questi ultimi si sta invero assistendo, negli ultimi anni, ad un profondo mutamento del quadro epidemiologico, accompagnato da nuove espressioni di sofferenza mentale ancora poco conosciute.

Il punto di partenza, che trova collocazione nel *primo capitolo*, è dunque proprio il TSO nei confronti del soggetto affetto da disagio psichico. A seguito del superamento della visione tipicamente custodialistica dell'alienato mentale, che la legge Giolitti confinava nei manicomi, la legge Basaglia ha provveduto a regolamentare il TSO riconoscendone la natura di misura sanitaria in cui, nel contemperamento complessivo degli interessi in gioco, l'esigenza di tutelare la salute del singolo e della collettività prevale sul diritto alla libertà personale individuale. Ecco dunque che, sul presupposto che l'art. 32 Cost. incarica lo Stato di tutelare la salute nella sua duplice dimensione individuale e collettiva, gli articoli 33-34-35 della legge 833/1978 si occupano di disciplinare gli aspetti tecnico-pratici relativi al TSO, cui ricorrere in via eccezionale nel rispetto della dignità e dei diritti fondamentali della persona: nonostante il suo rifiuto, ritenuto invalido poiché inficiato dalla patologia mentale, il soggetto viene sottoposto a TSO, superandosi così l'obbligo del suo consenso cosciente ed informato, versando in uno stato di alterazione psichica grave tale da richiedere urgenti interventi terapeutici subordinati al ricovero coattivo presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC). L'involontarietà del trattamento psichiatrico e del ricovero appaiono perciò giustificati esclusivamente in forza di un bisogno di cure non altrimenti soddisfacibile, specie allorquando la patologia mentale acuta abbia privato il soggetto della consapevolezza di sé e del proprio stato psicofisico.

Nello sviluppo della trattazione si coglie poi l'occasione per mettere in luce che, nell'esecuzione dell'ordinanza di TSO, rimangono ben distinti i ruoli del personale sanitario, cui compete essenzialmente assistere il paziente e tutelarne la salute, ed i ruoli della Forza Pubblica, la quale si fa garante dell'attuazione dell'ordinanza dell'autorità sanitaria, conservando inoltre la titolarità in ordine ad eventuali atti di coazione.

A conclusione del primo capitolo vengono esaminate alcune fattispecie peculiari che non necessitano dell'avvio della procedura di TSO, esigendosi piuttosto l'immediata entrata in azione onde scongiurare possibili esiti avversi; ciò accade, ad esempio, nell'ipotesi di stato di necessità ex art. 54 c.p. a fronte di condizioni psichiatriche drammatiche ed urgenti, stato di coscienza gravemente alterato, comportamenti violenti auto e/o eterolesivi. Ci si è infine concentrati su taluni casi particolarmente delicati inerenti il TSO nei confronti del soggetto affetto da disturbi alimentari, dell'interdetto e del minore d'età, con l'obiettivo di valorizzarne capacità e volontà decisionali nella tutela della loro salute psicofisica.

Il *secondo capitolo* rappresenta il "cuore" dell'elaborato ed è dedicato alla contenzione, pratica talvolta inevitabile che si manifesta come aspetto di criticità del trattamento psichiatrico, investendo non solo il modo di fare psichiatria, ma anche la percezione sociale della professione e della malattia mentale.

Dopo aver constatato che in campo sanitario si ricorre alla contenzione in vari contesti di cura e di assistenza, se ne sono innanzitutto analizzate le diverse tipologie, ovvero contenzione fisica, meccanica, farmacologica, ambientale e psicologica. La forma più diffusa rimane quella meccanica, consistente sostanzialmente in qualsiasi procedura che impedisce o limita il movimento del corpo del paziente e/o il normale accesso ad esso, posta in essere mediante uno strumento meccanico, non facilmente rimovibile, applicato al corpo o nello spazio ad esso adiacente. La contenzione, specialmente meccanica, pare potersi giustificare soltanto a fronte di un concreto ed imminente rischio di violenza auto/etero diretta del paziente oppure nelle altre precise circostanze atte appunto a giustificarla, debitamente prese in considerazione, tra cui ad esempio la necessità di somministrare, nell'ambito del TSO, una determinata terapia farmacologica che il soggetto rifiuta, riconoscendosi certo la difficoltà di definire la reale urgenza ed indispensabilità della cura. Assume inoltre un ruolo decisivo la valutazione multidimensionale delle caratteristiche clinico-assistenziali del paziente, consentendo di individuare eventuali fattori di rischio, clinici ed extra clinici, suscettibili di provocare essi stessi l'impiego della contenzione. Fermo restando che essa rappresenta l'*extrema ratio* laddove tutti gli interventi alternativi siano falliti, gli operatori sanitari possono ricorrervi se persistono le condizioni di pericolo grave ed attuale di condotte auto e/o eterolesive; trattandosi sovente di soggetti incapaci d'intendere e volere a causa della patologia psichica, spetta al medico decidere di attuare la misura contenitiva, appellandosi allo stato di necessità. Proprio per tentare di assicurare la miglior gestione della contenzione, la Società Italiana di Psichiatria (SIP) non solo ha prodotto delle raccomandazioni rivolte alla diffusione delle buone pratiche e alla formazione continua degli operatori sanitari, ma ha

anche messo a punto un valido protocollo operativo in cui diviene essenziale, oltre alla determinazione di competenze specifiche, la collaborazione multiprofessionale dell'equipe medica, nella consapevolezza che la contenzione non può peraltro sopperire ad eventuali carenze di organici e di risorse. Si evidenzia quindi che, subordinatamente ad un'adeguata prescrizione medica ex ante debitamente registrata in cartella clinica, il personale sanitario può procedere alla contenzione del paziente psichiatrico, che deve essere costantemente monitorato per prevenire eventuali complicanze correlate all'utilizzo della misura contenitiva, dalla quale possono derivare danni psicofisici diretti o indiretti che è compito del medico legale valutare, ed altresì per verificare eventuali modifiche dello stato di salute che rendano non più necessaria la contenzione stessa.

La trattazione prosegue con la constatazione, foriera di non poche complicanze, per cui nell'attuale ordinamento giuridico difetta una norma di legge che legittimi la contenzione, oggetto di regolamentazione non uniforme attraverso le linee guida regionali. Malgrado l'unico riferimento diretto, l'art. 60 del Regio Decreto 615/1909, pare possa ritenersi travolto da abrogazione tacita a seguito della legge Basaglia, la giurisprudenza tende a riconoscerne la sopravvivenza.

Si esamina successivamente la principale argomentazione a sostegno della liceità della contenzione, ossia lo stato di necessità ex art. 54 c.p., causa di giustificazione in presenza della quale la realizzazione di un fatto penalmente rilevante, la privazione della libertà personale, non è contraria al diritto, escludendosi così la responsabilità medica penale. Ancorché già da tempo addietro i vari ordini delle professioni sanitarie abbiano tentato di definire dei criteri guida deontologici su cui fondare l'applicabilità della contenzione, fondamentale è stato il più recente contributo della giurisprudenza di legittimità: attraverso la sentenza n. 50497/2018 inerente la vicenda giudiziaria correlata al caso Mastrogiovanni, la Cassazione ha enunciato alcuni principi cardine, tra i quali quello più eminente secondo cui la contenzione costituisce pratica assistenziale priva di natura medica e di finalità terapeutica, svolgendo esclusivamente una mera funzione cautelare, essendo perciò inammissibile il suo impiego in via precauzionale.

Continuando poi con i riferimenti sovranazionali alla contenzione, le osservazioni formulate dal Comitato europeo per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti (CPT) hanno fornito uno stimolo ai fini dell'elaborazione, nel 2010, di alcune raccomandazioni da parte della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, finalizzate ad incrementare il monitoraggio della pratica contenitiva a livello regionale e a definire delle strategie di prevenzione, le quali sono state ampiamente prese in considerazione

nel corso della trattazione, prestandosi peculiare attenzione principalmente ai fattori strutturali-ambientali e relazionali attinenti all'approccio clinico-assistenziale, nonché all'importanza delle tecniche di de-escalation volte a contrastare i comportamenti aggressivi. Poiché dall'indagine svolta nel 2017 dalla summenzionata Conferenza è emersa una sostanziale disomogeneità tra le varie Regioni nell'applicazione della contenzione, l'entità del ricorso alla medesima in Italia può soltanto essere stimata, soprattutto a causa dell'insufficienza del monitoraggio epidemiologico, dell'assenza di ricerche aggiornate e della frequente mancata annotazione in cartella clinica. Ne deriva che proprio le amministrazioni regionali dovrebbero farsi carico di una meticolosa attività di monitoraggio al fine di soddisfare l'esigenza di trasparenza del fenomeno, possibilmente giungendo in futuro ad un superamento della pratica contentiva, obiettivo che appare realistico, come dimostrato dagli SPDC no restraint.

In conclusione, prima di fornire alcuni dati epidemiologici che permettono di concretizzare il fenomeno, si è analizzato dettagliatamente il parere del 2015 del Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB) in merito alla contenzione in psichiatria ed in geriatria: ammesso che la circostanza per cui i sanitari possono avvalersi della misura contenitiva quale *extrema ratio* non priva di forza la regola bioetica della non contenzione, il CNB sottolinea che l'obiettivo del suo superamento deve fondarsi principalmente sulla cultura della formazione etica e giuridica del personale medico nonché sull'organizzazione dei servizi, assumendo, nella definizione delle linee guida generali di politica sanitaria, il rifiuto della contenzione quale fondamento di buone prassi ed elemento di valutazione del miglioramento della qualità della pratica psichiatrica, talora poco attenta alla relazione terapeutica e alla soggettività del paziente.

Nel *terzo capitolo* si sono vagliati alcuni aspetti inerenti la responsabilità medica, recentemente riformata dalla legge Gelli-Bianco, prendendo le mosse dalla posizione di garanzia assunta dal professionista sanitario in forza dell'art. 40 comma 2 c.p. Nel fascio di obblighi che la compongono, infatti, potrebbe annoverarsi anche quello di contenere per tutelare la vita e la salute psicofisica del paziente o di terzi: al ricorrere di certe circostanze, il medico psichiatria avrebbe l'obbligo giuridico di ricorrere alla contenzione, onde escludersi la sua responsabilità penale per omissione, senza pertanto la necessità di invocare le cause di giustificazione.

Si prosegue quindi con la disamina di diverse ipotesi di responsabilità penale del medico, ciascuna corredata da un caso giurisprudenziale esemplificativo, tra cui la responsabilità per omessa contenzione, per contenzione impropriamente attuata e applicata in assenza dei

presupposti di legittimità. Per quanto concerne la responsabilità civile extracontrattuale del medico con cui il paziente psichiatrico non abbia concluso un contratto d'opera professionale, essa è stata variamente declinata attraverso l'analisi delle fattispecie di cui agli articoli 2059, 2045, 2047 c.c. Si è infine accennato alla responsabilità contrattuale della struttura sanitaria sulla base del contratto di ospitalità, facendosi riferimento altresì all'azione di rivalsa e alla copertura assicurativa.

Il capitolo si conclude rivolgendo lo sguardo al ruolo fondamentale delle linee guida nell'orientare le condotte dei professionisti sanitari in ordine ai casi clinici concreti.

CAPITOLO 1

IL TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO NEI CONFRONTI DEL SOGGETTO AFFETTO DA DISTURBI PSICHICI

SOMMARIO: **1.** I tratti del sistema manicomiale nella legge Giolitti - **2.** La legge Basaglia 180/1978 - **3.** Il trattamento sanitario obbligatorio nella disciplina degli articoli 33-34-35 della legge 833/1978 - 3.1 Aspetti tecnico-pratici inerenti le modalità operative del TSO - 3.2 Le competenze della polizia locale ed il ruolo del personale sanitario - **4.** Interventi sanitari che non necessitano di TSO - **5.** Alcuni diritti del soggetto sottoposto a TSO

1. I TRATTI DEL SISTEMA MANICOMIALE NELLA LEGGE GIOLITTI

La legge Giolitti n. 36 del 1904, rubricata “Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati” prevedeva, all’articolo 1, che “Debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé o agli altri e riescano di pubblico scandalo e non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi. Sono compresi sotto questa denominazione, agli effetti della presente legge, tutti quegli istituti, comunque denominati, nei quali vengono ricoverati alienati di qualunque genere”.

Nei manicomi, dunque, venivano rinchiusi non soltanto coloro che erano ritenuti “matti” o pericolosi per sé stessi o per gli altri, ma chiunque si fosse reso colpevole di aver suscitato lo scandalo pubblico¹, poiché la suddetta legge, priva di fine terapeutico o riabilitativo alcuno, fissava specificamente, quale criterio di internamento, quello della pericolosità sociale e del pubblico scandalo per l’appunto, costituendosi come mezzo di protezione della società dall’alienato, sollevandola dal peso della presenza di soggetti che destavano paura e creavano disturbo all’ordine stabilitosi.

In quest’ottica tipicamente custodialistica², il soggetto ricoverato, in particolare il malato mentale, era ritenuto non tanto persona bisognosa di apposite cure mediche, quanto piuttosto elemento da allontanare dalla comunità ed isolare in manicomio, luogo dove veniva

¹ SBORDONI S., *Il contesto normativo del trattamento sanitario obbligatorio*, in *Devianza primaria e devianza secondaria - Il caso del trattamento sanitario obbligatorio*, ADIR – L’altro diritto, 1998.

² *Ibidem*.

immediatamente privato dei suoi diritti civili attraverso l'interdizione, accompagnata dalla nomina di un tutore da parte del tribunale.

In sede di ricovero in ospedale psichiatrico, inoltre, si utilizzavano abitualmente alcuni tipici mezzi di contenimento nei confronti del paziente internato che, adottando un comportamento ritenuto non conforme rispetto al sistema organizzativo, si rifiutasse di adeguarsi allo stesso; si trattava principalmente di strumenti coercitivi quali camicie di forza, cinghie di cuoio e fili spinati, nonché inibitori, tra tutti l'elettroshock, il coma insulinico e alcuni farmaci sperimentali come la clorpromazina³.

Può quindi desumersi che, sulla base di una visione propriamente segregante della malattia mentale quale realtà ingestibile da occultare⁴, spesso i manicomi costituivano di fatto ambienti di contenimento sociale, dove l'inadeguato intervento terapeutico scontava di frequente le limitazioni di un'impostazione clinica poco aperta ai contributi della psichiatria sociale e della psicoterapia nei servizi pubblici, alle forme di supporto territoriale e alle potenzialità delle strutture intermedie.

2. LA LEGGE BASAGLIA 180/1978

Successivamente, la legge Basaglia 180/1978⁵, lungi dal prevedere l'abbandono della persona affetta da problemi di salute mentale, impose la chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari, sottolineandone l'aspetto antiterapeutico, e istituì i servizi di igiene mentale pubblici per i soggetti con disturbi psichici, regolamentando il trattamento sanitario obbligatorio (TSO)⁶, definito come una misura sanitaria in cui, nel bilanciamento complessivo degli interessi in gioco, l'esigenza di tutelare la salute superava il diritto alla libertà individuale.

³ Trattasi di farmaco antipsicotico con attività neurolettica, in grado di deprimere il sistema nervoso centrale, reprimendo le crisi violente dei ricoverati. L'uso del medesimo, sotto stretto controllo medico, si riscontra attualmente nel trattamento di schizofrenia, stato paranoide, mania, psicosi tossica (indotta dall'assunzione di droghe), sindrome mentale grave accompagnata da delirio, disturbo d'ansia grave e resistente alla terapia con ansiolitici tipici, depressione accompagnata da agitazione e delirio (in associazione ad antidepressivi).

⁴ SBORDONI S., *Il contesto normativo del trattamento sanitario obbligatorio*, in *Devianza primaria e devianza secondaria - Il caso del trattamento sanitario obbligatorio*, cit.

⁵ Per eventuali approfondimenti sulla legge 180/1978 cfr. ACCATTATIS V., *L'impatto della legge 180 nell'ordinamento italiano*, in Cendon P. (a cura di), *Un altro diritto per il malato di mente*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 1988, pag. 32 e seg.; CAPPARONI A., *Intervento alla tavola rotonda sul tema: "Evoluzione del concetto di malattia mentale e suoi risvolti in riferimento alla legge 180"*, in *Atti e memorie dell'Accademia di Storia dell'arte sanitaria* n. 38, 1982, pag. 73 e seg.; FORNARI U., *Il trattamento del malato di mente e la legge 180/78: aspetti psichiatrico-forensi e medico-legali*, in *Rivista Italiana di Medicina Legale* n. 6, 1984, pag. 65 e seg.; VOLTERRA V., *Brevi considerazioni sulla legge n. 180 del 13 maggio 1978 sugli accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*, in *Note e Riviste di Psichiatria* n. 71, 1978, pag. 99 e seg.

⁶ SBORDONI S., *Il contesto normativo del trattamento sanitario obbligatorio*, in *Devianza primaria e devianza secondaria - Il caso del trattamento sanitario obbligatorio*, cit.

Ciò nonostante, essendo fondata sui principi innovatori di prevenzione e riabilitazione del malato mentale, tale legge ambiva a modernizzare l'impostazione clinica dell'assistenza psichiatrica, attraverso l'instaurazione di rapporti umani rinnovati tra il paziente e il personale sanitario e la società, riconoscendo appieno i diritti e la necessità di una vita qualitativamente dignitosa dei malati psichici, curati e seguiti da apposite strutture territoriali. Della malattia mentale, prima considerata esclusivamente o prevalentemente un disturbo del funzionamento del sistema nervoso centrale, si giungeva così ad ammetterne anche la natura interazionale e sociale. A tal proposito, a seguito del venir meno del criterio della pericolosità del malato di mente per sé stesso o per gli altri⁷ quale condizione necessaria richiesta dalla precedente legge Giolitti ai fini del trattamento medico-psichiatrico, è opportuno sottolineare l'inclusione dell'assistenza sanitaria psichiatrica nella materia della tutela della salute e, dunque, la previsione di interventi nei confronti del soggetto con disagio psichico non più caratterizzati da una preminenza dell'interesse pubblico, ma guidati dal generale principio terapeutico ed ispirati alla tutela del diritto costituzionalmente garantito alla salute (articolo 32, comma 1, Cost.⁸).

Dal punto di vista organizzativo, la cura del malato mentale, precedentemente demandata alle province, diveniva responsabilità delle unità sanitarie locali e delle regioni⁹, cui spettava di individuare gli ospedali generali nei quali istituire i servizi psichiatrici di diagnosi e cura, ancorché in alcune realtà territoriali non si assistette a delle modifiche sostanziali degli ospedali psichiatrici, dato che, di fatto, solo dopo il 1994, con la razionalizzazione delle strutture di assistenza psichiatrica da attivare a livello nazionale, si completò la previsione di

⁷ CANOSA R., *Storia del manicomio in Italia dall'Unità d'Italia ad oggi*, Milano, 1990, pag. 140 e seg. L'autore rileva anzitutto l'aspetto innovativo della legge, ovvero la scomparsa del concetto giuridico di pericolosità del malato mentale, da cui si deduceva la necessità di custodirlo. In secondo luogo, evidenzia il capovolgimento dell'ottica tradizionale della psichiatria, la quale, per la prima volta, si dimostra in condizione di occuparsi di colui che soffre di disturbi psichici, senza lo schermo della pericolosità e della custodia.

⁸ Art. 32, Cost.: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".

⁹ SBORDONI S., *Il contesto normativo del trattamento sanitario obbligatorio*, in *Devianza primaria e devianza secondaria - Il caso del trattamento sanitario obbligatorio*, cit.

La legge 180/1978, e così successivamente anche la legge 833/1978, trasferiva alle Regioni, in attuazione dell'art. 118 Cost. e dell'art. 117 Cost. per le materie indicate, le funzioni amministrative relative all'assistenza psichiatrica, fin dall'epoca manicomiale esercitate dalle province: "Le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano programmano e coordinano l'organizzazione dei presidi e dei servizi psichiatrici e di igiene mentale con le altre strutture sanitarie operanti nel territorio e attuano il graduale superamento degli ospedali psichiatrici e la diversa utilizzazione delle strutture esistenti e di quelle in via di completamento [...]". (art. 7, comma 5, legge 180/1978).

legge di eliminazione dei residui manicomiali. Il processo di deistituzionalizzazione “dei contenitori della follia e della sofferenza mentale”¹⁰, ovvero la chiusura dei manicomi e la realizzazione di servizi alternativi a livello territoriale, rappresenta un processo che, pur non essendosi concluso con la promulgazione della legge Basaglia, da essa ha preso avvio, configurandosi la medesima quale valido modello che andò estendendosi anche agli altri Paesi europei.

Mirando a riformare le procedure e l’apparato concettuale retrostante al trattamento sanitario involontario, la legge 180/1978 sanciva, inoltre, che l’autorità responsabile della limitazione della libertà del cittadino, a scopo terapeutico, non fosse più l’autorità giudiziaria, ma il Sindaco che, in quanto autorità eletta e politicamente verificabile con mezzi democratici, avrebbe dovuto rispondere nei confronti dei concittadini del proprio operato, in tal modo prevenendo possibili abusi.

La legge 180/1978, avendo già definito apposite norme e procedure per effettuare il TSO, rappresenta l’anticipazione degli articoli 33-34-35 della legge 833/1978, dedicati agli accertamenti e ai trattamenti sanitari volontari e obbligatori.

In generale, per accertamenti sanitari si intendono le attività diagnostiche costituenti il presupposto preliminare-conoscitivo per formulare la diagnosi e/o scernere la terapia più idonea. L’accertamento sanitario obbligatorio (ASO)¹¹, strumento esperibile in situazioni eccezionali, permette di entrare in contatto con una situazione altrimenti inavvicinabile rispetto alla quale, sia pur in via presuntiva, sussista il fondato sospetto di avvenuta realizzazione della prima condizione di legge per poter intervenire in forma obbligatoria, ovvero l’esistenza di gravi alterazioni psichiche tali da esigere urgenti interventi terapeutici. La richiesta di ASO per malattia mentale è avanzata dal medico che, pur essendosi adoperato per entrare in relazione con la persona sospettata di essere affetta da gravi disturbi mentali, abbia personalmente constatato che essa si sottrae ad ogni tipo di rapporto, potendosi pertanto convincere che la medesima rifiuta la propria collaborazione. Conseguentemente, la procedura di ASO prende avvio dall’ordinanza del Sindaco che rende esecutiva la richiesta di ASO da parte del medico. Ai fini dell’emissione di suddetta ordinanza, occorre la sola certificazione medica di proposta contenente le motivazioni cliniche che suggeriscono la richiesta del provvedimento sindacale; infatti, è opportuno che il medico presenti tale richiesta

¹⁰ TORESINI L., *Dalla legge Mariotti a Basaglia. L’evoluzione dell’assistenza psichiatrica italiana e il superamento dell’esperienza manicomiale nel decennio 1968–1978*, Storia e Regione, n. 17, 2008.

¹¹ Regione del Veneto, DGR n. 847 del 31/03/2009, allegato A: *Linee Guida Regionali per i Dipartimenti di Salute Mentale in materia di Trattamento Sanitario Obbligatorio e Accertamento Sanitario Obbligatorio*, pag. 25.

qualora sia in dubbio di aver identificato tutti gli elementi che devono ricorrere per attivare il TSO, ritenendo indispensabile una consulenza specialistica psichiatrica. Nell'ordinanza sindacale deve essere individuato il luogo in cui si intende effettuare l'ASO, in particolare può trattarsi del domicilio del paziente, il Pronto Soccorso dell'ospedale, il Centro di Salute Mentale o l'ambulatorio del Medico di Medicina Generale, escludendosi invece le strutture riservate alla degenza ospedaliera. In sede di ASO, la limitazione della libertà personale si suppone sia di breve durata e comunque non superiore a quella che consente al medico di valutare lo stato di salute mentale del paziente; al termine dell'ASO potrebbe emergere l'esigenza di doversi procedere con il TSO, oppure potrebbe addivenirsi alla conclusione per cui non sussistono i presupposti previsti dalla legge per questo tipo di intervento, rilevandosi l'assenza di una patologia psichiatrica.

Per quanto riguarda il trattamento sanitario, in linea di principio, si intende il complesso di atti che l'esercente la professione sanitaria pone in essere sulla persona allo scopo di tutelarne la salute, diritto giudicato prevalente rispetto alla libertà del singolo nel caso di trattamento sanitario obbligatorio.

3. IL TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO NELLA DISCIPLINA DEGLI ARTICOLI 33-34-35 DELLA LEGGE 833/1978

Innanzitutto, attraverso la legge 833/1978 si perviene a riconoscere alla Psichiatria la piena dignità di branca medica con mansione eminentemente terapeutica, nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, che la stessa legge giunge ad istituire¹².

In materia di TSO, rilevano gli articoli 33-34-35¹³, permeati dall'imprescindibile riferimento al fondamento costituzionale del trattamento obbligatorio stesso, ovvero l'art. 32 della

¹² SBORDONI S., *Il contesto normativo del trattamento sanitario obbligatorio*, in *Devianza primaria e devianza secondaria - Il caso del trattamento sanitario obbligatorio*, cit.

¹³ Art. 33, legge 833/1978: *Norme per gli accertamenti ed i trattamenti sanitari volontari e obbligatori*.

“Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari sono di norma volontari.

Nei casi di cui alla presente legge e in quelli espressamente previsti da leggi dello Stato possono essere disposti dall'autorità sanitaria accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori, secondo l'articolo 32 della Costituzione, nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici, compreso per quanto possibile il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura.

Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento del sindaco nella sua qualità di autorità sanitaria, su proposta motivata di un medico.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori sono attuati dai presidi e servizi sanitari pubblici territoriali e, ove necessari la degenza, nelle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori di cui ai precedenti commi devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato. L'unità sanitaria locale opera per ridurre il ricorso ai suddetti trattamenti sanitari obbligatori, sviluppando le iniziative di

prevenzione e di educazione sanitaria ed i rapporti organici tra servizi e comunità. Nel corso del trattamento sanitario obbligatorio, l'infermo ha diritto di comunicare con chi ritenga opportuno. Chiunque può rivolgere al sindaco richiesta di revoca o di modifica del provvedimento con il quale è stato disposto o prolungato il trattamento sanitario obbligatorio. Sulle richieste di revoca o di modifica il sindaco decide entro dieci giorni. I provvedimenti di revoca o di modifica sono adottati con lo stesso procedimento del provvedimento revocato o modificato”.

Art. 34, legge 833/1978: *Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori per malattia mentale.*

“La legge regionale, nell'ambito della unità sanitaria locale e nel complesso dei servizi generali per la tutela della salute, disciplina l'istituzione di servizi a struttura dipartimentale che svolgono funzioni preventive, curative e riabilitative relative alla salute mentale.

Le misure di cui al secondo comma dell'articolo precedente possono essere disposte nei confronti di persone affette da malattia mentale.

Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi e presidi territoriali extraospedalieri di cui al primo comma.

Il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solo se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere. Il provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera deve essere preceduto dalla convalida della proposta di cui al terzo comma dell'articolo 33 da parte di un medico della unità sanitaria locale e deve essere motivato in relazione a quanto previsto nel presente comma.

Nei casi di cui al precedente comma il ricovero deve essere attuato presso gli ospedali generali, in specifici servizi psichiatrici di diagnosi e cura all'interno delle strutture dipartimentali per la salute mentale comprendenti anche i presidi e i servizi extraospedalieri, al fine di garantire la continuità terapeutica. I servizi ospedalieri di cui al presente comma sono dotati di posti letto nel numero fissato dal piano sanitario regionale”.

Art. 35, legge 833/1978: *Procedimento relativo agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale e tutela giurisdizionale.*

“Il provvedimento con il quale il sindaco dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera, da emanarsi entro 48 ore dalla convalida di cui all'articolo 34, quarto comma, corredato dalla proposta medica motivata di cui all'articolo 33, terzo comma, e dalla suddetta convalida deve essere notificato, entro 48 ore dal ricovero, tramite messo comunale, al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune.

Il giudice tutelare, entro le successive 48 ore, assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti, provvede con decreto motivato a convalidare o non convalidare il provvedimento e ne dà comunicazione al sindaco. In caso di mancata convalida il sindaco dispone la cessazione del trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera.

Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è disposto dal sindaco di un comune diverso da quello di residenza dell'infermo, ne va data comunicazione al sindaco di questo ultimo comune, nonché al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune di residenza. Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è adottato nei confronti di cittadini stranieri o di apolidi, ne va data comunicazione al Ministero dell'interno, e al consolato competente, tramite il prefetto.

Nei casi in cui il trattamento sanitario obbligatorio debba protrarsi oltre il settimo giorno, ed in quelli di ulteriore prolungamento, il sanitario responsabile del servizio psichiatrico della unità sanitaria locale è tenuto a formulare, in tempo utile, una proposta motivata al sindaco che ha disposto il ricovero, il quale ne dà comunicazione al giudice tutelare, con le modalità e per gli adempimenti di cui al primo e secondo comma del presente articolo, indicando la ulteriore durata presumibile del trattamento stesso.

Il sanitario di cui al comma precedente è tenuto a comunicare al sindaco, sia in caso di dimissione del ricoverato che in continuità di degenza, la cessazione delle condizioni che richiedono l'obbligo del trattamento sanitario; comunica altresì la eventuale sopravvenuta impossibilità a proseguire il trattamento stesso. Il sindaco, entro 48 ore dal ricevimento della comunicazione del sanitario, ne dà notizia al giudice tutelare. Qualora ne sussista la necessità il giudice tutelare adotta i provvedimenti urgenti che possono occorrere per conservare e per amministrare il patrimonio dell'infermo.

Costituzione, il quale sottolinea come ogni cittadino abbia diritto alla tutela della salute, fisica e psichica, attuata rispettando la dignità e “la libertà individuale inviolabile”¹⁴, quest’ultima inclusiva finanche della scelta di sottoporsi o meno ad un trattamento sanitario. Tale articolo 32 Cost., dopo aver consegnato allo Stato il compito di tutelare la salute nella sua duplice dimensione individuale di diritto fondamentale e generale di interesse della collettività (comma 1), consente di obbligare il singolo soggetto ad un determinato trattamento sanitario nei soli casi previsti dalla legge, fermo restando che tale riserva legislativa non può in alcun modo oltrepassare i limiti imposti dal rispetto della dignità e dei diritti della persona umana. L’articolo 117 della Costituzione concretizza tale principio, riservando allo Stato il compito di qualificare come obbligatorio un determinato trattamento sanitario in forza delle conoscenze e dei dati medico-scientifici disponibili.

La carta costituzionale, dunque, affida al legislatore il potere di imporre il TSO, individuando prioritariamente i presupposti affinché esso possa considerarsi costituzionalmente legittimo¹⁵:

- precisa previsione legislativa, mediante riserva di legge statale rinforzata;

La omissione delle comunicazioni di cui al primo, quarto e quinto comma del presente articolo determina la cessazione di ogni effetto del provvedimento e configura, salvo che non sussistano gli estremi di un delitto più grave, il reato di omissione di atti di ufficio.

Chi è sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio, e chiunque vi abbia interesse, può proporre al tribunale competente per territorio ricorso contro il provvedimento convalidato dal giudice tutelare.

Entro il termine di trenta giorni, decorrente dalla scadenza del termine di cui al secondo comma del presente articolo, il sindaco può proporre analogo ricorso avverso la mancata convalida del provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio.

Nel processo davanti al tribunale le parti possono stare in giudizio senza ministero di difensore e farsi rappresentare da persona munita di mandato scritto in calce al ricorso o in atto separato. Il ricorso può essere presentato al tribunale mediante raccomandata con avviso di ricevimento. Il presidente del tribunale fissa l’udienza di comparizione delle parti con decreto in calce al ricorso che, a cura del cancelliere, è notificato alle parti nonché al pubblico ministero. Il presidente del tribunale, acquisito il provvedimento che ha disposto il trattamento sanitario obbligatorio e sentito il pubblico ministero, può sospendere il trattamento medesimo anche prima che sia tenuta l’udienza di comparizione. Sulla richiesta di sospensiva il presidente del tribunale provvede entro dieci giorni. Il tribunale provvede in camera di consiglio, sentito il pubblico ministero, dopo avere assunto le informazioni e raccolto le prove disposte di ufficio o richieste dalle parti. I ricorsi ed i successivi procedimenti sono esenti da imposta di bollo. La decisione del processo non è soggetta a registrazione”.

¹⁴ Art. 13, Cost.: “La libertà personale è inviolabile.

Non è ammessa forma alcuna di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dell’autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge.

In casi eccezionali di necessità ed urgenza, indicati tassativamente dalla legge, l’autorità di pubblica sicurezza può adottare provvedimenti provvisori, che devono essere comunicati entro quarantotto ore all’autorità giudiziaria e, se questa non li convalida nelle successive quarantotto ore, si intendono revocati e restano privi di ogni effetto.

È punita ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizioni di libertà.

La legge stabilisce i limiti massimi della carcerazione preventiva”.

¹⁵ SPECCHIA M. C., *La giurisprudenza della Corte costituzionale italiana in materia di disabili e trattamenti sanitari obbligatori (TSO)*, pag. 333. <https://dice.univ-amu.fr/sites/dice.univ-amu.fr/files/public/21-specchia.pdf>.

- obiettivo preminente di tutelare il diritto individuale e l'interesse collettivo alla salute;
- esigenza di rispettare la persona umana nel corso dell'attuazione del trattamento involontario necessario, privo di carattere discriminatorio alcuno e in assenza di trattamenti alternativi non invasivi;
- azione diretta ad evitare di arrecare danno al soggetto sottoposto al TSO, di cui deve garantirsi la corretta esecuzione sia dal punto di vista normativo, sia sotto il profilo clinico-operativo.

Dato il carattere eccezionale del TSO per malattia mentale, si ribadisce come esso debba svolgersi nel rispetto della dignità del soggetto coinvolto e dei suoi diritti civili e politici, compreso il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura “per quanto è possibile” (articolo 33, comma 2), applicandosi il minor numero di limitazioni delle libertà personali, salvo quelle indispensabili a tutelarne la salute. Nell'ottica di contenere il ricorso al TSO, si inserisce la previsione di cui all'articolo 33, comma 5 della legge 833/1978 secondo cui “gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato”: devono espletarsi tutti i tentativi plausibili per coinvolgere il paziente e motivarlo all'intervento. Non ultimo, al fine di servirsi il meno possibile dei trattamenti sanitari obbligatori, appare altresì opportuno implementare progetti di prevenzione ed educazione sanitaria, tra i quali specifici programmi per i pazienti cosiddetti “revolving doors” (“sindrome della porta girevole”, riguardante quei soggetti nei confronti dei quali siano stati attivati ripetuti TSO). Risultano invero disdicevoli quelle impostazioni che conducono ad attribuire carattere preventivo al TSO, il che accade tipicamente quando l'attivazione dello stesso scaturisce dalla convinzione del medico secondo cui vi è la probabilità che si manifestino nuovamente le alterazioni psichiche che già altre volte hanno obbligato ad applicare il TSO: solo l'attualità delle medesime ed il diniego di sottoporsi alle cure necessarie possono giustificare il trattamento sanitario involontario.

Mediante il TSO, la persona affetta da disagio mentale, al ricorrere di specifiche circostanze previste dall'articolo 34, l.833/1978, viene sottoposta a cure mediche contro la propria volontà, superandosi l'obbligo del suo consenso cosciente e informato. A tal riguardo, assume rilievo l'articolo 1, comma 1 della legge 219/2017, ove si stabilisce che “nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della

persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge¹⁶; ecco quindi che, conformemente a quanto sancito dall'art. 33 della legge 833/1978, nel perseguire lo scopo precipuo di tutelare la salute psicofisica del singolo e della collettività, il TSO non può essere imposto nell'esclusivo interesse particolare, ma solo quando il rifiuto di sottoporsi alle cure possa compromettere anche l'interesse collettivo, giustificandosi dunque l'involontarietà del trattamento. Altresì, riveste particolare importanza la questione del consenso informato nell'ipotesi di trattamento sanitario che coinvolga un soggetto minore d'età o incapace, di cui si occupa specificamente l'art. 3¹⁷ della legge 219/2017. Ove si tratti di minore d'età, al fine di garantirne la tutela della salute psicofisica, il consenso è espresso dai genitori esercenti la responsabilità genitoriale o dal tutore, ma soltanto dopo aver dato ascolto alla volontà del minore stesso, in relazione alla sua età ed al grado di maturità raggiunto. Lo stesso dicasi in merito al soggetto interdetto, della cui volontà il tutore, se possibile, deve tener conto nell'esprimere il consenso o il rifiuto alle cure, ancora una volta nell'ottica di tutelare la salute psicofisica e la dignità del soggetto interessato. Può dunque concludersi che, pur non riconoscendosi il pieno diritto all'autodeterminazione sanitaria esercitabile in prima persona dal minore o dall'incapace, tale art. 3 permette di valorizzare le capacità decisionali di questi soggetti, della cui volontà si deve, quindi, possibilmente, tenere conto. Si avrà comunque modo di approfondire la tematica successivamente, al paragrafo 4 del presente capitolo.

¹⁶ Art. 1 *Consenso informato*, legge 219/2017 *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*.

¹⁷ Art. 3 *Minori e incapaci*, legge 219/2017: "La persona minore di età o incapace ha diritto alla valorizzazione delle proprie capacità di comprensione e di decisione, nel rispetto dei diritti di cui all'articolo 1, comma 1. 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.

Il consenso informato al trattamento sanitario del minore è espresso o rifiutato dagli esercenti la responsabilità genitoriale o dal tutore tenendo conto della volontà della persona minore, in relazione alla sua età e al suo grado di maturità, e avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita del minore nel pieno rispetto della sua dignità.

Il consenso informato della persona interdetta ai sensi dell'articolo 414 del codice civile è espresso o rifiutato dal tutore, sentito l'interdetto ove possibile, avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita della persona nel pieno rispetto della sua dignità.

Il consenso informato della persona inabilitata è espresso dalla medesima persona inabilitata. Nel caso in cui sia stato nominato un amministratore di sostegno la cui nomina preveda l'assistenza necessaria o la rappresentanza esclusiva in ambito sanitario, il consenso informato è espresso o rifiutato anche dall'amministratore di sostegno ovvero solo da quest'ultimo, tenendo conto della volontà del beneficiario, in relazione al suo grado di capacità di intendere e di volere.

Nel caso in cui il rappresentante legale della persona interdetta o inabilitata oppure l'amministratore di sostegno, in assenza delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) di cui all'articolo 4, o il rappresentante legale della persona minore rifiuti le cure proposte e il medico ritenga invece che queste siano appropriate e necessarie, la decisione è rimessa al giudice tutelare su ricorso del rappresentante legale della persona interessata o dei soggetti di cui agli articoli 406 e seguenti del codice civile o del medico o del rappresentante legale della struttura sanitaria".

Chiarito l'aspetto legato al consenso libero e informato nell'ipotesi di trattamento sanitario, una volta escluse le fattispecie in cui la cura della malattia mentale può esplicarsi in sede extraospedaliera e gestendo ambulatorialmente il caso, il TSO si realizza in ambito psichiatrico, attraverso il ricovero (forzato) presso i reparti di psichiatria degli ospedali pubblici (SPDC - Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura). Infatti, viene attivato, anzitutto, solo in presenza di alterazioni psichiche gravi, quali schizofrenia, disturbi dell'umore, disturbi della personalità (escludendosi l'ipotesi dello stato confusionale transitorio), precedentemente accertate in sede di perizia psichiatrica e tali da rendere inevitabile ed urgente l'intervento terapeutico.

Poiché l'intrinseca natura di diverse patologie mentali acute priva la persona della consapevolezza di sé e delle proprie condizioni di salute, si ammette il TSO al solo fine di garantire il recupero dello stato di salute della persona, indi per cui, una volta abolito con la legge 180/1978 il concetto di "pericolosità per sé o per gli altri" quale criterio per il trattamento medico-psichiatrico, il ricovero e il trattamento senza consenso sono giustificabili esclusivamente in virtù di un effettivo "bisogno di cure" non altrimenti soddisfacibile. Dato che, così come la malattia mentale non presuppone la pericolosità, la stessa non presuppone necessariamente l'esistenza di alterazioni psichiche, e fermo restando che la presenza di comportamenti dissociali va comunque presa in considerazione dal medico nell'ambito della propria valutazione clinica, potendo essi costituire espressione sintomatologica della malattia, ove i medesimi comportamenti e i rischi di pericolosità emergano al di fuori di una specifica patologia psichiatrica, la gestione di tali aspetti esula dalle competenze della psichiatria, dovendosi pertanto individuare quali referenti gli organi istituzionalmente preposti alla tutela della sicurezza sociale.

3.1 ASPETTI TECNICO-PRATICI INERENTI LE MODALITA' OPERATIVE DEL TSO

Il Trattamento Sanitario Obbligatorio¹⁸ è disposto con provvedimento del Sindaco, nella sua qualità di autorità sanitaria. Deve trattarsi del Sindaco del Comune di residenza o del Comune dove la persona da sottoporre al trattamento si trova momentaneamente; in quest'ultimo caso, ne va data comunicazione al Sindaco del comune di residenza (nonché al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune di residenza).

¹⁸ Artt. 33, 34, 35, legge 833/1978, cit.

In primo luogo, il Sindaco può emanare l'ordinanza di TSO in sede di degenza ospedaliera solo in presenza di certificazioni mediche che attestino la sussistenza di specifiche condizioni previste dalla legge (art. 34, comma 4):

1. La persona affetta da patologia mentale si trova in uno stato di alterazione psichica grave tale da necessitare urgenti interventi terapeutici, essendo siffatta alterazione suscettibile di evolvere verso una prognosi sfavorevole. In particolare, giustificano il TSO il disturbo psicopatologico che faccia prevedere un peggioramento della condizione di salute (ad esempio lo stato psicopatologico acuto grave che richiede la sedazione immediata) e l'eventuale conseguente incapacità di autodeterminarsi, accompagnata da possibili comportamenti lesivi dell'integrità del soggetto o altrui.
2. Intervento sanitario e cure mediche vengono rifiutati dall'interessato, il quale può dimostrarsi capace di esprimere il proprio dissenso, tuttavia ritenuto invalido in quanto inficiato dalla patologia.
3. Non è possibile adottare tempestive e idonee misure straordinarie extraospedaliere.

È bene sottolineare come i comportamenti assunti dal soggetto non debbano essere tali da costituire immediato pericolo per l'incolumità propria o di altri, poiché, ove sussista lo stato di necessità di reprimere comportamenti auto od eterolesivi, si deve intervenire immediatamente, senza attendere l'attuazione del TSO.

Le summenzionate condizioni devono sussistere contemporaneamente, essere certificate da un primo medico (medico di famiglia o qualsiasi altro medico abilitato alla professione) e successivamente convalidate da un secondo medico che esercita funzione di pubblico servizio nel Sistema Sanitario Nazionale e di regola appartenente alla struttura pubblica di riferimento, generalmente uno psichiatra dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL), ma senza sia richiesto specificamente dalla normativa attuale che si tratti di medici psichiatri. Si ritiene ad ogni modo opportuno, al fine di valutare nella maniera più adeguata e completa la situazione clinica del paziente, che vengano coinvolti, quando possibile, lo specialista ed il servizio di salute mentale presente nel territorio. Inoltre, dal momento che ai due medici viene di fatto riconosciuto il potere di dare avvio al procedimento che conduce alla limitazione della libertà personale, si approntano alcune garanzie amministrative (provvedimento del Sindaco) e giurisdizionali (convalida del provvedimento da parte del Giudice Tutelare) per porre dei limiti alla loro autonomia decisionale.

Le certificazioni mediche, oltre a contenere l'attestazione delle condizioni specificate in precedenza, le quali giustificano la proposta di TSO all'autorità sanitaria, devono altresì includere le notizie inerenti al quadro clinico del paziente e i presupposti di urgenza e di

gravità dello stato di salute mentale, poiché la diagnosi clinica deve essere compatibile con il superamento dell'obbligo del consenso, giustificato unicamente dalla gravità della patologia. Affinché la proposta di TSO possa ritenersi adeguatamente motivata, deve descriversi in modo obiettivo la situazione attuale relativa al caso concreto, verificata direttamente e personalmente dal medico cui sia giunta la segnalazione inerente all'esistenza di una persona affetta da gravi disturbi psichici per la quale, data l'urgenza dell'intervento terapeutico, si richiede il TSO. Non sono ammissibili, pena l'invalidità della proposta, giudizi di carattere non sanitario, ad esempio quelli sulla pericolosità sociale.

Entro le successive 48 ore dal ricevimento delle certificazioni mediche, supportate dalla proposta motivata e convalidata dai professionisti sanitari, il Sindaco può disporre il TSO tramite ordinanza, la quale non rappresenta una mera conseguenza burocratica delle certificazioni mediche, ma un provvedimento amministrativo, diretto alla generale tutela alla salute, e sul quale il Sindaco è chiamato a pronunciarsi in qualità di referente istituzionale per la sanità avente responsabilità ultima su tutte le procedure inerenti le proprie ordinanze. In ragione dell'urgenza, si ritiene indispensabile che il Sindaco possa comunque assumere puntuali iniziative volte a rendere al più presto esecutiva l'attuazione del provvedimento, soprattutto ove si presentassero delle criticità organizzative. Poiché l'atto con cui si dispone il TSO rientra nella competenza dell'ente Comune, sia sotto il profilo dell'autorità che lo emana, sia sotto il profilo della sua attuazione, il Comune stesso conserva uno specifico interesse alla corretta esecuzione dell'ordinanza, ai fini della quale si avvale del proprio personale, nella fattispecie il Corpo di Polizia Locale, che pone in essere operazioni di "polizia amministrativa" dirette all'osservanza di regolamenti e provvedimenti dell'autorità^{19,20,21}.

Una volta emessa l'ordinanza, l'equipe sanitaria concorda con la Polizia Locale l'ora ed il luogo dell'intervento, provvedendo affinché l'ambulanza del Servizio di Urgenza ed Emergenza Medica (SUEM) vi si rechi contestualmente. Il personale sanitario deve sempre informare correttamente la Polizia Locale in ordine all'eventuale pericolosità di cui sia a conoscenza del soggetto, al fine di concordare la strategia migliore da adottare per portare a compimento il ricovero ospedaliero obbligatorio; ciò perché, pur essendo la repressione di

¹⁹ Avvocatura Generale della Sanità, *Richiesta di chiarimenti sul TSO per soggetti con patologia mentale*, 21/9/1992.

²⁰ Ministero dell'Interno, Circolare n. 3/2001 del 20/7/2001, *Compiti della P.M. nei trasferimenti di persone assoggettate ai TSO*.

²¹ TAR Sicilia-Catania, Sez. II, sent. n. 799 del 6/05/2005.

comportamenti violenti, anche di pazienti psichiatrici, di competenza delle forze dell'ordine, sussiste comunque la precisa responsabilità dei sanitari di segnalare e non sottovalutare eventuali elementi di pericolosità derivanti dalla patologia. Le tipologie critiche di intervento riguardano, in particolare, il paziente che si sia barricato in casa, rifiutandosi di aprire a chiunque, ed il paziente potenzialmente armato, che adotta o potrebbe adottare comportamenti violenti. In entrambi i casi, pur non venendo meno la competenza della Polizia Locale rispetto ad interventi coattivi, essa può avvalersi del supporto delle forze dell'ordine (Carabinieri o Polizia di Stato) e dell'ausilio dei Vigili del Fuoco. Ulteriore ipotesi critica di intervento concerne il paziente allontanatosi dalla propria abitazione: spetta alla Polizia Locale rintracciarlo per 48 ore, coinvolgendo eventualmente la forza pubblica; se il soggetto viene rintracciato, si riattiva la procedura di esecuzione del provvedimento, mentre oltre le 48 ore dovrà essere effettuata un'ulteriore valutazione sanitaria da parte dei medici curanti.

Salvo queste peculiari ipotesi critiche, la persona interessata, cui è stata notificata l'ordinanza di TSO, viene invitata a seguire la Polizia Locale e i sanitari presso il reparto ospedaliero psichiatrico di diagnosi e cura designato dal Sindaco, il quale sceglie il SPDC più vicino sulla base della disponibilità di un posto letto (qualora non vi fossero posti disponibili, rimane esclusivamente a carico del presidio sanitario individuare un'altra struttura idonea cui indirizzare l'interessato). In caso di rifiuto, come di regola accade, il soggetto viene prelevato con la forza e trasferito in ambulanza al reparto psichiatrico, che può anche essere situato in un ospedale diverso rispetto alla sede di provenienza dell'equipe sanitaria e del personale di Polizia Locale. Nella fase di trasporto devono garantirsi l'assistenza da parte dei sanitari e la custodia da parte della Polizia Locale, la quale pertanto è tenuta ad essere sempre presente all'interno dell'ambulanza in numero di addetti adeguato alle esigenze di sicurezza, sia del paziente sia degli operatori stessi. Qualora le condizioni psicofisiche dell'interessato siano tali da far ragionevolmente supporre una reazione violenta da parte dello stesso e gli operatori di Polizia Locale, anche per circostanze di tempo o di luogo, non siano in grado di garantire adeguata cornice di sicurezza, potranno richiedere l'ausilio delle forze dell'ordine. L'esecuzione dell'ordinanza che dispone il TSO, incluso il trasporto del malato, costituisce attività sottoposta, in ogni fase in cui essa si articola, alla responsabilità della Polizia Locale e che termina soltanto con l'affidamento del soggetto al personale sanitario del SPDC. Ove in seguito persista una situazione di rifiuto e di opposizione (o ancor più sussistano specifici rischi di pericolosità, in primis per la stessa incolumità del malato), gli operatori sanitari hanno l'obbligo di segnalare l'impossibilità di eseguire il provvedimento all'autorità che lo ha

emanato, non competendo ad essi l'adozione di mezzi coercitivi²². In tal caso, l'esecuzione del provvedimento può essere effettuata esclusivamente attraverso l'intervento della Forza Pubblica, la sola legittimata all'uso della forza.

Entro le 48 ore dall'avvenuto ricovero, in capo al Sindaco grava l'obbligo di notificare tramite messo comunale l'ordinanza di TSO, corredata dalla proposta medica motivata e convalidata, al Giudice Tutelare nella cui circoscrizione si trova il Comune. Il Giudice Tutelare, non potendosi accontentare dei documenti che gli sono pervenuti, assume le informazioni necessarie, dispone gli eventuali accertamenti e compie le indagini occorrenti per la valutazione, propriamente sanitaria, del caso; al termine, provvede con decreto a convalidare o non convalidare il provvedimento del Sindaco. Nell'ipotesi di mancata convalida o di annullamento, il provvedimento di TSO decade automaticamente e ne viene disposta la cessazione degli effetti da parte dell'autorità sanitaria.

Il TSO ha durata di 7 giorni, al termine dei quali, qualora non sia stata presentata una richiesta di prolungamento da parte del sanitario responsabile del servizio psichiatrico dell'unità sanitaria locale, il trattamento cessa; il medesimo sanitario è tenuto a comunicare il venir meno delle condizioni richieste ai fini dell'esecuzione del TSO al Sindaco, il quale a sua volta ne dà avviso al Giudice Tutelare. Ai fini della cessazione del TSO è sufficiente risulti non soddisfatta anche una sola delle tre condizioni necessarie per l'esecuzione del provvedimento di ricovero obbligatorio in SPDC. Si noti altresì come la limitazione iniziale della durata del trattamento sanitario obbligatorio in sede di degenza ospedaliera sia fondata sulla presunzione che questo tempo sia sufficiente non a guarire l'alterazione psichica, quanto piuttosto a permettere la presa in carico del paziente da parte della rete di servizi, grazie alla collocazione del SPDC nel Dipartimento di cui fanno parte anche i servizi territoriali per l'appunto, al fine di instaurare con il paziente modalità relazionali alternative che favoriscano la libera accettazione della cura, oppure forme attenuate di intervento obbligatorio, come ad esempio il TSO non ospedaliero; ad ogni modo, l'obiettivo è di garantire la continuità terapeutica.

Nell'ipotesi di eventuale protrazione della durata del TSO, il medico responsabile deve rivolgere al Sindaco una richiesta motivata di prolungamento prima della scadenza dei sette giorni. Entro 48 ore dal ricevimento della medesima, viene firmata dal Sindaco l'ordinanza di prolungamento, provvedendosi a notificarla, sempre nelle 48 ore successive, al Giudice Tutelare, che dispone del potere di convalidare o meno il provvedimento, dandone

²² Ministero della Sanità, Circolare n. 900.3/SM-E1/896 del 21/09/1992.

comunicazione al Sindaco. Nella prassi, il rinnovo del TSO, se ancora occorrente, avviene di sette giorni in sette giorni.

Una volta venuto meno il TSO per scadenza dei termini, la persona può chiedere di essere dimessa in ogni momento e tale richiesta deve essere accolta, configurandosi altrimenti il reato di sequestro di persona ex art. 605 c.p., poiché nessuno può essere trattenuto contro la sua volontà presso strutture sanitarie o nei reparti psichiatrici di diagnosi e cura, salvo sia stato adottato e successivamente convalidato dal giudice tutelare il provvedimento di TSO, di cui non si sia realizzata la scadenza del termine.

Ancora, la cessazione degli effetti del provvedimento può derivare dall'omissione delle comunicazioni di cui ai commi primo, quarto e quinto dell'art. 35, salvo sussistere gli estremi per la configurazione del reato di omissione di atti d'ufficio ex art. 328 c.p.

Chiunque, inclusa la persona sottoposta a trattamento, può rivolgersi al Sindaco per invocare la revoca o la modifica del provvedimento con cui è stato disposto o prolungato il TSO e sulla richiesta l'autorità sanitaria si pronuncia nel termine di 10 giorni. La revoca dell'ordinanza di TSO può anche essere giustificata dalla sopravvenuta accettazione della terapia da parte del malato durante l'esecuzione del provvedimento: se il paziente accetta l'intervento terapeutico proposto, il medico del dipartimento di salute mentale (DSM) formula richiesta di revoca del provvedimento al Sindaco, essendo decaduti i presupposti per l'esecuzione del TSO; a tale richiesta fa seguito l'emissione del provvedimento di revoca dell'ordinanza di TSO.

Conclusivamente, occorre rilevare come, nell'ottemperanza delle condizioni non discrezionali necessarie ai fini della sua esecuzione e nel rispetto della dignità della persona coinvolta, il TSO si prefigga di rappresentare una misura di difesa del diritto alla salute dell'individuo, che in un determinato momento della sua vita può non essere in grado di esercitarlo autonomamente; l'obbligatorietà della cura psichiatrica sottende, dunque, anche l'interesse della società al recupero, tramite l'intervento sanitario, del soggetto affetto da grave patologia psichica che lo rende incapace di autodeterminarsi liberamente per un periodo limitato di tempo.

Caratteristica peculiare del TSO è quella di costituire un provvedimento eccezionale, cui non è ammesso farsi ricorso abitualmente. Inoltre, qualificandosi come atto medico privo di funzione di controllo e di difesa sociale, in nessun modo tale strumento può essere invocato al fine di prevenire la commissione di reati.

Nel tentativo di comprendere la frequenza con cui è necessario avvalersi della pratica del TSO, rilevano alcuni dati ufficiali Istat, secondo i quali nel 2005 le dimissioni di pazienti in regime di TSO sono stati circa 10350, nel 2015 approssimativamente 8820 e infine nel 2019

circa 6780. Dall'inizio del secolo il numero di pazienti dimessi a seguito di TSO oscilla tra i 6800 e i 10500 all'anno.

3.2 LE COMPETENZE DELLA POLIZIA LOCALE ED IL RUOLO DEL PERSONALE SANITARIO

Nel corso dell'esecuzione di un'ordinanza di TSO, rimangono ben distinti i ruoli della Polizia Locale, o in generale della Forza Pubblica, cui spetta di portare a compimento la realizzazione dell'ordinanza sindacale, e del personale sanitario, cui invece compete assistere il paziente e tutelarne la salute, e la cui partecipazione in termini di numero, qualifica professionale e servizio di appartenenza trova specifica definizione nelle ragioni di ordine medico clinico che di volta in volta si possono rivelare.

Come accennato precedentemente, le diverse fasi in cui si struttura l'esecuzione del provvedimento di TSO, incluso il trasporto in ambulanza del soggetto, costituiscono attività che, fino all'avvenuta presa in carico da parte del personale sanitario del SPDC, rimangono assoggettate alla responsabilità del Corpo di Polizia Locale²³, il quale dispone del potere di porre in atto operazioni di polizia amministrativa facendosi garante dell'attuazione dell'ordinanza dell'autorità sanitaria, ed è titolare di eventuali atti di coazione finalizzati sia all'osservanza del provvedimento obbligatorio, sia a sostenere l'assistenza sanitaria in atto. Nell'ipotesi in cui sussista un serio pericolo per l'ordine pubblico, la Polizia Locale è autorizzata a richiedere l'intervento delle Forze dell'Ordine.

Per quel che concerne il ruolo del personale sanitario²⁴, esso non deve intendersi come consulenza specialistica a sostegno dell'atto coercitivo, ma come adempimento dei doveri sanitari, che non vengono meno in sede di esecuzione dell'ordinanza e la cui omissione può configurare reato. La presenza di detto personale (segnatamente Dipartimento di Salute Mentale, SUEM, Medici di Medicina Generale e del Servizio di Continuità Assistenziale) nel corso della procedura trova fondamento nell'ambito più generale di assistenza ad un malato, per cui competenze e specifiche responsabilità di ordine sanitario non possono essere sospese o surrogate dall'intervento della Polizia Locale: durante l'esecuzione del provvedimento, il personale medico continua ad essere titolare di una competenza tecnica rivolta a fornire tutte le informazioni necessarie per una effettuazione del TSO il meno traumatica possibile, alla

²³ Regione del Veneto, *Linee Guida Regionali per i Dipartimenti di Salute Mentale in materia di Trattamento Sanitario Obbligatorio e Accertamento Sanitario Obbligatorio*, cit., pag. 6.

²⁴ Regione del Veneto, *Linee Guida Regionali per i Dipartimenti di Salute Mentale in materia di Trattamento Sanitario Obbligatorio e Accertamento Sanitario Obbligatorio*, cit., pag. 7.

tutela della salute del paziente, all'adozione delle modalità più idonee al rispetto ed alla cura della sua persona, nonché al recupero di un eventuale consenso. Allo stesso modo, l'operato del personale sanitario non può essere sostitutivo di quello contestuale della Polizia Locale, istituzionalmente preposta a superare l'eventuale resistenza opposta dal paziente, ove ogni possibile intervento sanitario si dimostri vano e sia necessario l'uso della coazione fisica.

In particolare, l'intervento dei sanitari e dell'ambulanza del SUEM nel luogo in cui deve essere prelevato il paziente è subordinato alla contemporanea presenza in loco della Polizia Locale. A seguito del trasporto in ambulanza, all'interno della quale devono garantirsi, ancora una volta, l'assistenza da parte dei sanitari e la custodia da parte della Polizia Locale, quest'ultima avrà premura di affidare il paziente direttamente al medico del reparto del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura presso il quale è stato accompagnato, collaborando in sede affinché siano verificati e attuati tutti i presupposti di sicurezza. Nel caso di agitazione psicomotoria grave, con potenziale o conclamato comportamento aggressivo, la terapia sedativa, a seguito di consulenza dello psichiatra di turno, va iniziata già in Pronto Soccorso, ancor prima dell'ingresso nel SPDC. Una volta accolto il soggetto presso il SPDC, fatto salvo l'obbligo di mezzi da parte dei sanitari nel prevenire qualsiasi conseguenza negativa derivante dal disturbo mentale, laddove eventuali complicanze del quadro patologico consistano nell'imminenza di comportamenti violenti o di pericolo attuale per l'incolumità del soggetto o di terzi, i sanitari possono coinvolgere, durante la degenza ospedaliera, il personale della Forza Pubblica, l'unico legittimato all'uso della forza sia in sostegno all'opera di soccorso, sia per le specifiche competenze di tutela della sicurezza e dell'ordine pubblico. L'eventuale contenzione può essere giustificata solo dallo stato di necessità (serio, concreto ed immediato pericolo) o dall'esigenza di reprimere il reato²⁵. In caso di allontanamento del paziente dal reparto, il responsabile del SPDC deve inviare immediata segnalazione alla Forza Pubblica, specificando le condizioni cliniche e da quanto tempo il soggetto sia ricoverato per disturbo mentale in regime di TSO, di modo che possa essere rintracciato il prima possibile e immediatamente ricondotto in SPDC. Se risulta oggettivamente irreperibile, il responsabile sanitario deve comunicare al Sindaco l'impossibilità di proseguire il trattamento involontario, avviandosi eventualmente una nuova procedura di TSO per il momento in cui, stante la

²⁵ Codice di Deontologia Medica, art. 18 *Trattamenti che incidono sull'integrità psico-fisica*. "I trattamenti che incidono sull'integrità psico-fisica sono attuati al fine esclusivo di procurare un concreto beneficio clinico alla persona".

Codice di Deontologia Medica, art. 51 *Soggetti in stato di limitata libertà personale*. "Il medico che assiste una persona in condizioni di limitata libertà personale è tenuto al rigoroso rispetto dei suoi diritti.

Il medico, nel prescrivere e attuare un trattamento sanitario obbligatorio, opera sempre nel rispetto della dignità della persona e nei limiti previsti dalla legge".

sussistenza delle condizioni di legge, il soggetto si rendesse reperibile. Ove si venisse a conoscenza che il paziente allontanatosi si trova presso il Comune afferente ad una diversa Azienda Sanitaria Locale, il medico responsabile del SPDC ne dà informazione al Servizio Psichiatrico Territoriale competente, cui spetta di valutare la situazione ed eventualmente attivare una nuova procedura di TSO sotto la giurisdizione del Comune in cui l'interessato si trova in quel momento.

4. INTERVENTI SANITARI CHE NON NECESSITANO DI TSO

Esistono delle fattispecie peculiari in cui, pur limitandosi la libertà personale per motivi di salute, non si richiede necessariamente di avviare la procedura inerente il trattamento sanitario obbligatorio.

- **Intervento in “stato di necessità”**

Una prima ipotesi concerne l'intervento in stato di necessità²⁶ in quelle condizioni di interesse psichiatrico caratterizzate da urgenza e drammaticità che, come tali, esigono l'entrata in azione immediata, senza potersi attendere l'attivazione del TSO, perché ciò comporterebbe solo un dannoso rallentamento. Nelle situazioni sanitarie in cui la manifestazione di gravi alterazioni psichiche non è espressione di una malattia mentale (come nel caso di patologie neurologiche, tossiche, traumatiche), non è mai consentito il ricorso al trattamento obbligatorio, ma è solo ammesso attuare, ricorrendone i presupposti, interventi in stato di necessità ex articolo 54 c.p.²⁷, tra i quali, ad esempio, l'accompagnamento coattivo in Pronto Soccorso per la puntuale valutazione circa lo stato di salute del soggetto. A tal proposito, è deontologicamente imposto l'intervento medico sia nei casi di necessità e di urgenza, sia quando il paziente non sia in grado di esprimere una volontà contraria. Il sanitario, a fronte di situazioni cliniche di cui si riconosca un grave ed attuale rischio o pericolo per l'incolumità del soggetto o di terzi, deve agire immediatamente, anche a costo di

²⁶ Regione del Veneto, *Linee Guida Regionali per i Dipartimenti di Salute Mentale in materia di Trattamento Sanitario Obbligatorio e Accertamento Sanitario Obbligatorio*, cit., pag. 9.

²⁷ Art. 54 c.p. *Stato di necessità*. “Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo. Questa disposizione non si applica a chi ha un particolare dovere giuridico di esporsi al pericolo. La disposizione della prima parte di questo articolo si applica anche se lo stato di necessità è determinato dall'altrui minaccia; ma, in tal caso, del fatto commesso dalla persona minacciata risponde chi l'ha costretta a commetterlo”.

limitare la libertà del paziente, avvalendosi dell'ausilio delle forze dell'ordine. Va sottolineato che, rispetto a comportamenti violenti aventi un nesso causale con il quadro clinico che comprometta la volontà del paziente, il medico ha la specifica responsabilità sia della cura sia di prevenirne le conseguenze avverse, fatta salva la competenza della forza pubblica ad intervenire coattivamente.

Oltre alla valutazione inerente lo stato di necessità, il medico è tenuto a valutare la volontà eventualmente compromessa dalla patologia, ovvero la capacità di consenso/dissenso del paziente rispetto alle cure. Difatti, un soggetto capace di esprimere validamente il proprio consenso, in quanto non invalidato dalla patologia psichica, ha facoltà di opporre il proprio rifiuto alle cure, nonostante si versi in uno stato di necessità. Da questo punto di vista si distinguono due ipotesi:

1. la mancanza di consenso, derivante dal fatto che il soggetto non è in grado di esprimere validamente alcun consenso o dissenso, condizione riscontrabile nei quadri clinici di disturbi psichici dovuti a patologie organiche, rispetto alle quali l'unico intervento possibile è quello fondato sul presupposto del consenso presunto o dello stato di necessità; in assenza di stato di necessità, il rifiuto generico di sottoporsi alle cure da parte del soggetto che pur versi in uno stato di incapacità (come nel caso di incapaci naturali, dementi, soggetti con oligofrenia) non permette di giustificare interventi coattivi, richiedendosi inevitabilmente il coinvolgimento del Giudice Tutelare.
2. nel caso di soggetto affetto da malattia mentale e, ciò nonostante, capace di esprimersi, il suo dissenso a sottoporsi alle cure di cui abbisogna potrebbe non essere valido in quanto inficiato dalla patologia psichiatrica. Pertanto, ove emerga un pericolo attuale di salute si interviene in stato di necessità, mentre dinanzi ad un pericolo potenziale non altrimenti evitabile, si ricorre al TSO.

Appare all'uopo precisare che la persona sottoposta a TSO per malattia mentale si dimostra sempre in grado di esprimere il proprio dissenso, sia pur caratterizzato da un vulnus dovuto alla patologia psichica, ed è per questo che, in ogni fase di esecuzione del provvedimento, il sanitario ha il compito di ricercare continuamente il consenso e la collaborazione dell'obbligato.

- **Stato di coscienza gravemente alterato**

La presenza di stato confusionale o di stato di coscienza gravemente alterato (ad esempio per causa tossica, traumatica, neurologica)²⁸ comporta l'incapacità del paziente di esprimersi (né consenso, né dissenso) in ordine a qualsiasi proposta di intervento medico. In questa circostanza, il sanitario deve mettere in atto tutti gli interventi reputati necessari, senza ricorrere al TSO. Lo stato di necessità concerne l'esigenza impellente di agire di fronte ad un eventuale comportamento disorganizzato o violento (agitazione psicomotoria in alcolismo acuto, aspetti confusivi nel corso di patologie cerebrali), ai fini di contenimento e di messa in atto degli accertamenti e dei trattamenti urgenti ed improrogabili riguardanti la causa organica sottostante. Ancora una volta, il personale sanitario può servirsi dell'assistenza della Forza Pubblica.

- **Comportamenti violenti auto-etero diretti in malattia mentale tali da comportare pericolo immediato**

Lo stato di necessità riguarda tipicamente l'ipotesi di comportamenti violenti auto od etero diretti, in atto o pianificati nel breve termine, legati ad una malattia mentale e tali da comportare un pericolo immediato, come nel caso di una evidenza di tipo suicidario²⁹. Trattandosi di comportamenti che rappresentano espressione sintomatologica della malattia mentale, la quale altera la volontà del soggetto, il sanitario è tenuto a prevenirli dando corso alle operazioni e cure necessarie³⁰ e rivolgendosi alla Forza Pubblica per il sostegno all'opera di soccorso, oltre che per l'eventuale prevenzione/repressione del reato. L'assistenza delle Forze dell'Ordine deve essere garantita sino all'avvenuto compimento degli interventi atti a gestire l'emergenza. Ove i comportamenti violenti auto-eterolesivi siano posti in essere nel corso di una degenza ospedaliera in SPDC e nelle circostanze di pericolo immediato,

²⁸ Regione del Veneto, *Linee Guida Regionali per i Dipartimenti di Salute Mentale in materia di Trattamento Sanitario Obbligatorio e Accertamento Sanitario Obbligatorio*, cit., pag. 10.

²⁹ Regione del Veneto, *Linee Guida Regionali per i Dipartimenti di Salute Mentale in materia di Trattamento Sanitario Obbligatorio e Accertamento Sanitario Obbligatorio*, cit., pag. 11.

³⁰ Tribunale di Bologna, Corte d'Appello, Sez. III penale, sent. del 4/04/2007 (in *Corriere del merito* 2007, 11, 1288): ai sensi degli artt. 40 (*rapporto di causalità*), 41 (*concorso di cause*) e 589 (*omicidio colposo*) c.p., risponde di omicidio colposo per non aver evitato il fatto altrui il medico psichiatra che, non avendo adeguatamente valutato i sintomi di aggressività di un suo paziente affetto da schizofrenia paranoide cronica, omette di richiedere tempestivamente un TSO nei suoi confronti, riducendogli sensibilmente e senza gradualità la terapia farmacologica neurolettica, così da renderla inidonea a contenerne la pericolosità, la quale esplose in un atto omicidiario ai danni di un terzo (nella specie, un educatore in servizio presso la comunità residenziale ove era ospitato il suddetto paziente).

può rendersi necessario ricorrere alla contenzione, sino al superamento del pericolo stesso.

- **Richiesta al medico psichiatra di TSO in assenza di patologie psichiatriche**

Può accadere che il medico psichiatra venga interpellato da altro medico allo scopo di legittimare trattamenti sanitari obbligatori per patologie non psichiatriche³¹, sulla base dell'art. 33 della legge 833/78, il quale, tuttavia, non può essere invocato come strumento di contrasto all'opposizione del singolo che rifiuti interventi medici volti alla cura di affezioni morbose produttive di nocimento, anche estremo, alla sola salute individuale. Il paziente ricoverato per patologia non mentale, in quanto pienamente capace e consapevole, è titolare, infatti, del diritto di negare il proprio assenso all'atto medico, rifiutando di sottoporsi al trattamento sanitario. In tale evenienza, il coinvolgimento del medico psichiatra può essere richiesto dal medico curante, sulla base di fondate motivazioni di ordine clinico, esclusivamente allo scopo di valutare eventuali limitazioni della capacità di fornire adeguato consenso derivanti da possibili disturbi mentali. Si ribadisce che in presenza di evidenti alterazioni dello stato di coscienza conseguenti a patologie non psichiatriche, l'intervento medico in assenza del consenso del paziente può avvenire in regime di consenso presunto e/o di stato di necessità; qualora il paziente manifesti comportamenti violenti che mettano a rischio l'incolumità del personale sanitario, le Forze dell'Ordine sono tenute a prestare l'assistenza occorrente a consentire l'erogazione delle cure in condizioni di sicurezza.

Conclusivamente, il TSO non può essere avviato nei confronti di pazienti non affetti da patologie psichiatriche che rifiutino di sottoporsi alle cure; in questo caso:

- a) se il paziente ha piena capacità di intendere e volere, il suo rifiuto è valido e deve essere accettato;
- b) se il paziente presenta limitazioni della capacità di intendere e volere dovute a patologie non psichiatriche (disturbi psichici secondari a malattie neurologiche o traumatiche) o ad assunzione di sostanze, il trattamento può realizzarsi solo laddove ricorrano lo stato di necessità ovvero il pericolo attuale per l'incolumità del soggetto, il quale necessiti di interventi urgenti ed improrogabili;

³¹ Regione del Veneto, *Linee Guida Regionali per i Dipartimenti di Salute Mentale in materia di Trattamento Sanitario Obbligatorio e Accertamento Sanitario Obbligatorio*, cit., pag. 13.

c) se il paziente presenta limitazioni alla capacità di intendere e di volere e il rifiuto delle cure non è accompagnato dallo stato di necessità, ovvero al di fuori dell'urgenza e dell'improrogabilità degli interventi, i sanitari dovranno coinvolgere il Giudice Tutelare.

- **Condizioni per il TSO nei disturbi alimentari**

Il trattamento obbligatorio dei disturbi psichiatrici ha sempre costituito oggetto di controversie di carattere legale, clinico ed etico per quel che concerne l'anoressia nervosa (AN)³². Nel Regno Unito, la Commissione per il Mental Health Act ha fornito un'indicazione per la cura dell'AN³³ dopo aver riconosciuto che si tratta di un disturbo mentale in grado, in alcuni pazienti, di compromettere la capacità di fornire un valido consenso, inficiato dalla percezione distorta della propria figura corporea, dalla lipofobia e dalla negazione della pericolosità delle proprie azioni, nonostante il mantenimento della capacità di comprendere natura, obiettivi e probabili effetti della terapia. Nella legislazione italiana³⁴, l'anoressia nervosa può essere considerata come una delle malattie psichiatriche rispetto alle quali possono verificarsi le condizioni previste dall'articolo 34, legge 833/1978 per l'imposizione di un TSO; infatti, se da un lato parrebbe corretto ritenere che nell'ipotesi di AN il motivo urgente dell'ospedalizzazione non sia di tipo psichiatrico, quanto piuttosto sia costituito dalla compromissione fisica che richiede un trattamento medico e/o l'alimentazione forzata³⁵, dall'altro non può negarsi come il rifiuto della cura terapeutica della malattia fisica rappresenti il sintomo di una malattia mentale, la quale, tuttavia, deve essere diagnosticata per potersi ricorrere al TSO per alterazione psichica. Ancorché la gravità delle condizioni mediche sia conseguenza di disturbi psicopatologici, per il trattamento dei problemi di salute fisica occorre comunque il consenso del paziente, salvo quel che è previsto nel caso di urgenza e di stato di pericolo immediato di vita. Occorre evidenziare come l'AN rappresenti un disturbo psichiatrico con elevati indici

³² Regione del Veneto, *Linee Guida Regionali per i Dipartimenti di Salute Mentale in materia di Trattamento Sanitario Obbligatorio e Accertamento Sanitario Obbligatorio*, cit., pag. 16.

³³ Mental Health Act Commission, *Guidance on the treatment of anorexia nervosa under the Mental Health Act 1983 (Guidance Note 3)*, Nottingham, 1997.

³⁴ SANTONASTASO P., *Il trattamento sanitario obbligatorio nell'anoressia nervosa*, *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 2009, pag. 206.

³⁵ MARINOZZI L., TROIANI S., BORSETTI G., RODRIGUEZ D., *Alimentazione forzata nei pazienti anoressici tra etica e Scienza*, *Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie*, 2000, 3:180-9.

di mortalità (10% - 20% nei follow up a lungo termine)³⁶. Nonostante la scarsità di informazioni pubblicate inerenti sia la percentuale di pazienti con AN ricoverati senza il loro consenso, sia l'esito del trattamento, sulla base dei dati delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) riguardanti la regione Veneto e relativi al periodo 2000-2007, dei 2978 ricoveri (372 all'anno) in strutture sanitarie pubbliche e private per disturbi dell'alimentazione, l'82% riguarda casi di anoressia nervosa, di cui il 68% in SPDC. Nello stesso periodo, in Veneto, a fronte di una percentuale rilevata di TSO sul totale dei ricoveri negli SPDC pari al 5,2%, i TSO in pazienti con AN sono stati 7, numero corrispondente al 3,4% dei casi di ricoveri per anoressia nervosa³⁷. In conclusione, rileva come, sebbene nei soggetti affetti da AN non vi sia una compromissione globale delle capacità, il deterioramento del pensiero, della percezione del giudizio, del proprio comportamento e della idoneità a rispondere alle normali esigenze di sopravvivenza, costituisce motivo per proporre il TSO³⁸, soprattutto considerando che, secondo alcuni studi condotti negli ultimi 20 anni, l'obbligatorietà della cura in questi pazienti non sembra aver compromesso il successivo sviluppo di una valida alleanza terapeutica.

- **TSO nel caso dell'interdetto**

Per quanto riguarda l'interdetto³⁹, informazione e consenso, precipuamente in ambito sanitario, rappresentano compiti affidati al tutore, il quale assume, per conto e nell'interesse della persona sottoposta a tutela, le decisioni relative alla sua salute psicofisica. Tuttavia, il rifiuto attivo del soggetto rispetto alle cure può determinare il coinvolgimento diretto del Giudice Tutelare. Nell'ottica di assicurare una maggior garanzia dello stato di salute dell'interdetto e per consentire un'esecuzione del ricovero obbligatorio con la dovuta correttezza di procedure e personale, può altresì rendersi inevitabile attuare il TSO per gravi alterazioni psichiche, sempre che ricorrano tutte le condizioni di legge.

³⁶ MILLAR HR., WARDELL F., VYVYAN JP., NAJI SA., PRESCOTT GJ., EAGLES JM., *Anorexia nervosa mortality in Northeast Scotland, 1965-1999*, American Journal of Psychiatry, 2005, 162:753-7.

³⁷ MILANO W., COTUGNO A., DALLE GRAVE R., GENTILE M.G., GRAVINA G., RENNA C., SALVO P., TODISCO P., DONINI L.M., *Il trattamento sanitario obbligatorio come salvavita in presenza di disturbi dell'alimentazione: una scelta complessa*, Rivista di Psichiatria, settembre-ottobre 2017, vol. 52, n. 5, pag. 180-188.

³⁸ APPELBAUM PS., RUMPF T., *Civil commitment of the anorexia patient*, Gen Hosp Psychiatry, 1998, 20:225-30.

³⁹ Regione del Veneto, *Linee Guida Regionali per i Dipartimenti di Salute Mentale in materia di Trattamento Sanitario Obbligatorio e Accertamento Sanitario Obbligatorio*, cit., pag. 16.

- **Trattamenti sanitari nei minori senza consenso**

Negli articoli 33, 34, 35 della legge 833/1978 non si fa riferimento alcuno ai minori d'età. Se tale silenzio potrebbe far presumere che per gli stessi siano valide le ordinarie procedure in materia di ASO e TSO, tuttavia non possono trascurarsi il ruolo ampiamente codificato del Tribunale per i Minorenni e la complessità della questione correlata al consenso dei minori. Nei soggetti minori⁴⁰, la capacità di esprimere validamente il consenso è considerata imperfetta ed incompleta, pertanto la competenza formale in ordine all'espressione del medesimo è riconosciuta in capo ai genitori o a coloro che esercitano la responsabilità genitoriale, il cui assenso è sufficiente a far ritenere valido il ricovero "volontario" del minore. Nonostante ciò, recenti evoluzioni del diritto e giurisprudenziali a livello nazionale ed internazionale considerano il consenso un atto giuridico unilaterale rispetto al quale non è richiesta la capacità di agire, subordinata al conseguimento della maggiore età, ma la sola capacità di intendere e di volere, accordabile anche al minore maturo, che può dunque esprimere il proprio valevole assenso alle cure. Nell'ipotesi di contrasto tra genitore/tutore e minore maturo relativamente ad atti medici che incidano significativamente sull'integrità personale e sulla qualità di vita di quest'ultimo, il parere dei genitori o di chi ne fa le veci non può automaticamente prevalere sull'eventuale parere difforme del soggetto interessato, rendendosi opportuno in tale evenienza l'intervento del Giudice Tutelare. Quest'ultimo ha prevalentemente la funzione di garantire la tutela di quei soggetti, tra cui il minore appunto, che per svariati motivi transitori o permanenti, potrebbero non essere in grado di tutelarsi autonomamente contro possibili abusi da parte di coloro che detengono l'autorità nei loro confronti; nel caso di specie, il Giudice Tutelare si fa garante del diritto all'autodeterminazione del minore. Diversamente, il Tribunale per i Minorenni è essenzialmente deputato alla protezione del minore d'età in situazioni di potenziale pregiudizio per il medesimo, incluse quelle che possono concretizzarsi in ambito sanitario. Neppure può tralasciarsi il ruolo fondamentale dell'operatore sanitario: ove percepisca l'esistenza di un severo rischio di pregiudizio per il minore, derivante da una mancata tutela del suo diritto alla salute e sussistente anche dopo aver fatto il possibile per acquisire l'adesione dei genitori e del minore stesso agli interventi sanitari necessari, tale operatore sanitario è tenuto ad inviare apposita segnalazione

⁴⁰ Regione del Veneto, *Linee Guida Regionali per i Dipartimenti di Salute Mentale in materia di Trattamento Sanitario Obbligatorio e Accertamento Sanitario Obbligatorio*, cit., pag. 14-15.

all'autorità competente per i minori. In particolare, le segnalazioni vanno indirizzate alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni, deputata a valutare l'effettivo ricorrere di un problema di tutela del minore, conseguentemente attivando, se del caso, il Tribunale per i Minorenni; esso ha il potere di agire attivamente sulla responsabilità genitoriale attraverso puntuali provvedimenti con cui prescrivere gli interventi sanitari necessari o addirittura disporre l'allontanamento del minore. Nei casi di assoluta urgenza in cui risulta indispensabile assumere un provvedimento immediato nell'arco di poche ore, è possibile rivolgere direttamente la segnalazione al Tribunale per i Minorenni, fermo restando che deve cogliersi ogni occasione per rinegoziare un possibile consenso con il paziente e con chi ne esercita l'autorità e per giungere ad un'auspicata alleanza ai fini del trattamento sanitario.

Sul piano pratico, in ambito neuropsichiatrico, per quanto concerne gli accertamenti e i trattamenti sanitari sui minori per malattia mentale, possono realizzarsi alcune situazioni tipiche, secondo quanto riassunto nella seguente tabella⁴¹:

	Minore “maturo”	Genitori	Procedura
a.	Assenso	Consenso	Si procede direttamente
b.	Assenso	Rifiuto da parte di uno o entrambi i genitori	Tribunale dei Minori
c.	Rifiuto	Rifiuto da parte di uno o entrambi i genitori	Tribunale dei Minori/ASO/TSO
d.	Rifiuto	Consenso, situazione ambientale adeguata e collaborante	ASO/TSO
e.	Rifiuto	Consenso, ma situazione ambientale di pregiudizio per la salute del minore	Tribunale dei Minori

ipotesi a): se il minore ed entrambi i genitori forniscono il proprio consenso alle cure e si dimostrano sufficientemente collaboranti, non occorre investire autorità esterne, procedendosi gradualmente secondo quanto concordato e di volta in volta necessario, si tratti di valutazioni o di trattamenti sanitari ambulatoriali od ospedalieri.

⁴¹ Regione Liguria, Azienda Unità Sanitaria Locale n. 3 “Genovese”, deliberazione n. 127 del 28/02/2013, Allegato A, pag. 5.

ipotesi b): il minore dà il proprio assenso, ma uno o entrambi i genitori rifiutano. Laddove, nel contesto di una dinamica relazionale fortemente conflittuale, la mancata collaborazione da parte di uno o di tutti e due i genitori sia causa di uno stato di grave pregiudizio per il minore, appare inevitabile la segnalazione alla Procura del Tribunale per i Minorenni.

ipotesi c): né il minore né i genitori acconsentono alle cure, oppure vi acconsente solo un genitore. A fronte del rifiuto e della mancata collaborazione generalizzata, spesso in una dinamica ancora una volta conflittuale, configurando ciò una condizione pregiudizievole per la salute del minore, appare necessaria la segnalazione summenzionata; talvolta può essere opportuno attivare fin da subito la procedura dell'ASO e del TSO, comunque cercando di rinegoziare il consenso, e lasciare successivamente che si occupi della questione il Tribunale per i Minori.

ipotesi d): il minore non acconsente alle cure, mentre entrambi i genitori forniscono il proprio consenso, e la situazione familiare appare adeguata e collaborante. È opportuno ricorrere ad ASO e TSO.

ipotesi e): il minore rifiuta le cure e i genitori esprimono formalmente il proprio consenso, ma la condizione familiare risulta complessivamente pericolosa per la salute del minore; in questo caso, la segnalazione alla Procura presso il Tribunale dei Minori evidenzia non solo l'esistenza della situazione pregiudizievole e le motivazioni della stessa, ma anche quanto sia stato compiuto per modificarla e per raccogliere il consenso del minore.

In chiusura, si constata come in Italia la media ISTAT di TSO nei minori di età compresa tra i 12 e i 18 anni sia stata di 70 casi all'anno nel quadriennio 2008-2012, a fronte di 6000 ricoveri per condizioni psichiatriche nella stessa fascia d'età. Questo dimostra che, nella maggior parte delle ipotesi, le soluzioni adottate siano alternative al TSO e coinvolgano normalmente il Tribunale per i Minorenni o il Giudice Tutelare. Inoltre, per le urgenze psichiatriche riguardanti i minori, sono predisposte strutture specifiche di ricovero ospedaliero, in luogo di quelle ordinarie psichiatriche o pediatriche. Proprio considerando il fatto che, al termine dell'eventuale parentesi ospedaliera acuta, i minori di regola abbisognano di appositi spazi terapeutici di lungo periodo, anche residenziali, il punto maggiormente critico nella gestione dei percorsi di tutela della salute mentale in età evolutiva, soprattutto in circostanze di emergenza ed urgenza, consiste proprio nella ridotta disponibilità di risorse e strutture

specificamente dedicate a questi soggetti. Una risposta adeguata consiste nell'attivazione di una rete omogenea e integrata di reparti e servizi territoriali in Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza (NPIA) con personale formato ad hoc per la gestione dei disturbi neuropsichiatrici dell'età evolutiva.

5. ALCUNI DIRITTI DEL SOGGETTO SOTTOPOSTO A TSO

La persona affetta da disturbi psichici ricoverata in regime di Trattamento Sanitario Obbligatorio presso il servizio psichiatrico di diagnosi e cura, nonostante possa subire delle restrizioni delle proprie libertà personali ove ciò sia funzionale a tutelarne la salute, gode di alcuni diritti essenziali:

- Anzitutto, il soggetto sottoposto a TSO ha la possibilità di rivolgersi in ogni momento al Sindaco per chiedere la modifica o la revoca del provvedimento con cui si è disposto ed eventualmente prolungato il trattamento; inoltre, al pari di chiunque vi abbia interesse, può presentare ricorso al tribunale territorialmente competente contro il provvedimento convalidato dal giudice tutelare, al fine di ottenere tutela giurisdizionale. In sede processuale, le parti possono stare in giudizio senza difensore, facendosi rappresentare da persona munita di mandato scritto in calce al ricorso stesso o in apposito atto separato. Fissata l'udienza di comparizione, il presidente del tribunale, dopo aver acquisito il provvedimento con cui è stato disposto il TSO e dopo aver sentito il pubblico ministero (p.m.), può sospendere il trattamento anche prima dell'udienza di comparizione. Sulla richiesta di sospensiva, il presidente del tribunale è tenuto a provvedere nel termine di 10 giorni. Il tribunale decide in camera di consiglio, sentito il p.m., soltanto dopo aver assunto le opportune informazioni e raccolto le prove, le quali possono essere richieste dalle parti o disposte d'ufficio⁴².
- L'interessato in regime di TSO gode, "per quanto è possibile"⁴³, del diritto di scegliere liberamente il medico ed il luogo di cura. Si tenta quindi di garantire al paziente la scelta del luogo del servizio psichiatrico di diagnosi e cura, seppur entro i limiti dettati dalla disponibilità di posti letto e dall'opportunità di non sottoporlo ad un viaggio di trasferimento di durata eccessiva; occorre comunque verificare la capacità, da parte del servizio optato dal paziente, di accoglierlo e di svolgere il programma terapeutico, che include la presa in carico o l'impegno a favorire il ritorno al dipartimento di salute

⁴² Art. 35, legge 833/1978, cit.

⁴³ Art. 33, comma 2, legge 833/1978, cit.

mentale (DSM) inviante. La scelta del paziente che non sia stato plausibile esaudire nell'immediato deve essere sempre tenuta in considerazione ed accolta non appena si realizzino le condizioni.

- Nonostante non possa rifiutare le cure, il paziente in trattamento obbligatorio ha il diritto di essere adeguatamente informato sulle terapie a cui viene sottoposto e di scegliere tra una serie di proposte alternative.
- Durante il TSO, il paziente “ha il diritto di comunicare con chi ritiene opportuno”⁴⁴, anche attraverso telefonate, essendo precluso agli infermieri di selezionare le persone che loro ritengano autorizzate ad entrare in reparto. Ciò costituisce un rimedio contro l'isolamento e contro eventuali soprusi a cui lo stato di scarsa contrattualità potrebbe esporlo. Gli è riconosciuto altresì il diritto di far annotare, nella propria cartella clinica, tutte le informazioni concernenti il suo stato di salute e i trattamenti sanitari che gli vengono applicati, oltre al diritto di conoscere i nominativi e le qualifiche del personale che opera nel reparto (ogni medico, infermiere od altro operatore del reparto deve essere munito di un cartellino di riconoscimento apposto sul camice indossato).
- Una volta concluso il periodo di TSO, il paziente dimesso può abbandonare il reparto senza dover firmare alcun documento ed in autonomia, escludendosi la necessità di un accompagnatore, assumendosi dunque ogni responsabilità.
- Con riferimento all'articolo 13 Cost., secondo cui “la libertà personale è inviolabile”, si è pronunciata la Corte costituzionale con sentenza 471/1990, riconoscendo che “la libertà di autodeterminarsi in ordine ad atti che coinvolgono il proprio corpo ha un diretto fondamento costituzionale nel principio di libertà personale”. Ciò deve conciliarsi con l'articolo 32 Cost., sul quale trova fondamento costituzionale il trattamento sanitario in assenza del consenso dell'interessato, laddove esso costituisca l'extrema ratio per tutelare la salute della persona affetta da grave malattia mentale, in quanto strumento terapeutico attivabile soltanto quando tutti i tentativi volti ad ottenere l'assenso del paziente alle cure siano falliti. Il TSO, dunque, rappresenta un'eccezione alla regola generale del diritto alla salute come diritto fondamentale all'autodeterminazione nelle cure e nella disposizione del proprio corpo, considerandosi costituzionalmente legittime le misure volte a salvaguardare la salute individuale e collettiva, presupponendosi la doverosità sociale del trattamento

⁴⁴ Art. 33, comma 4, legge 833/1978, cit.

sanitario individuale coattivo. D'altro canto, lo stato di necessità di cui all'articolo 54 c.p.⁴⁵, permette di giustificare l'atto medico in assenza del consenso del paziente.

Proprio mediante tale articolo 54 c.p. parrebbe altresì potersi legittimare la contenzione, in particolare meccanica, sia pur limitata nel tempo e a casi estremi, specificatamente nelle situazioni di eccezionale gravità, non altrimenti gestibili, suscettibili di mettere in pericolo l'incolumità della persona stessa, del personale sanitario o di qualsiasi altro soggetto terzo.

Essendo la contenzione la principale tematica del presente elaborato, essa costituisce oggetto di apposita trattazione nel capitolo immediatamente seguente.

⁴⁵ Art. 54 c.p. *Stato di necessità*, cit.

CAPITOLO 2

LA CONTENZIONE

SOMMARIO: **1.** La definizione di contenzione e la posizione della Società Italiana di Psichiatria - **2.** Tipologie di contenzione - 2.1 La contenzione fisica - 2.2 La contenzione meccanica - 2.3 La contenzione farmacologica - 2.4 La contenzione ambientale - 2.5 La contenzione psicologica - **3.** Gli ambiti della contenzione - 3.1 Il rapporto tra il reparto psichiatrico e il DSM - 3.2 I luoghi della contenzione - **4.** Le circostanze atte a giustificare la contenzione - **5.** Valutazione multidimensionale e fattori di rischio - 5.1 La valutazione multidimensionale delle caratteristiche clinico-assistenziali del paziente - 5.2 Individuazione di alcuni rilevanti fattori di rischio - **6.** La gestione della contenzione - 6.1 La costruzione di un protocollo operativo - 6.2 Modello di procedura operativa per l'applicazione della contenzione meccanica - **7.** Il ruolo del medico legale e i danni derivanti dalla contenzione - 7.1 Il medico legale di fronte alla contenzione - 7.2 Possibili danni correlati all'uso della contenzione - **8.** La contenzione tra passato e presente nel panorama normativo italiano - 8.1 I riferimenti costituzionali alla contenzione - 8.2 La principale argomentazione a sostegno della liceità della contenzione: l'articolo 54 del codice penale - 8.3 La rilevanza penale della contenzione - **9.** I riferimenti sovranazionali alla contenzione - 9.1 La posizione del CPT in materia di contenzione - 9.2 La letteratura internazionale sulla contenzione - **10.** Liceità e necessità della contenzione attraverso il contributo della giurisprudenza - **11.** Gli aspetti deontologici relativi alla contenzione - **12.** Strategie di prevenzione della contenzione - 12.1 Programmi di cura e di assistenza longitudinali - 12.2 Gestione dell'agitazione psicomotoria e valutazione psichiatrica - 12.3 Fattori di prevenzione della contenzione - 12.4 Attuazione delle tecniche di "de-escalation" nelle situazioni di crisi - 12.5 La collaborazione con le Forze dell'Ordine - 12.6 Strategie di intervento farmacologico - **13.** La Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome sulla possibile strategia di prevenzione della contenzione in psichiatria - **14.** La necessità di trasparenza del fenomeno della contenzione - **15.** Gli aspetti bioetici della contenzione - 15.1 L'orizzonte bioetico - 15.2 Uno spunto di riflessione dal Comitato danese di Etica - 15.3 La cultura no-restraint - 15.4 Il superamento della contenzione - 15.5 Le raccomandazioni del CNB - 15.6 Alcune ragioni della rilevanza del parere del CNB - **16.** Dati epidemiologici relativi alla contenzione

1. LA DEFINIZIONE DI CONTENZIONE E LA POSIZIONE DELLA SOCIETA' ITALIANA DI PSICHIATRIA

Prima di procedere nella trattazione, è opportuno precisare che, in letteratura, con il termine “contenzione fisica” ci si riferisce ad ogni intervento, anche manuale, idoneo a bloccare il corpo del paziente, mentre con l’espressione “contenzione meccanica” si fa riferimento a quelle tipologie di contenzione fisica attuate attraverso l’uso di strumenti idonei a realizzarla e mantenerla. Talvolta, tuttavia, questa distinzione non viene adeguatamente tenuta presente, finendosi così per far corrispondere il più ampio concetto di “contenzione fisica” a quello di “contenzione meccanica”, che del resto ne rappresenta la forma più diffusa⁴⁶.

Chiarito questo aspetto, affrontare la questione della contenzione in psichiatria significa porre l’attenzione soprattutto sul suo utilizzo come rimedio a fronte di quelle situazioni caratterizzate da un elevato rischio di azioni auto e/o eterolesive da parte del paziente; in tali circostanze, poiché l’intervento si contraddistingue principalmente per la mancanza del consenso dell’interessato, esso va preso in considerazione nell’ambito del trattamento sanitario obbligatorio, presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), posto in essere nei confronti del soggetto affetto da disagio psichico, di cui si occupano gli articoli 33-34-35 della legge 833/1978. Al di fuori di questa ipotesi, per compiere un tale intervento, che altrimenti si configurerebbe come reato, può invocarsi l’urgenza indifferibile laddove si ravvisino condizioni eccezionali di gravità e ove ricorrano oggettive esigenze di salvaguardare la persona dal pericolo attuale di un danno grave non altrimenti evitabile⁴⁷.

Dunque, in via generale, la contenzione può definirsi, secondo il Royal College of Nursing, come “la restrizione intenzionale dei movimenti o del comportamento volontario del soggetto”⁴⁸, trattandosi di un insieme di pratiche e di strumenti (fisici, meccanici, ambientali, farmacologici) utilizzati allo scopo di limitare le possibilità di movimento di tutto o di una parte del corpo della persona assistita ed il normale accesso al proprio corpo o a parti di esso. In particolare, la contenzione meccanica si configura come “metodica manuale o fisica, strumento meccanico, materiale o altra attrezzatura applicata al corpo del paziente o nelle sue vicinanze, che non può essere rimossa facilmente dall’individuo e che ne limita la libertà dei

⁴⁶ PELOSO P.F., CAPPELLARI L., DE ROSA C., FERRANNINI L., PERCUDANI M.E., *Raccomandazioni inerenti la contenzione fisica*, Società Italiana di Psichiatria, Milano, 10/05/2016, pag. 1.

⁴⁷ Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, 10/081/CR07/C7, *Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione*, Roma, 29/07/2010, pag. 1-2.

⁴⁸ <https://www.nurse24.it/infermiere/la-contenzione.html>

movimenti ovvero la normale accessibilità al proprio corpo”⁴⁹, per cui i presidi che riducono o prevengono il movimento di una persona possono considerarsi mezzi di contenzione quando essa sia incapace o impossibilitata a rimuoverli.

I mezzi di contenzione sono altresì designati dalla Food and Drug Administration (FDA) come quegli “accessori o dispositivi per uso medico, adottati al fine di limitare i movimenti del paziente per il tempo necessario a consentirne il trattamento, l’esame clinico o la protezione del paziente o altri”⁵⁰.

A sua volta, il collegio IPASVI (Infermieri Professionali Assistenti Sanitari Vigliatrici d'Infanzia) nel 2009, ha descritto la contenzione come “un particolare atto sanitario-assistenziale effettuato attraverso mezzi fisici utilizzati direttamente sull’individuo o applicati al suo spazio circostante per ridurne o controllarne i movimenti”⁵¹; tuttavia tale spiegazione, specificamente nella parte in cui si definisce la contenzione come atto “sanitario-assistenziale”, risulta attualmente superata dalla sentenza della Corte di Cassazione riguardante il caso Mastrogiovanni⁵², attraverso la quale i Giudici sono giunti ad escludere la finalità terapeutica della contenzione intesa nel senso di atto medico, limitandone la funzione a mero presidio restrittivo della libertà personale e applicato a scopo eminentemente cautelare. Anche la Società Italiana di Psichiatria (affiliata alla World Psychiatric Association) ha provveduto, in passato, ad emanare proprie Raccomandazioni inerenti la contenzione fisica, pubblicate sul secondo numero dei Quaderni Italiani di Psichiatria nel 2012, in quanto, nonostante la contenzione non rappresenti un problema esclusivo della psichiatria stessa, ritrovandosi in molti altri ambiti sanitari, proprio nel campo della salute mentale assume un significato del tutto peculiare, non solo perché investe la percezione sociale della professione psichiatrica e della malattia mentale, ma anche per una serie di altre ragioni che di seguito vengono esposte⁵³:

1. L’importanza che acquisisce in psichiatria il complesso tema della libertà personale, in riferimento al soggetto ed alla sua capacità/incapacità di agire;

⁴⁹ Centers for Medicare and Medicaid Services. State Operations Manual, Appendix PP. *Guidance to Surveyors for Long Term Care Facilities*, 2011, pag. 56.

⁵⁰ FDA Code of Federal Regulations, Title 21, Part 801, Government Printing Office, 04/2002.

⁵¹ TOZZO P., *Il diritto di non essere “legati”: la liceità della contenzione in ambito clinico – assistenziale*, in CAENAZZO L., GINO S. (a cura di), *La medicina legale nella protezione dei diritti umani*, Piccin-Nuova Libreria, settembre 2020, pag. 143.

⁵² Cass. Pen., Sez. V, sent. n. 50497 del 20/06/2018.

⁵³ PELOSO P.F., CAPPELLARI L., DE ROSA C., FERRANNINI L., PERCUDANI M.E., *Raccomandazioni inerenti la contenzione fisica*, cit., pag. 1-2.

2. La rilevanza della gestione della contenzione fisica avendo riguardo ai vissuti di pazienti, familiari, operatori e alle caratteristiche del “clima” del servizio psichiatrico di diagnosi e cura;
3. La scarsa contrattualità sociale che concerne la condizione del paziente psichiatrico e talvolta la difficoltà da parte del medesimo a vedere adeguatamente considerato il proprio punto di vista, soprattutto per ragioni legate alla valutazione circa la sussistenza della capacità di agire;
4. La constatazione che la contenzione fisica è posta in essere in psichiatria, il più delle volte, senza o contro il consenso del paziente, diversamente da altri contesti medici, come ad esempio la chirurgia, in cui essa si realizza all'interno di pratiche mediche elaborate in ordine alle quali il paziente ha fornito anticipatamente il proprio consenso informato affinché possano aver luogo per il miglior decorso della prognosi;
5. Il fatto che l'uso della forza, pur ritenuto talvolta lecito in psichiatria, ad esempio per prevenire una violenza imminente, risulti invece ben chiaramente regolamentato quando dello stesso debbano avvalersi le Forze dell'Ordine;
6. Il rischio che l'adozione della contenzione in ambito psichiatrico possa assumere valenze disciplinari o punitive improprie, anche in considerazione della posizione limitrofa alle questioni inerenti la pubblica sicurezza della psichiatria rispetto ad altre discipline mediche, o che possa essere eccessivamente influenzata dall'assetto emotivo di chi adotta la decisione, ove l'atto costituisca la risposta ad un rischio solo soggettivamente percepito.

La frequenza e le modalità della contenzione rappresentano non solo un parametro importante del ruolo attribuito al rispetto della persona da parte degli operatori direttamente interessati, del sistema sanitario e della società civile, ma anche dei diritti e delle garanzie concrete di cui gode il paziente, nonché del modo in cui gli psichiatri e coloro che sono impegnati nella gestione di una crisi interpretano la propria professionalità. Per tali motivi, così come l'American Psychiatric Association (1999) ed il Royal College of Psychiatrists (1999)⁵⁴, anche la Società Italiana di Psichiatria (SIP) si interroga sulla pratica della contenzione dai primi anni del XX secolo, posto che una società scientifica non può esimersi dal prendere posizione e dal dare indicazioni al riguardo.

Già nel 1904, al XII Congresso della Società Italiana di Psichiatria tenutosi a Genova, Ernesto Belmondo, direttore del manicomio e titolare della cattedra di psichiatria a Padova, sostenne

⁵⁴ PELOSO P.F., CAPPELLARI L., DE ROSA C., FERRANNINI L., PERCUDANI M.E., *Raccomandazioni inerenti la contenzione fisica*, cit., pag. 2.

l'abolizione della contenzione meccanica nei manicomi, respingendo l'ipotesi che a ciò potesse corrispondere automaticamente un maggiore ricorso a quella che veniva definita "camicia di forza chimica". In tale occasione, si sottolineavano i rischi legati ad uno scivolamento inconsapevole verso l'abuso della contenzione meccanica e all'instaurarsi di cattive abitudini all'interno dello staff medico, mettendo in rilievo l'esigenza di dare ascolto ai pazienti sottoposti a questa pratica. Ecco dunque la conclusione del Congresso sul tema: "Il Congresso [...] disapprova la contenzione meccanica degli alienati, deplora che in molti manicomi d'Italia, per necessità di ambiente o di personale di servizio, si faccia ancora uso dei mezzi di contenzione meccanica nella custodia degli alienati, e fa voti perché tutti i soci si impegnino a provocare [...] nelle Amministrazioni quei provvedimenti che nei vari casi speciali sono necessari a toglierli; e che, col provvedere alla diminuzione dell'affollamento dei manicomi, coll'aumento di numero dei Medici e degli Infermieri, colla elevazione intellettuale e morale di questi ultimi, con una migliore disposizione nell'articolazione dei locali, e colla istituzione delle Sezioni di sorveglianza, si attui anche in Italia, come ormai nella maggior parte delle altre Nazioni, l'abolizione dei mezzi di contenzione per gli alienati"⁵⁵.

Da tale presa di posizione, possono evincersi alcune conclusioni fondamentali. In primo luogo, la contenzione meccanica costituisce generalmente pratica disapprovata in psichiatria, ancorché in molti istituti psichiatrici il ricorso ai mezzi di contenzione limitativi della libertà di movimento del paziente agitato e/o violento risulti talvolta necessario. In secondo luogo, l'impiego della contenzione meccanica non ha a che fare esclusivamente con le condizioni cliniche del paziente che vi è sottoposto, ma altrettanto con la formazione del personale e l'assetto logistico organizzativo in cui esso opera. Infine, la SIP si sente particolarmente impegnata nel perseguire l'obiettivo di ridurre il ricorso alla contenzione, operando per creare le condizioni logistiche-organizzative idonee a conseguirlo⁵⁶.

⁵⁵ BELMONDO E., *Problemi urgenti di tecnica manicomiale (restraint-isolamento- osservazione)*, VI seduta, V tema generale, Atti del XII Congresso della Società Freniatria Italiana, Rivista Sperimentale di Freniatria e Medicina Legale delle Alienazioni Mentali, Genova, 18-22 ottobre 1904, 31, pag. 254-285.

⁵⁶ PELOSO P.F., CAPPELLARI L., DE ROSA C., FERRANNINI L., PERCUDANI M.E., *Raccomandazioni inerenti la contenzione fisica*, cit., pag. 2.

2. TIPOLOGIE DI CONTENZIONE

Riassumendo le varie definizioni presenti in letteratura, possono distinguersi principalmente le seguenti tipologie di contenzione⁵⁷:

- contenzione fisica;
- contenzione meccanica;
- contenzione farmacologica;
- contenzione ambientale;
- contenzione psicologica.

2.1 LA CONTENZIONE FISICA

La contenzione fisica propriamente coinvolge uno o più membri del personale sanitario e/o dell'assistenza, che attraverso l'utilizzo del proprio corpo sono impegnati a bloccare o dirigere il movimento del soggetto o ad immobilizzarlo per impedirgli di sfuggire⁵⁸. Tale contenzione, pertanto, impone solitamente una limitazione manuale del movimento di tutto il corpo del paziente o di alcune parti di esso, spesso avvalendosi dell'uso della forza, come accade nel caso di contenzione cosiddetta "prone o face-down", realizzata mantenendo il soggetto in posizione prona sul pavimento o su altra superficie d'appoggio, impedendogli di svincolarsi; si tratta di una forma particolarmente pericolosa di contenzione, a causa del rischio di asfissia posizionale e di eventuale conseguente morte improvvisa⁵⁹.

Diversamente, l'utilizzo corretto della postura prona in sede di terapia intensiva, luogo in cui può riscontrarsi l'impiego di mezzi di contenzione, risulterebbe adeguato per i pazienti con insufficienza respiratoria allo scopo di migliorarne l'ossigenazione. Nonostante alcune evidenze scientifiche⁶⁰ dimostrino come nei pazienti con grave insufficienza respiratoria acuta la posizione prona permetta di assistere ad un miglioramento dei parametri emogasanalitici⁶¹ e, al ritorno in posizione supina, ad un miglioramento della compliance toraco-polmonare e dell'ossigenazione, non mancano altrettante evidenze delle conseguenze negative della pronazione stessa, la quale talvolta produce gli esatti effetti contrari, ovvero

⁵⁷ Regione Emilia-Romagna, Direzione Generale cura della persona, salute e welfare, Servizio Assistenza Ospedaliera, *Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale*, Bologna, 02/2021, pag. 10-11.

⁵⁸ Royal College of Nursing, *Let's talk about restraint: rights, risks and responsibility*, 2008.

⁵⁹ World Health Organization, *Strategies to end the use of seclusion, restraint and other coercive practices: WHO Quality Rights training to act, unite and empower for mental health (pilot version)*, Geneva, 2017.

⁶⁰ CANOVA G.S., *Pronazione del paziente critico in terapia intensiva*, Nurse24.it, 06/05/2020.

⁶¹ Trattasi sostanzialmente dei parametri del sangue inerenti pH e livelli di ossigeno e di anidride carbonica circolanti.

grave ipossiemia, inadeguata ossigenazione, insufficienza respiratoria refrattaria alla ventilazione meccanica e sindrome da distress respiratorio acuto^{62,63}.

Fra le tecniche di contenzione fisica rientra poi la cosiddetta “holding”⁶⁴, impiegata per moderare la crisi acuta del paziente impegnando il proprio corpo nel tentativo di limitarne il comportamento violento e tranquillizzarlo per stabilire un dialogo, passando attraverso l’imprescindibile ascolto del soggetto. In questa ipotesi, l’uso della forza e la limitazione fisica sono contingenti, di breve durata ed utili a creare una relazione tra operatore e paziente, mantenendo aperta la negoziazione alla ricerca di soluzioni e di scelte condivise; l’holding può perciò rappresentare una tipica procedura di de-escalation per fronteggiare le crisi di aggressività.

2.2 LA CONTENZIONE MECCANICA

La contenzione meccanica è qualsiasi azione o procedura che impedisca o limiti il movimento libero del corpo di una persona e/o il normale accesso ad esso; viene posta in essere mediante l’uso di qualsiasi strumento meccanico, materiale o altro presidio, non facilmente rimovibile, applicato al corpo del paziente o come barriera nello spazio ad esso adiacente, allo scopo appunto di ridurre o controllarne i movimenti⁶⁵.

I mezzi di contenzione meccanica possono classificarsi in base alla sede di applicazione⁶⁶:

- segmenti corporei (es. polsiere, cavigliere, fascette, cinture pelviche, lacci);
- letto (es. sponde integrali di protezione posizionate su entrambi i lati del letto, fasce trasversali applicate al tronco del paziente, cinture pelviche o addominali);
- sedia (es. corpetto o cinture);
- carrozzina (es. tavolino occlusivo non removibile o corpetto per sorreggere il corpo);
- sistemi di postura obbligata utilizzati a fini di contenzione (es. cuscini anatomici).

Poiché la contenzione meccanica, incidendo sulla libertà fisica e di movimento, costituisce una limitazione della libertà personale ai sensi dell’articolo 13 della Costituzione⁶⁷ e dell’articolo 5 della Convenzione europea dei diritti dell’uomo (CEDU)⁶⁸, salvo eccezionali

⁶² Acute Respiratory Distress Syndrome – ARDS.

⁶³ CANOVA G.S., *Pronazione del paziente critico in terapia intensiva*, cit.

⁶⁴ Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), *La contenzione: problemi bioetici*, 23/04/2015, pag. 12.

⁶⁵ Regione Emilia-Romagna, *Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale*, cit., pag. 10 e pag. 16.

⁶⁶ Regione Emilia-Romagna, *Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale*, cit., pag. 16.

⁶⁷ Art. 13, Cost., cit.

⁶⁸ Art. 5, CEDU *Diritto alla libertà e alla sicurezza*.

stati di necessità temporanei ex articoli 52 e 54 c.p.⁶⁹, la sua applicazione contro la volontà della persona capace di autodeterminarsi configura reato⁷⁰. La liceità di tale misura estrema appare dunque giustificata esclusivamente sulla base di un pericolo grave ed attuale di comportamenti auto e/o eterolesivi da parte del soggetto, spesso incapace di autodeterminarsi; essa deve essere attuata solo per il tempo strettamente necessario a superare tale pericolo e deve essere sempre proporzionata alle esigenze concrete, ricorrendosi comunque alle modalità meno invasive. Durante l'esecuzione della contenzione meccanica, adottata per il tempo strettamente indispensabile, devono assicurarsi il monitoraggio costante da parte del personale sanitario, il controllo infermieristico ogni 15-30 minuti ed il controllo medico non oltre le 2

“Ogni persona ha diritto alla libertà e alla sicurezza. Nessuno può essere privato della libertà, se non nei casi seguenti e nei modi previsti dalla legge:

(a) se è detenuto regolarmente in seguito a condanna da parte di un tribunale competente;

(b) se si trova in regolare stato di arresto o di detenzione per violazione di un provvedimento emesso, conformemente alla legge, da un tribunale o allo scopo di garantire l'esecuzione di un obbligo prescritto dalla legge;

(c) se è stato arrestato o detenuto per essere tradotto dinanzi all'autorità giudiziaria competente, quando vi sono motivi plausibili di sospettare che egli abbia commesso un reato o vi sono motivi fondati di ritenere che sia necessario impedirgli di commettere un reato o di darsi alla fuga dopo averlo commesso;

(d) se si tratta della detenzione regolare di un minore decisa allo scopo di sorvegliare la sua educazione oppure della sua detenzione regolare al fine di tradurlo dinanzi all'autorità competente;

(e) se si tratta della detenzione regolare di una persona suscettibile di propagare una malattia contagiosa, di un alienato, di un alcolizzato, di un tossicomane o di un vagabondo;

(f) se si tratta dell'arresto o della detenzione regolari di una persona per impedirle di entrare illegalmente nel territorio, oppure di una persona contro la quale è in corso un procedimento d'espulsione o d'estradizione.

Ogni persona arrestata deve essere informata, al più presto e in una lingua a lei comprensibile, dei motivi dell'arresto e di ogni accusa formulata a suo carico.

Ogni persona arrestata o detenuta, conformemente alle condizioni previste dal paragrafo 1 c del presente articolo, deve essere tradotta al più presto dinanzi a un giudice o a un altro magistrato autorizzato dalla legge a esercitare funzioni giudiziarie e ha diritto di essere giudicata entro un termine ragionevole o di essere messa in libertà durante la procedura. La scarcerazione può essere subordinata a garanzie che assicurino la comparizione dell'interessato all'udienza.

Ogni persona privata della libertà mediante arresto o detenzione ha il diritto di presentare un ricorso a un tribunale, affinché decida entro breve termine sulla legittimità della sua detenzione e ne ordini la scarcerazione se la detenzione è illegittima.

Ogni persona vittima di arresto o di detenzione in violazione di una delle disposizioni del presente articolo ha diritto a una riparazione”.

⁶⁹ Art. 52, comma 1, c.p.: “Non è punibile chi ha commesso il fatto, per esservi stato costretto dalla necessità di difendere un diritto proprio od altrui contro il pericolo attuale di un'offesa ingiusta, sempre che la difesa sia proporzionata all'offesa”.

Art. 54, comma 1, c.p.: “Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo”.

⁷⁰ Art. 610 c.p. *violenza privata*; art. 605 c.p. *sequestro di persona*; art. 590 c.p. *lesioni personali colpose*; art. 589 c.p. *omicidio colposo*.

ore⁷¹. Considerato inoltre che l'intervento di contenzione meccanica non dovrebbe superare le 12-24 ore⁷², non solo l'eventuale prosecuzione della stessa deve essere preceduta da una nuova prescrizione medica supervisionata dal medico responsabile del SPDC e da uno specialista psichiatra con funzioni di garanzia, ma, laddove lo stato di necessità determinante la limitazione della libertà personale si protragga oltre queste prime ore, facendo talvolta emergere situazioni ritenute non idonee alla sicurezza del paziente, il personale coinvolto nella gestione della contenzione potrebbe ritenere opportuno informare l'Autorità Giudiziaria circa la situazione di eccezionalità venutasi a creare⁷³, avvalendosi di appositi sistemi di segnalazione cosiddetti di "incident reporting"⁷⁴.

Appare altresì ovvio come la contenzione meccanica non possa essere disposta per compensare comprovate carenze organizzative e del personale sanitario; l'infermiere, in tal caso, deve potersi avvalere della clausola di coscienza prevista dall'articolo 6⁷⁵ del Codice Deontologico dell'Infermiere, in applicazione delle indicazioni dell'articolo 35⁷⁶ dello stesso. Nonostante ciò, non ci si può esimere dal constatare come il ricorso alla contenzione meccanica talvolta derivi da organici e risorse insufficienti; l'allora presidente dell'IPASVI (e attuale presidente FNOPI - Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche)⁷⁷, la dottoressa Mangiacavalli, nel corso della centesima seduta della Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani, tenutasi in data 12 luglio 2016, ha rilevato che in alcune strutture sanitarie il rapporto tra pazienti ed infermieri

⁷¹ PELOSO P.F., CAPPELLARI L., DE ROSA C., FERRANNINI L., PERCUDANI M.E., *Raccomandazioni inerenti la contenzione fisica*, cit., pag. 9.

⁷² Regione del Veneto, DGR. 1106 del 06/08/2020, allegato A: *Linee di indirizzo regionali per la contenzione fisica del paziente nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura: prevenzione, monitoraggio e modello di procedura operativa*, pag. 13.

⁷³ PELOSO P.F., CAPPELLARI L., DE ROSA C., FERRANNINI L., PERCUDANI M.E., *Raccomandazioni inerenti la contenzione fisica*, cit., pag. 9.

⁷⁴ Regione Emilia-Romagna, *Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale*, cit., pag. 38.

⁷⁵ Art. 6, Codice Deontologico dell'Infermiere, *Libertà di coscienza*. "L'Infermiere si impegna a sostenere la relazione assistenziale anche qualora la persona assistita manifesti concezioni etiche diverse dalle proprie. Laddove quest'ultima esprima con persistenza una richiesta di attività in contrasto con i valori personali, i principi etici e professionali dell'infermiere, egli garantisce la continuità delle cure, assumendosi la responsabilità della propria astensione. L'infermiere si può avvalere della clausola di coscienza, ricercando costantemente il dialogo con la persona assistita, le altre figure professionali e le istituzioni".

⁷⁶ Art. 35, Codice Deontologico dell'Infermiere, *Contenzione*. "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".

⁷⁷ A seguito dell'entrata in vigore della legge n. 3 dell'11/01/2018, l'IPASVI è stata sostituita dalla FNOPI.

giunge ad essere uno a centonovanta, il che evidentemente è all'origine di problemi organizzativi assai rilevanti, tra cui l'abuso dell'impiego dei mezzi di contenzione meccanica.

Differenza tra mezzi di contenzione meccanica e ausili riabilitativi

I presidi sanitari possono essere alternativamente considerati quali mezzi di contenzione o ausili riabilitativi, in base alle finalità per le quali essi sono utilizzati, sussistendo infatti una ragionevole distinzione tra un mezzo usato con finalità di contenzione o come ausilio⁷⁸.

Ad esempio, i presidi applicati direttamente al corpo della persona o ad esso adiacenti (come polsiere, cinture, fasce, corpetti, tavolini) ove non siano preposti ad aiutare il soggetto ad incrementare le proprie capacità funzionali, quanto piuttosto destinati a ridurne o impedirne il movimento, sono univocamente considerati mezzi di contenzione meccanica⁷⁹.

Con particolare riguardo ai mezzi utilizzati nel contesto della sala operatoria⁸⁰ al fine di garantire l'immobilità del paziente durante l'intervento chirurgico e per il tempo di permanenza nel blocco operatorio (cinghie, immobilizzatori di arti, sponde), essi possono considerarsi mezzi di contenzione necessari per la sicurezza e l'incolumità del paziente stesso, al quale appare opportuno fornire informazioni esaustive rispetto al loro impiego sia prima dell'intervento, di modo che egli possa eventualmente fornire il suo consenso, sia in fase di risveglio post operatorio. In questo caso, la contenzione non può evidentemente essere sinonimo di costrizione forzata.

Diversamente, un tavolino della carrozzina impiegato per sostenere una parte del corpo (es. arto superiore nella persona emiplegica) oppure per appoggiare oggetti utili nello svolgimento di attività quotidiane, un bretellaggio per posturare correttamente il soggetto (es. paziente con scarso controllo del tronco) o ancora apparecchi gessati e forme simili di immobilizzazione di distretti articolari e segmenti corporei, non rappresentano mezzi di contenzione, ma ausili riabilitativi e strumenti medicali con finalità terapeutica⁸¹.

Nello specifico, gli ausili riabilitativi possono essere suddivisi in ausili complessi e personalizzati ed ausili semplici⁸². Gli ausili complessi e personalizzati vengono utilizzati, subordinatamente ad una valutazione specialistica e ad una successiva prescrizione medica, in persone affette da particolari patologie in grado di determinare alterazioni dell'apparato

⁷⁸ L'utilizzo di ausili secondo le finalità previste dal D.M. n. 332 del 27/08/1999 (*Norme per l'assistenza protesica nel SSN*) e dal d.p.c.m. del 12/01/2017, allegato 5 (*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza*) non costituisce ricorso a misura di contenzione.

⁷⁹ Regione Emilia-Romagna, *Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale*, cit., pag. 17.

⁸⁰ Regione Emilia-Romagna, *Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale*, cit., pag. 18.

⁸¹ Regione Emilia-Romagna, *Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale*, cit., pag. 17.

⁸² *Ibidem*.

muscolo-scheletrico, deficit neurologici, motori e/o di controllo posturale, nonché in caso di specifici interventi volti al supporto posturale o allo svolgimento di attività funzionali che altrimenti sarebbero impossibili o ad alto rischio di cadute accidentali. I professionisti sanitari di riferimento (fisiatri, ortopedici, fisioterapisti, medici specialisti per la patologia, medici di medicina generale) si occupano di attivare le apposite procedure ai fini della proposta di adozione e della prescrizione dell'ausilio idoneo.

Gli ausili semplici, invece, (ad esempio tavolini delle carrozzine, ausili per deambulare) sono adoperati in soggetti non affetti da particolari patologie invalidanti, ma che si trovano temporaneamente nella condizione di doverli utilizzare per mantenere le proprie capacità funzionali e per svolgere le attività di vita quotidiana. Non richiedono una valutazione specialistica e la loro adozione può essere suggerita da tutti i professionisti sanitari facenti parte dell'equipe clinico-assistenziale.

Contenzione meccanica richiesta o accettata dal paziente

L'applicazione temporanea di un presidio, come le sponde di protezione del letto o le cinture in carrozzina, potrebbe anche essere accettata o addirittura richiesta direttamente dall'interessato, capace di intendere e di volere, il quale ne riconosca consapevolmente l'utilità. In particolare, qualora sia la stessa persona assistita, anche in previsione dell'evolversi delle proprie condizioni di salute, a richiedere una forma di contenzione, purché ammissibile, il personale sanitario deve prendere in considerazione la volontà manifestata dal soggetto, cercando di comprenderne le ragioni e valutando eventuali alternative meno invasive e realmente esperibili per affrontare il problema; ove a seguito di un'attenta ponderazione di costi e benefici emerga una prevalenza di questi ultimi, e la forma di contenzione appaia effettivamente opportuna, si può allora accogliere la richiesta della persona assistita.

In tali casi, la contenzione meccanica non configura uno strumento di costrizione forzata o limitativo della libertà della persona e, pur essendo lecita in quanto richiesta dal paziente, il cui valido consenso deve essere puntualmente tracciato nella documentazione sanitaria, essa deve necessariamente essere costantemente monitorata e convenientemente gestita⁸³.

⁸³ Regione Emilia-Romagna, *Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale*, cit., pag. 14-15.

Focus sulle spondine del letto

In riferimento alle spondine applicate o corredate al letto⁸⁴, appare opportuno fare chiarezza.

Anzitutto, per sponde integrali si intendono le sponde laterali intere, che coprono tutta la lunghezza del letto, dunque completamente occlusive e impossibili da rimuovere da parte del paziente.

Le semi-sponde modulabili, invece, possono essere sollevate alternativamente in modo da permettere alla persona assistita di scendere dal letto; tuttavia, nel caso in cui vengano mantenute sollevate da ambo i lati del letto, sono considerate equivalenti alle sponde integrali, dato che divengono completamente occlusive.

Esiste una duplice interpretazione⁸⁵ in merito all'uso delle sponde del letto:

- le sponde integrali rappresentano un *mezzo di contenzione meccanica* se utilizzate per contrastare la volontà della persona di alzarsi dal letto.

Alcuni studi^{86,87} hanno evidenziato come un tale impiego delle sponde di fatto non riduca la possibilità di alzarsi in quanto possono essere scavalcate dall'allettato, e le conseguenze della caduta in presenza di spondine integrali tendono ad essere peggiori rispetto ad un'accidentale caduta dal letto. Dal momento che non ci sono evidenze scientifiche che accertino una correlazione tra questo tipo di contenzione meccanica e la diminuzione del rischio di caduta, soprattutto se si tratta di anziani, appare quindi assolutamente improprio utilizzare tale strumento di contenzione con l'obiettivo di proteggere il paziente da uno stato di agitazione o di impedirgli di alzarsi dal letto, riducendone così l'autonomia.

- Le sponde costituiscono invece un *ausilio* ed uno strumento di sicurezza quando, in presenza di un operatore sanitario impegnato nello svolgimento di pratiche assistenziali, sono utilizzate per favorire la mobilitazione autonoma nel letto della persona assistita, per proteggerla da un potenziale rischio di scivolamento, rotolamento e conseguente caduta accidentale dal letto, oppure se utilizzate nei confronti di pazienti immobilizzati.

⁸⁴ ZANETTI E., CASTALDO A., MICELI R., MAGRI M., MARIANI L., GAZZOLA M., GOBBI P., CARNIEL G., CAPODIFERRO N., MUTTILLO G., *L'utilizzo della contenzione fisica negli ospedali e nelle Residenze Sanitarie Assistenziali: indagine multicentrica di prevalenza*, Rivista L'infermiere n. 2, 2012, 49:2:e29-e38.

⁸⁵ Regione Emilia-Romagna, *Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale*, cit., pag. 18.

⁸⁶ Registered Nurses' Association of Ontario, *Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints*, Toronto, 2012.

⁸⁷ EVANS D., WOOD J., LAMBERT L., FITZGERALD M., *Physical restraint in acute and residential care: a systematic review*, 2002, 5(2):88-225.

A differenza delle sponde integrali che non possono mai considerarsi un ausilio ove sollevate entrambe, limitando inevitabilmente la libertà di movimento, al contrario le sponde parziali non occlusive, in quanto non limitative della libertà di muoversi ed alzarsi dal letto, non costituiscono uno strumento di contenzione meccanica, sebbene anche il loro impiego comporti dei potenziali rischi, soprattutto nel caso di persone agitate, disorientate e confuse, consigliandosene pertanto un uso oculato⁸⁸.

2.3 LA CONTENZIONE FARMACOLOGICA

La contenzione farmacologica o chimica⁸⁹ si traduce nella somministrazione di farmaci, in particolare tranquillanti, sedativi, farmaci ipnoinducenti e miorilassanti, non facenti parte del regime di trattamento della persona e capaci di modificarne il comportamento volontario o di ridurre la capacità di autodeterminarsi al movimento; lo scopo precipuo è di sedare il soggetto annichilendone così lo stato di coscienza e di vigilanza, soprattutto per agevolare gli interventi assistenziali rendendolo “più facile da gestire”⁹⁰.

Segnatamente, i cosiddetti farmaci psicotropi^{91,92} sono in grado alterare percezione, tono dell’umore, coscienza, stato cognitivo e comportamento del paziente, limitandone la capacità motoria e d’interazione; per queste loro peculiari caratteristiche, essi possono essere impropriamente utilizzati come mezzo di contenzione farmacologica, venendo somministrati in risposta ad un atto del paziente percepito dall’esterno come violento o aggressivo verso di sé o verso terzi, oppure per controllarne il comportamento, senza di fatto apportare alcun beneficio aggiuntivo alla condizione del soggetto stesso. Con riguardo specifico agli antipsicotici⁹³, essi si distinguono in due categorie. Gli antipsicotici tipici, detti anche tradizionali o di prima generazione, vengono prescritti soprattutto per trattare allucinazioni, deliri, manie, agitazione e aggressività, ed il loro dosaggio di inizio e di mantenimento va

⁸⁸ Regione Emilia-Romagna, *Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale*, cit., pag. 18.

⁸⁹ Per un eventuale approfondimento, cfr. DI SCIASCIO G., *La contenzione farmacologica in psichiatria*, in CATANESI R., FERRANNINI L., PELOSO P.F. (a cura di), *La contenzione fisica in psichiatria*, Giuffrè, Milano, 2006, pag. 51 e seguenti.

⁹⁰ Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani presieduta dal Presidente Manconi, *La contenzione meccanica, Audizione del consigliere Daniele Piccione sulla “contenzione meccanica”*, 94° seduta, 20/04/2016.

⁹¹ Regione Emilia-Romagna, *Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale*, cit., pag. 20 e pag. 23.

⁹² Costituiscono esempi di farmaci psicotropi, in quanto tali capaci di oltrepassare la barriera ematoencefalica, le benzodiazepine, gli antipsicotici e gli anestetici dissociativi.

⁹³ Gli antipsicotici rappresentano i farmaci maggiormente impiegati nel trattamento dei disturbi del comportamento e la peculiarità farmacodinamica che li accomuna è quella di rallentare la neurotrasmissione attraverso il blocco di alcuni recettori.

proporzionato alle caratteristiche del paziente e all'intensità del sintomo, secondo il principio "start low, go slow". Loro malgrado, gli antipsicotici tipici possono essere gravati da importanti effetti collaterali, tra cui effetti neurologici (ad esempio parkinsonismo), cardiovascolari (tachicardia e palpitazioni), iperglicemia, sonnolenza e vertigini.

Gli antipsicotici atipici, invece, determinano minori effetti collaterali neurologici; ciò nonostante, nel 2005 alcuni report dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) hanno evidenziato un aumento del rischio cerebrovascolare e della mortalità in pazienti anziani con demenza, tanto che la prescrizione degli atipici è regolata da un piano terapeutico autorizzato da un centro specialistico di riferimento (CDCD: Centro Disturbi Cognitivi e Demenze)⁹⁴.

A differenza della sedazione effettuata secondo ben definiti criteri riscontrabili in linee guida accreditate ed in presenza di determinate condizioni cliniche, la quale non può ovviamente considerarsi contenzione chimica, i trattamenti farmacologici che limitano la libertà di movimento e l'integrità psicofisica della persona, rivelandosi irrispettosi delle linee guida e delle buone pratiche mediche in quanto connotati da carattere preventivo, devono essere rigorosamente evitati, costituendo contenzione farmacologica di dubbia appropriatezza, non suscettibile, tra l'altro, di poter essere ritenuta un'accettabile alternativa alla contenzione meccanica⁹⁵.

Tale impiego inopportuno di un farmaco si configura come contenzione farmacologica ove siano presenti una o più delle seguenti condizioni⁹⁶:

- non viene compiuta una valutazione dei fattori scatenanti della condotta a fronte della quale si adotta il trattamento farmacologico;
- è assente una precisa indicazione terapeutica, di cui non sussiste riscontro neppure nella cartella clinica;
- viene prescritto un dosaggio eccessivo e/o per un periodo di tempo esageratamente lungo;
- difetta un adeguato monitoraggio.

Ad ogni modo, appare possibile ridurre il rischio di ricorso alla contenzione chimica anzitutto attraverso la fondamentale ricognizione farmacologica, ovvero la raccolta della corretta e completa anamnesi farmacologica del paziente per ottenere un'approfondita conoscenza e compiere un bilancio dei farmaci prescritti e /o assunti al momento del ricovero. Segue quindi

⁹⁴ Regione Emilia-Romagna, *Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale*, cit., pag. 23.

⁹⁵ World Health Organization, *Strategies to end the use of seclusion, restraint and other coercive practices: WHO Quality Rights training to act, unite and empower for mental health (pilot version)*, cit.

⁹⁶ Regione Emilia-Romagna, *Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale*, cit., pag. 20.

la riconciliazione farmacologica, la quale, permettendo di addivenire ad una decisione prescrittiva farmacologica adeguata, deve essere convenientemente rieseguita ad ogni nuovo ricovero o cambiamento di setting di cura⁹⁷.

Cenni ai disturbi del comportamento

Il trattamento dei disturbi del comportamento⁹⁸, tra cui agitazione psicomotoria, delirium ipercinetico e aggressività, richiede un'attenta valutazione delle cause scatenanti per potervi eventualmente porre rimedio attraverso un primo approccio non farmacologico. Ad esempio, l'agitazione psicomotoria è frequentemente a genesi multifattoriale, potendo essere determinata da patologie medico-chirurgiche in fase acuta, disturbi del comportamento nell'ambito di una demenza, intossicazione o astinenza da sostanze, patologie psichiatriche scompensate.

La varietà dei disturbi del comportamento implica l'utilizzo di classi diverse di farmaci, ai quali i pazienti possono rispondere in maniera altrettanto differente. Per tale motivo, la terapia farmacologica finalizzata al trattamento di tali disturbi deve essere necessariamente personalizzata, considerando principalmente caratteristiche cliniche della persona assistita, comorbidità e relativi eventuali farmaci già assunti, polifarmacoterapia (ovvero utilizzo cronico di 5 o più principi attivi da parte di un medesimo soggetto) e possibili effetti collaterali, senza tralasciare che taluni farmaci si contraddistinguono tipicamente per il rischio elevato di scatenare disturbi del comportamento o stato confusionale.

Focus sul delirium

Il delirium o "stato confusionale acuto"⁹⁹, rappresenta un disturbo comportamentale neuropsichiatrico caratterizzato dall'alterazione di molteplici funzioni cognitive e capace di determinare disorientamento spazio temporale, disturbo del linguaggio, riduzione della capacità di mantenere l'attenzione, deficit di memoria e diminuzione delle funzioni esecutive; esso risulta spesso scatenato dall'insorgenza di un problema clinico acuto o cronico riacutizzato, divenendo espressione di una sofferenza metabolica cerebrale.

⁹⁷ *Ibidem.*

⁹⁸ Regione Emilia-Romagna, *Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale*, cit., pag. 20-21.

⁹⁹ Regione Emilia-Romagna, *Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale*, cit., pag. 21.

Come per la maggior parte dei disturbi comportamentali, anche le cause del delirium possono essere molteplici¹⁰⁰, tra cui peraltro la stessa contenzione meccanica, ma ciò che preme evidenziare è che la letteratura^{101,102} ha ampiamente dimostrato come il delirium sia sovente associato a svariati esiti avversi, in particolare istituzionalizzazione e mortalità nel breve-medio termine, incremento del rischio di disabilità e, ove accompagnato da un preesistente stato di demenza, esso si dimostra in grado di accelerare la velocità di progressione del declino cognitivo, o di favorirne la comparsa nei soggetti che ancora non sono affetti da demenza.

Si distinguono generalmente due tipi di delirium¹⁰³: quello che si manifesta mediante agitazione, ansia, iperattività o aggressività è il delirium ipercinetico, mentre il delirium caratterizzato da rallentamento ideomotorio e prevalenza di letargia o stato soporoso è definito ipocinetico e rappresenta la forma meno riconosciuta dal personale sanitario proprio perché, versando il soggetto in uno stato di tranquillità, non attira su di sé l'attenzione dovuta, laddove invece, il riconoscimento tempestivo del delirium ipocinetico da parte dell'equipe sanitaria potrebbe ridurne la durata. Esiste anche una forma mista di delirium (il 42 % dei casi) in cui lo stato di agitazione si alterna a momenti di “sopore”, anche nell’arco della stessa giornata.

Il delirium è una condizione epidemiologicamente frequente nei reparti ospedalieri, tuttavia ancora poco conosciuta e di difficile identificazione¹⁰⁴, soprattutto per il decorso fluttuante, dato che il soggetto affetto da delirium alterna spesso fasi di relativa lucidità a fasi di confusione, specialmente notturne.

Sebbene non manchino episodi di delirium che si protraggono per settimane o mesi interi, nella maggior parte dei casi la condizione è reversibile, posto che il cambiamento delle

¹⁰⁰ Tra le principali cause del delirium rilevano, oltre alla contenzione meccanica, patologie acute, interventi chirurgici ortopedici o cardiaci, sovradosaggio o sospensione improvvisa di farmaci, lesione neurologica primaria, ricovero in terapia intensiva, deprivazione prolungata del sonno.

¹⁰¹ WITLOX J., EURELINGS L.S.M., DE JONGHE J.F., KALISVAART K.J., EIKELENBOOM P., VAN GOOL P.A., *Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: a meta-analysis*, National Library of Medicine, 2010, 304:443-51.

¹⁰² INOUE S.K., WESTENDORP R.G., SACZYNSKI J.S., *Delirium in elderly people*, The Lancet, 03/2014, volume 383, pag. 911- 922.

¹⁰³ Regione Emilia-Romagna, *Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale*, cit., pag. 22.

¹⁰⁴ Regione Emilia-Romagna, *Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale*, cit., pag. 22, pag. 53 allegato E, pag. 54 allegato F; esistono comunque alcuni validi strumenti che aiutano ad identificare la presenza del delirium: il Confusion Assessment Method (CAM), ideato nel 1990, risulta essere il più diffuso sia in ambito clinico che nella ricerca a livello mondiale, ed il cosiddetto test 4-AT, strumento di screening ideato per una rapida valutazione iniziale del delirium ed utilizzato soprattutto nel contesto ospedaliero.

funzioni cognitive si sviluppa in un arco tempo relativamente breve, di solito ore o giorni, fino a un massimo di sei mesi^{105,106}.

Conclusivamente, sia le raccomandazioni contenute nelle linee del National Institute for Health and Care Excellence (NICE)¹⁰⁷, sia quelle formulate dal Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)¹⁰⁸ in merito alla gestione del delirium, evidenziano che non ci sono prove sufficienti per raccomandare l'uso di antipsicotici, oltre al fatto che alcuni farmaci sono addirittura noti per essere direttamente collegati all'insorgenza del delirium stesso in persone vulnerabili, specie negli anziani con "fragilità cognitiva". L'opinione degli esperti, dunque, supporta l'utilizzo della contenzione farmacologica solo in situazioni specifiche di delirium in cui, ad esempio, venga messa a rischio la sicurezza del paziente stesso e di chi lo circonda, promuovendosi in prima istanza un approccio non farmacologico per la gestione degli episodi di delirium.

2.4 LA CONTENZIONE AMBIENTALE

La contenzione ambientale consiste sostanzialmente nell'adozione di misure strutturali ed organizzative che impediscono al paziente di circolare liberamente all'interno del luogo di cura o di uscire in maniera incontrollata e/o inconsapevole dalle strutture sanitarie: si tratta principalmente dei mezzi di chiusura e ritenuta di porte e finestre¹⁰⁹. La restrizione ambientale può consistere, altresì, nel contingentare le visite da parte dei familiari o nell'apportare dei cambiamenti all'ambiente in cui vive il paziente, al fine di limitarne o controllarne i movimenti nello spazio¹¹⁰, senza tuttavia doversi necessariamente immobilizzare il corpo del paziente o restringerne il libero movimento con un mezzo di contenzione meccanica.

L'isolamento

La contenzione ambientale diviene vero e proprio isolamento (seclusion) ove il soggetto sia mantenuto isolato dagli altri, limitandosi fisicamente la sua capacità di abbandonare uno

¹⁰⁵ COLLINS N., BLANCHARD M.R., TOOKMAN A., SAMPSON E.L., *Detection of delirium in the acute hospital*, Age and Ageing, 01/2010, volume 39, pag. 131–135.

¹⁰⁶ FEARING M.A., INOUE S.K., *Delirium*, Focus: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry, American Psychiatric Association, 2009.

¹⁰⁷ NICE, *Delirium: prevention, diagnosis and management, clinical guideline*, 03/2019. nice.org.uk/guidance/cg103

¹⁰⁸ SIGN 157, *Risk reduction and management of delirium; A national clinical guideline*, 03/2019.

¹⁰⁹ TOZZO P., *Il diritto di non essere "legati": la liceità della contenzione in ambito clinico – assistenziale*, cit., pag. 145.

¹¹⁰ Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani presieduta dal Presidente Manconi, *La contenzione meccanica, Audizione della dottoressa Barbara Mangiacavalli, presidente della Federazione Nazionale Collegi Infermieri professionali, Assistenti sanitari, Vigilatrici d'infanzia (IPASVI), sulla contenzione*, 100° seduta, 12/07/2016.

spazio ben definito (ad esempio una stanza) o contenendolo in un'area specifica, mediante il blocco delle porte di accesso¹¹¹.

L'isolamento risulta particolarmente diffuso nei Paesi di tradizione anglosassone, dove da parecchi anni ha soppiantato quasi del tutto l'uso della contenzione meccanica, la quale, invece, è più ampiamente utilizzata in Italia. Appare difficile risalire all'origine di queste evidenti differenze nelle prassi operative, seppure un ruolo importante possa riconoscersi a taluni rimandi di natura simbolica: la presa sul corpo, tipica della contenzione meccanica, viene più facilmente ricondotta ad interventi di natura medico-chirurgica, mentre il rinchiudere il soggetto in uno spazio ristretto, come accade attraverso l'isolamento, richiama piuttosto alla mente l'immagine della reclusione in cella del detenuto¹¹².

La Società Italiana di Psichiatria ha espresso il proprio punto di vista in merito¹¹³.

In primo luogo, raccogliendo alcune interviste di pazienti sottoposti a contenzione meccanica, essa ha potuto constatare come le principali lamentele riguardino la mancanza di libertà, la scarsa accettazione di dover essere assoggettati alle decisioni altrui ed il fastidio per l'immobilizzazione innaturale del corpo, concludendo che, nel caso di isolamento, almeno quest'ultimo elemento di sofferenza verrebbe meno.

In secondo luogo, ove ricorra la necessità di limitare la libertà di un soggetto, essendo doveroso scegliere le modalità e lo strumento che meglio rispondono al criterio della minima costrizione indispensabile, la SIP ritiene che l'opzione dell'isolamento debba essere presa in considerazione prima di quella del blocco fisico del corpo.

Infine, secondo l'opinione della SIP, attraverso l'isolamento verrebbero meno i gravi rischi di complicanze mediche collegati soprattutto alla costrizione del corpo in una posizione di immobilità.

Discorde appare, invece, il parere espresso al riguardo dal Comitato europeo per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti (CPT)¹¹⁴, il quale reputa che la collocazione in isolamento non rappresenti necessariamente un buon mezzo sostitutivo alla contenzione meccanica o chimica: l'isolamento potrebbe avere un effetto calmante a breve termine, ma rischia di provocare disorientamento e ansietà nel più lungo periodo, particolarmente in certi pazienti, per cui collocare un soggetto in una stanza

¹¹¹ Regione Emilia-Romagna, *Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale*, cit., pag. 11.

¹¹² PELOSO P.F., CAPPELLARI L., DE ROSA C., FERRANNINI L., PERCUDANI M.E., *Raccomandazioni inerenti la contenzione fisica*, cit., pag. 9.

¹¹³ *Ibidem*.

¹¹⁴ Comitato europeo per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti (CPT), Estratto dal 16° Rapporto Generale del CPT pubblicato il 2006, *Mezzi di contenzione in istituti psichiatrici per adulti*, (CPT/Inf(2006)35-part).

d'isolamento senza combinare questa misura con garanzie appropriate potrebbe avere un effetto esattamente opposto rispetto a quello desiderato. Il CPT aggiunge inoltre che, fermo restando che la video sorveglianza non dovrebbe mai rimpiazzare la presenza continuativa ed il monitoraggio costante del personale, nell'ipotesi di collocazione in isolamento il membro del personale dell'assistenza dovrebbe trovarsi fuori dalla stanza in cui è collocato il paziente, a condizione che il medesimo possa vedere il membro del personale e che quest'ultimo possa, a sua volta, osservare e sentire continuamente il soggetto isolato.

Conclusivamente, il CPT si preoccupa della tendenza, osservata in diversi SPDC, consistente nel rifiutare preventivamente il ricorso ad altri mezzi di contenzione in favore dell'isolamento.

2.5 LA CONTENZIONE PSICOLOGICA

La contenzione psicologica, relazionale o emotiva è più correttamente definibile come “contenimento”¹¹⁵, poiché difetta qualsiasi forma di restrizione della libertà di movimento del soggetto o qualsiasi tentativo di ridurre l'integrità psicofisica. Il contenimento psicologico si avvale dell'attuazione di una serie di pratiche relazionali articolate, finalizzate a comprendere i processi psichici del paziente, attraverso le quali l'ascolto e l'osservazione empatica del medesimo permettono di ridurre l'escalation aggressiva proprio perché soddisfano il bisogno di sicurezza del soggetto, il quale può sentirsi adeguatamente confortato e rassicurato.

3. GLI AMBITI DELLA CONTENZIONE

3.1 IL RAPPORTO TRA IL REPARTO PSICHIATRICO E IL DSM

L'utilizzo della contenzione all'interno di un reparto psichiatrico ospedaliero non è questione interna al servizio stesso, coinvolgendo piuttosto il complessivo dipartimento di salute mentale (DSM). Non è infrequente, infatti, che il provvedimento della contenzione intervenga prima o durante l'ingresso del paziente in ospedale o in SPDC. La modalità con cui avviene tale ingresso è in stretta relazione con il fatto che il DSM si senta attivamente impegnato nel perseguire l'obiettivo del superamento dell'utilizzo di strumenti di contenzione meccanica nel servizio ospedaliero, evitando il più possibile, mediante strategie efficaci di presa in carico e di riduzione dei drop-out, ovvero l'interruzione prematura della terapia, il fatto che il soggetto giunga in ospedale in condizioni di crisi di difficile gestione in quanto non seguito con

¹¹⁵ Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani presieduta dal Presidente Manconi, *La contenzione meccanica, Audizione della dottoressa Giovanna Del Giudice, presidente della Conferenza permanente per la salute mentale nel mondo, Franco Basaglia e di Vito D'Anza, del Forum salute mentale, 95° seduta, 04/05/2016.*

sufficiente tempestività e continuità, e lavorando per promuovere il consenso ai trattamenti necessari¹¹⁶.

3.2 I LUOGHI DELLA CONTENZIONE

Nell'ambito delle strutture che operano nel DSM, il SPDC rappresenta il luogo della gestione dell'emergenza e dell'urgenza psichiatrica; alcune stime condotte in Italia riferiscono una prevalenza di episodi di comportamenti aggressivi variabile tra il 3% e l'8% dei soggetti ricoverati¹¹⁷. Per quanto concerne la contenzione di persone affette da disagio mentale, essa rappresenterebbe una pratica talvolta diffusa nei SPDC: alcune ricerche condotte nel 2001 dall'Istituto Mario Negri di Milano e dall'Istituto Superiore di Sanità hanno dimostrato che l'80% dei servizi psichiatrici degli ospedali italiani farebbe ricorso alla contenzione meccanica¹¹⁸.

Ciò nonostante, tale pratica non riguarda esclusivamente le cosiddette strutture psichiatriche, essendo irrealistico ritenere che sia esercitata solo dagli psichiatri. La contenzione, intesa in tutte le sue plurime forme ed applicazioni, può dunque riscontrarsi anche in realtà esterne ai luoghi tipici della psichiatria, ovvero trasporto in ambulanza, pronto soccorso, sala operatoria, reparti di diagnostica strumentale, reparti di terapia intensiva, servizi di neuropsichiatria infantile, assistenza domiciliare, reparti di medicina e geriatrie, residenze sanitarie assistenziali (RSA) per anziani e pazienti non autosufficienti, case di cura private, comunità terapeutiche, residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS); trattasi di contesti di cura e di assistenza, talora rivolti a tenere sotto controllo stati di agitazione psicomotoria, in cui può accadere che i pazienti vengano contenuti con vari mezzi¹¹⁹.

Aspetto delicato sotto il profilo tecnico ed etico, e particolarmente attuale nel momento del passaggio dell'assistenza penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale, concerne l'uso della contenzione in soggetti affetti da psicopatologie nelle sedi di reclusione, dove il rischio di commistione tra motivazioni di carattere sanitario e di carattere disciplinare può essere

¹¹⁶ PELOSO P.F., CAPPELLARI L., DE ROSA C., FERRANNINI L., PERCUDANI M.E., *Raccomandazioni inerenti la contenzione fisica*, cit., pag. 6.

¹¹⁷ CORNAGGIA C.M., BEGHI M., PAVONE F., BARALE F., *Aggression in psychiatry wards: a systematic review*, *Psychiatry Research*, 08/2011, volume 189, pag. 10-20.

¹¹⁸ Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani presieduta dal Presidente Manconi, *La contenzione meccanica, Audizione della dottoressa Giovanna Del Giudice, presidente della Conferenza permanente per la salute mentale nel mondo, Franco Basaglia e di Vito D'Anza, del Forum salute mentale, 95° seduta*, cit.

¹¹⁹ PELOSO P.F., CAPPELLARI L., DE ROSA C., FERRANNINI L., PERCUDANI M.E., *Raccomandazioni inerenti la contenzione fisica*, cit., pag. 6.

significativo, ed il livello complessivo di trasparenza, rispetto dei diritti e sicurezza nell'identificazione e nel trattamento di eventuali complicanze sanitarie può risultare inferiore¹²⁰.

Tuttavia, soltanto a partire da una contenzione correttamente praticata all'interno dei luoghi tipici di operatività della psichiatria, quest'ultima può essere in grado di esercitare un'adeguata influenza scientifica e culturale volta a minimizzarne l'utilizzo in tutti gli altri contesti in cui può emergere la necessità di gestire comportamenti violenti posti in essere da persone con disturbi psicopatologici.

4. LE CIRCOSTANZE ATTE A GIUSTIFICARE LA CONTENZIONE

La letteratura nazionale ed internazionale¹²¹ appare concorde nel ritenere che la contenzione, in particolare fisica e meccanica, possa essere giustificata solo a fronte di un concreto rischio imminente di violenza auto e/o etero diretta posta in essere dal paziente. L'elemento di maggiore criticità di questo criterio è rappresentato dal fatto che, trattandosi di un rischio che può essere solo soggettivamente percepito, e non di un fatto obiettivo, la valutazione circa la sua sussistenza risente delle caratteristiche del valutatore, tra cui stato emotivo, pregiudizi, esperienze pregresse, dinamiche interne al gruppo di lavoro, sicurezza ambientale. Ciò nonostante, esiste un generale consenso attorno alla liceità dell'uso della forza quando il rischio imminente concerne persone fisiche, di talché, facendosi riferimento ad una condizione di rischio per l'incolumità personale, appare evidente che non esiste alcuna ragione perché tale criterio possa essere applicato estensivamente ai soggetti sottoposti a TSO¹²².

Un secondo criterio atto a giustificare il ricorso alla contenzione fisica e meccanica è costituito dalla necessità di somministrare, nel contesto di un trattamento sanitario involontario, una determinata terapia che il soggetto rifiuta. Questione delicata quella correlata alla valutazione della reale urgenza e dell'indispensabilità della somministrazione della cura. Nella pratica, l'esigenza di passare dalla contenzione farmacologica alla contenzione meccanica momentanea corrisponde il più delle volte al fatto che la somministrazione obbligatoria della terapia stessa ha determinato una situazione di rischio concreto e imminente per l'incolumità personale, di fatto rimanendo tale situazione l'unica

¹²⁰ *Ibidem*.

¹²¹ PELOSO P.F., CAPPELLARI L., DE ROSA C., FERRANNINI L., PERCUDANI M.E., *Raccomandazioni inerenti la contenzione fisica*, cit., pag. 5.

¹²² *Ibidem*.

vera ipotesi al ricorrere della quale si può essere costretti ad avvalersi della contenzione meccanica.

Al di fuori delle suddette specifiche circostanze, in cui la contenzione meccanica mantiene comunque il suo carattere di provvedimento eccezionale da evitare e da far durare il minimo indispensabile, la sua adozione non sarebbe lecita. Segnatamente, deve esplicitarsi che essa non può in nessun caso essere utilizzata o protratta con finalità pedagogica, punitiva o terapeutica¹²³.

Tuttavia, per quanto concerne le fattispecie critiche che possono favorire l'uso della contenzione in ambito ospedaliero, nonché le motivazioni adottate dai professionisti sanitari per giustificarne il ricorso nelle strutture assistenziali, esse risultano essenzialmente riconducibili alle seguenti necessità¹²⁴:

- tenere al riparo il paziente da pregiudizi alla propria salute, onde impedire danni o lesioni che alterino l'integrità psicofisica del paziente stesso o di altre persone, oppure prevenire agiti auto e/o eterolesivi ed aggressivi da parte del soggetto;
- garantire i trattamenti terapeutici intensivi e la continuità terapeutica, evitando l'interferenza del paziente che ostacoli, anche involontariamente, la somministrazione della terapia o che manometta l'applicazione od il mantenimento dei dispositivi sanitari (quali, ad esempio, sonde per l'alimentazione, cateteri venosi centrali, erogatori di ossigeno, tubi endotracheali, sondini naso gastrici, aghi cannula, butterfly e così via);
- controllare l'agitazione e/o lo stato confusionale del paziente;
- evitare danni, lesioni o traumatismi in pazienti a rischio di caduta;
- prevenire il rischio di scivolamento del paziente da letto/sedia/carrozzina;
- mantenere o impedire determinate posture in pazienti ipocinetici;
- evitare che pazienti disorientati o che vagano si perdano o scappino dalla struttura.

Occorre peraltro interrogarsi se tali necessità giustifichino ed autorizzino il ricorso ad atti coercitivi, prevalendo sul consenso informato non rilasciato, il quale non deve essere acquisito o rinviato sine die per giustificare i trattamenti coercitivi, quanto piuttosto per garantire l'autodeterminazione del soggetto nel momento in cui si incide sulla sfera delle sue libertà individuali. Inoltre, il concorso della componente infermieristica alla pratica della

¹²³ PELOSO P.F., CAPPELLARI L., DE ROSA C., FERRANNINI L., PERCUDANI M.E., *Raccomandazioni inerenti la contenzione fisica*, cit., pag. 6.

¹²⁴ EVANS D., FITZGERALD M., *Reasons for physically restraining patients and residents: a systematic review and content analysis*, International Journal of Nursing Studies, 2002, 39, pag. 735-743.

contenzione deve essere sempre valutato di volta in volta in riferimento al caso concreto, assegnandosi una valenza determinante sia alla corretta applicazione delle procedure diagnostico-terapeutiche, sia alle prescrizioni mediche ed alle direttive ricevute.

Si aggiunga come, talora, il ricorso alla contenzione venga motivato appellandosi all'esigenza di dover assecondare precise richieste dei familiari del paziente; non ultime, spesso sono invocate questioni organizzative, quali la carenza di personale, l'inadeguata organizzazione del lavoro, o ancora inefficienze strutturali, architettoniche o logistiche¹²⁵.

5. VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE E FATTORI DI RISCHIO

5.1 LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DELLE CARATTERISTICHE CLINICO-ASSISTENZIALI DEL PAZIENTE

Se da un lato diagnosi clinica e caratteri personali del paziente non sembrano essere di per sé i determinanti assoluti di una maggiore probabilità di ricorso alla contenzione, dall'altro lato un'accurata valutazione delle caratteristiche clinico-assistenziali del soggetto, comprensiva di indicazioni circa livello di orientamento, abilità psicologiche-funzionali e fattori ambientali, permette di identificare eventuali fattori di rischio che contribuiscono a provocare l'utilizzo della contenzione¹²⁶. I professionisti sanitari devono valutare eventuali situazioni rischiose in un'ottica multidimensionale e interprofessionale, giungendo a pianificare appositi trattamenti assistenziali e terapeutici individualizzati, allo scopo sia di evitare comportamenti potenzialmente lesivi del paziente verso sé stesso o verso terzi, sia di implementare interventi diretti alla prevenzione della contenzione.

Dalla suddetta valutazione, riportata e sottoscritta dagli stessi professionisti sanitari nella cartella clinica assieme alle azioni successivamente poste in essere, può rilevarsi la sussistenza di fattori predisponenti e/o precipitanti¹²⁷ l'uso della contenzione, i quali possono ricorrere singolarmente o variamente combinati tra loro:

Fattori predisponenti	Fattori precipitanti
<ul style="list-style-type: none"> - Età avanzata (>80 anni); - Alterazioni cognitive; - Difficoltà di comunicazione; - Incontinenza fecale/urinaria; - Precedenti episodi di caduta; 	<ul style="list-style-type: none"> - Delirium, demenza, deficit di memoria, patologie del sistema nervoso centrale; - Diminuzione della mobilità, mancanza di ausili; - Stimoli ambientali (ad esempio eccessivo

¹²⁵ TOZZO P., *Il diritto di non essere "legati": la liceità della contenzione in ambito clinico – assistenziale*, cit., pag. 153.

¹²⁶ Regione Emilia-Romagna, *Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale*, cit., pag. 26.

¹²⁷ *Ibidem*.

<ul style="list-style-type: none"> - Disabilità; - Condizioni psichiatriche; - Comportamenti reattivi (ad esempio ansia, aggressività, wandering¹²⁸, rischio di danni a sé stessi o altri); - Deficit del sensorio (udito, vista). 	<ul style="list-style-type: none"> rumore); - Rischio di caduta; - Terapie farmacologiche; - Condizioni psichiatriche; - Interventi chirurgici; - Procedure diagnostiche e/o terapeutiche; - Bisogni insoddisfatti (ansia, paura, fame, sete).
---	---

Poiché l'accertamento infermieristico e l'anamnesi medica consentono di identificare i fattori di rischio e di raccogliere le informazioni relative alla terapia attraverso la ricognizione e la riconciliazione farmacologica, la valutazione deve essere effettuata non solo al momento della presa in carico della persona assistita, ma ad ogni rilievo del cambiamento delle condizioni clinico-assistenziali.

Il personale sanitario è quindi tenuto ad informare in modo completo ed esaustivo il soggetto interessato ed i suoi familiari o caregivers circa l'esito della valutazione medesima, le strategie di contesto alternative ritenute opportune o già poste in essere, nonché eventuali contenzioni intraprese e/o da intraprendere. L'informazione adeguata e tempestiva rappresenta invero un momento cruciale sia per l'interessato che per i suoi familiari, i quali possono essere attivamente coinvolti, laddove disponibili, nella prevenzione dell'uso della contenzione prestando la loro collaborazione nell'adozione di idonee strategie finalizzate all'attenuazione e al superamento delle situazioni di rischio presenti¹²⁹.

5.2 INDIVIDUAZIONE DI ALCUNI RILEVANTI FATTORI DI RISCHIO

Con specifico riguardo ai fattori di rischio che rendono più probabile l'adozione di trattamenti coercitivi, essi si distinguono in clinici ed extra clinici.

Tra i fattori di rischio extra clinici¹³⁰ rilevano il sesso maschile, la giovane età, l'abuso attuale o pregresso di sostanze stupefacenti o di alcool, ma soprattutto una storia personale di pregressi comportamenti impulsivi ed ostili, oltre alla durata del ricovero ospedaliero e alla condizione di obbligatorietà del ricovero stesso.

¹²⁸ Wandering: "deambulazione afinalistica, errabonda, priva di meta o ripetitiva, che espone la persona a possibili danni; spesso non tiene conto di confini, limiti od ostacoli", in Manuale delle Definizioni Infermieristiche NANDA.

¹²⁹ Regione Emilia-Romagna, *Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale*, cit., pag. 27.

¹³⁰ PELOSO P.F., CAPPELLARI L., DE ROSA C., FERRANNINI L., PERCUDANI M.E., *Raccomandazioni inerenti la contenzione fisica*, cit., pag. 6-7.

Tra i fattori di rischio clinici¹³¹, nei disturbi psicotici risulta significativa la presenza di sintomi psicotici acuti in atto o precedenti il ricovero, in particolare sintomi paranoidei e disorganizzazione del pensiero. Inoltre, alcuni disturbi di personalità, precisamente quelli appartenenti al “cluster B”¹³², mostrano un intrinseco accresciuto rischio di comportamenti auto/etero aggressivi, anche indipendentemente dalla presenza di patologie in comorbidità. Ancora, una storia di atti violenti, la presenza di deficit cognitivi che rendano più problematica la comunicazione, o la comorbidità con uso di sostanze, devono considerarsi fattori di rischio per la violenza e per la percezione, in termini di pericolo, di eventuali atteggiamenti minacciosi del paziente da parte dell’equipe medica, motivo per cui bisognerebbe dedicare particolare attenzione alla formazione professionale dello staff nella gestione di queste situazioni. Non ultimi, possono costituire fattori di rischio clinici anche il disturbo comportamentale in età adolescenziale e la terapia farmacologica inefficace o inadeguata.

6. LA GESTIONE DELLA CONTENZIONE

Soltanto qualora tutti gli interventi possibili messi in atto per prevenire la contenzione siano risultati inefficaci, persistano condizioni che rappresentano un pericolo grave ed attuale di condotte auto od eterolesive poste in essere dal paziente ovvero ricorrano le circostanze summenzionate atte a giustificare la contenzione, gli operatori sanitari possono ricorrervi, ma esclusivamente quale extrema ratio adottata a seguito del fallimento di ogni altro metodo alternativo¹³³.

È bene ricordare che il provvedimento di contenzione, per poter essere validamente attuato, oltre a rispettare tutti i requisiti previsti per la sua adozione, deve essere preceduto, laddove sia possibile, dall’accettazione da parte della persona interessata.

Conseguentemente, con riguardo a quei soggetti capaci di intendere e di volere e cognitivamente integri, il medico ha il dovere di informarli adeguatamente, senza prescindere dal loro livello culturale e dalle individuali capacità di comprensione, avendo pertanto cura di adoperare un linguaggio semplice e accessibile, al fine di ottenere un consenso valido ed informato.

¹³¹ *Ibidem*.

¹³² Costituiscono esempi di disturbo di personalità del “cluster B” la personalità antisociale, la personalità borderline, la personalità istrionica, la personalità narcisistica.

¹³³ Regione Emilia-Romagna, *Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale*, cit., pag. 34.

Ove si tratti, invece, di soggetti incapaci di intendere e di volere, soprattutto a causa di alterazioni dello stato mentale dovute a deterioramento cognitivo o alterazioni dello stato di coscienza determinate da specifiche patologie o dall'uso di sostanze psicotrope, è evidente come risultino praticamente impossibili sia un loro consapevole coinvolgimento nell'iter decisionale, sia l'espressione di un valido consenso; in tali casi è il medico a dover decidere a seguito di un'approfondita valutazione del quadro clinico, assumendosi le relative responsabilità e informando opportunamente familiari, caregivers, tutori o rappresentanti legali della persona assistita, coinvolgendoli nel processo decisionale; qualora non si riesca ad informarli anticipatamente, essi devono essere adeguatamente preparati non appena possibile¹³⁴.

In entrambi i casi, risulta evidentemente imprescindibile, per potersi applicare la contenzione, la sussistenza di uno stato di necessità ex art. 54 c.p.: oltre all'imminenza e all'inevitabilità del danno alla persona assistita e/o a soggetti terzi, è richiesta la proporzionalità del fatto al pericolo grave ed attuale, riscontrandosi l'adeguatezza dell'intervento nel caso in cui esso permetta di sottrarsi ai rischi cui diversamente si andrebbe incontro ove non si applicasse, nel caso concreto, la misura di contenzione.

6.1 LA COSTRUZIONE DI UN PROTOCOLLO OPERATIVO

La Società Italiana di Psichiatria si è occupata di individuare i contenuti minimi del protocollo di gestione della contenzione meccanica in presenza di stato di necessità¹³⁵, soprattutto allo scopo esplicito di far durare il minor tempo possibile la condizione di eccezionalità che la stessa contenzione meccanica deve rappresentare. Specificamente, tale protocollo deve contenere indicazioni relative all'identificazione e alla gestione della situazione di pericolo, nonché puntuali avvertenze prescrittive e di applicazione della contenzione, prevedendo la discussione dell'equipe di lavoro in ambito multiprofessionale e sottolineando l'importanza dell'addestramento all'attività di gruppo e della determinazione di ruoli specifici¹³⁶. Difatti, la formazione professionale del personale sanitario rappresenta un elemento fondamentale sia per quanto attiene gli interventi di prevenzione, sia per l'adeguata gestione dell'atto di contenzione, motivo per il quale spetta agli organismi aziendali competenti prevedere

¹³⁴ *Ibidem*.

¹³⁵ PELOSO P.F., CAPPELLARI L., DE ROSA C., FERRANNINI L., PERCUDANI M.E., *Raccomandazioni inerenti la contenzione fisica*, cit., pag. 11-12-13.

¹³⁶ BOWERS L., NIJMAN H., SIMPSON A., JONES J., *The relationship between leadership, team-working, structure, burnout and attitude to patients on acute psychiatric wards*, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2011, 46, pag. 143-148.

appropriati percorsi formativi il cui programma deve includere, tra l'altro, il riconoscimento dei fattori di rischio, l'approccio multidisciplinare nell'ambito della prevenzione, l'adozione di tecniche alternative, l'individuazione dei rischi clinici associati all'utilizzo dei diversi dispositivi di contenzione, gli aspetti legali, deontologici ed etici legati alla sua applicazione, nonché le questioni di responsabilità professionale¹³⁷.

Il protocollo deve altresì irrinunciabilmente definire in modo chiaro, oltre alla modalità di impiego delle risorse umane che intervengono nell'atto di contenzione, anche competenze e responsabilità dei professionisti coinvolti nella procedura di contenzione.

6.2 MODELLO DI PROCEDURA OPERATIVA PER L'APPLICAZIONE DELLA CONTENZIONE MECCANICA

Stabilire una procedura operativa (PO) relativamente alla contenzione meccanica permette di definire precise modalità operative e distinte responsabilità dei soggetti coinvolti a vario titolo nella pratica di contenzione. L'istruzione operativa è indirizzata a tutto il personale sanitario, allo scopo di disciplinare l'intervento di contenzione nel rispetto della dignità della persona e di fornire linee di comportamento uniformi e coerenti¹³⁸.

Premesso che la scelta di utilizzare i mezzi di contenzione deve essere preceduta da una attenta e completa valutazione da parte dello staff curante circa le cause che la rendono necessaria e l'impossibilità di adottare interventi alternativi meno invasivi, la decisione di ricorrervi dovrà essere assunta e condivisa dall'intera equipe multiprofessionale, la quale può convenientemente avvalersi, a tal fine, di apposite scale validate¹³⁹ per la valutazione dell'agitazione e dell'aggressività, utili anche a monitorare la risposta all'intervento nel corso del tempo.

Nel protocollo descrittivo della PO relativa alla gestione della contenzione meccanica vengono illustrate le varie fasi facenti parte del procedimento, tra cui prescrizione della contenzione, organizzazione delle manovre di intervento, monitoraggio, prosecuzione o cessazione dell'intervento.

¹³⁷ Regione del Veneto, *Linee di indirizzo regionali per la contenzione fisica del paziente nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura: prevenzione, monitoraggio e modello di procedura operativa*, cit. pag. 16.

¹³⁸ Regione del Veneto, *Linee di indirizzo regionali per la contenzione fisica del paziente nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura: prevenzione, monitoraggio e modello di procedura operativa*, cit., pag. 11.

¹³⁹ Trattasi specificamente della cosiddetta Modified Overt Aggression Scale (MOAS).

La prescrizione della contenzione

La prescrizione¹⁴⁰ della contenzione costituisce un atto di competenza medica che permette di valutare quadro clinico, controindicazioni e potenziali esiti avversi della contenzione. Soltanto eccezionalmente, in situazioni di urgenza e di concomitante assenza fisica del medico, l'infermiere può autonomamente decidere di effettuare l'intervento di contenzione, il quale però deve essere successivamente e tempestivamente valutato, confermato e firmato dal medico stesso. Tale prescrizione deve essere debitamente registrata nella cartella clinica poiché ha natura di atto pubblico munito di fede privilegiata in quanto esplicitazione del potere certificativo riconosciuto ai medici e partecipa della natura pubblica dell'attività sanitaria cui si riferisce¹⁴¹.

La prescrizione della contenzione meccanica, inoltre, deve chiaramente descrivere:

- la situazione problematica che fa sorgere la necessità dell'intervento e le motivazioni dello stesso;
- le modalità di immobilizzazione (totale o parziale) del paziente ed i mezzi di contenzione meccanica utilizzati;
- la durata prevista, specificando l'inizio ed il termine (data e ora) della contenzione.

Come accennato, l'atto di contenzione non dovrebbe superare le 12-24 ore consecutive. Oltre le 24 ore, ove sussistano le condizioni per la necessaria prosecuzione del trattamento, la contenzione può essere prolungata solo attraverso nuova prescrizione medica, supervisionata e controfirmata dal medico responsabile del SPDC o dal direttore dell'unità operativa¹⁴²;

- attività di monitoraggio, precisando nella cartella clinica il personale preposto;
- codificazione degli intervalli temporali di valutazione dell'intervento di contenzione meccanica ad opera del personale sanitario coinvolto secondo le rispettive competenze professionali.

Le tecniche di intervento

A seguito di un "briefing" iniziale¹⁴³ volto a preordinare l'intervento del personale sanitario (di solito vengono coinvolti 3-4 operatori sanitari, fino ad un massimo di 6) e ad individuare all'interno dello stesso un "leader" che, dopo aver dato inizio alla contenzione, coordini

¹⁴⁰ Regione del Veneto, *Linee di indirizzo regionali per la contenzione fisica del paziente nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura: prevenzione, monitoraggio e modello di procedura operativa*, cit., pag. 13.

¹⁴¹ Cass., Sez. Unite, sent. n. 7958 del 27/03/1992.

¹⁴² Regione Emilia-Romagna, *Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale*, cit., pag. 34-35.

¹⁴³ Regione del Veneto, *Linee di indirizzo regionali per la contenzione fisica del paziente nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura: prevenzione, monitoraggio e modello di procedura operativa*, cit., pag. 14.

l'interazione con il paziente durante la sua esecuzione, eventualmente richiedendo l'assistenza delle Forze dell'Ordine, è inoltre necessario verificare la sicurezza ambientale rimuovendo mobili e suppellettili di possibile intralcio e/o potenzialmente pericolosi ed allontanando eventuali soggetti terzi a scopo precauzionale.

Dopo aver adeguatamente predisposto la sede ed i mezzi per la contenzione meccanica, si procede all'immobilizzazione parziale o totale del paziente, secondo il piano preordinato, in particolare avendo cura di proteggerne il capo e di svolgere correttamente le manovre. Ai fini della sicurezza personale, non bisogna dimenticare di rimuovere dagli indumenti indossati sia dal personale sia dal paziente tutti gli oggetti pericolosi per sé e/o per altri (es. accendini).

Completata la contenzione, si somministra il prima possibile la necessaria terapia farmacologica endovenosa od intramuscolare, successivamente preoccupandosi del confort del paziente, cui dovrebbe essere garantito di mantenere sempre la testa leggermente sollevata, al fine di ridurre il senso di vulnerabilità ed il rischio di aspirazione. Appare fondamentale ricercare continuamente la costruzione di un rapporto collaborativo con il soggetto, al quale vanno spiegate fin dall'inizio ragioni e finalità sanitarie dell'intervento, avvalendosi di ogni strumento comunicativo utile a tranquillizzarlo e rasserenarlo.

Attraverso il "de-briefing"¹⁴⁴ conclusivo si valutano eventuali problematiche, emotive e pratiche, concernenti la condizione del paziente, nell'ottica di intraprendere futuri interventi migliorativi della stessa.

Soltanto dopo aver dettagliatamente documentato l'esecuzione della manovra nella cartella clinica prende avvio l'imprescindibile attività di monitoraggio.

Il monitoraggio del paziente contenuto

Al fine di garantirne la sicurezza, durante l'intero periodo di contenzione il paziente deve essere controllato regolarmente a intervalli orari prestabiliti, secondo il piano individualizzato messo a punto in base alle sue condizioni cliniche e al mezzo di contenzione meccanica utilizzato, o più frequentemente se necessario, posto che le tempistiche variano anche in funzione della situazione inerente il caso concreto, per cui possono essersi controlli più o meno ravvicinati, di cui deve essere ad ogni modo fornita motivazione all'interno della cartella clinica. Le valutazioni cliniche effettuate dai professionisti sanitari in sede di monitoraggio¹⁴⁵, il quale non può tradursi in una mera osservazione passiva della persona assistita, permettono di prevenire eventuali rischi e complicanze derivanti dalla contenzione e

¹⁴⁴ *Ibidem*.

¹⁴⁵ Regione del Veneto, *Linee di indirizzo regionali per la contenzione fisica del paziente nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura: prevenzione, monitoraggio e modello di procedura operativa*, cit., pag. 14-15.

di valutare sopravvenute modifiche dello stato psicofisico del paziente che possano rendere non più necessaria la contenzione stessa; è pertanto compito specifico del personale sanitario dell'unità operativa monitorare attentamente lo stato di salute fisica e mentale ed il comportamento del paziente, nonché il corretto posizionamento dei mezzi di contenzione ed eventuali effetti dannosi degli stessi.

In particolare, il medico valuta la condizione fisico-psichica e lo stato comportamentale del paziente di regola ogni 2 ore¹⁴⁶, o secondo necessità, ma comunque non oltre le 12 ore; inoltre, definisce il programma di trattamento farmacologico, prospettando l'obiettivo terapeutico sia immediato, vale a dire sedazione o tranquillizzazione rapida e stabilizzazione di concomitanti parametri medico-clinici instabili, sia nel breve-medio termine (12-24 ore), provvedendo altresì ad un'accurata trasmissione dei dati clinici e gestionali al personale sanitario che dovrà occuparsi di proseguire il trattamento. Ciò non esclude comunque che il medico intervenga ogni qualvolta il personale infermieristico lo reputi necessario.

Per quanto concerne l'assistenza infermieristica, essa è rivolta soprattutto a soddisfare i principali bisogni assistenziali del paziente, tra cui ad esempio alimentazione ed idratazione, igiene, eliminazione urinaria e intestinale, sonno e riposo, ma anche tutela della sicurezza, prevenzione di eventuali complicanze, interazione e comunicazione con il soggetto allo scopo di assicurargli continua vicinanza e valido supporto.

Il controllo infermieristico si realizza attraverso il monitoraggio diretto continuo o ad intervalli regolari di 15-30 minuti¹⁴⁷, mentre la valutazione di respirazione, sudorazione, colore cutaneo e mucoso, posizionamento corretto dei presidi e condizioni di sicurezza e comfort avviene normalmente ogni 30-60 minuti. L'infermiere è preposto, inoltre, a controllare i principali parametri vitali (pressione arteriosa, polso, frequenza respiratoria, temperatura corporea, saturazione d'ossigeno) entro un intervallo temporale compreso tra i 60 minuti e le 2 ore massimo, favorendo se possibile e salvo diversa prescrizione medica, la mobilità del paziente attraverso l'interruzione della contenzione, pur sotto stretta supervisione, per almeno 10 minuti ogni 2 ore. Nel somministrare la terapia prescritta monitorandone gli effetti, l'infermiere è responsabile di accertare ed eventualmente segnalare l'insorgenza di eventuali danni o lesioni traumatiche e da decubito correlati all'uso dei mezzi di contenzione meccanica¹⁴⁸.

¹⁴⁶ PELOSO P.F., CAPPELLARI L., DE ROSA C., FERRANNINI L., PERCUDANI M.E., *Raccomandazioni inerenti la contenzione fisica*, cit., pag. 9.

¹⁴⁷ *Ibidem*.

¹⁴⁸ Regione del Veneto, *Linee di indirizzo regionali per la contenzione fisica del paziente nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura: prevenzione, monitoraggio e modello di procedura operativa*, cit., pag. 15.

Il monitoraggio del paziente sottoposto a contenzione meccanica deve essere ovviamente documentato nella cartella clinica, in cui va tracciato chiaramente il percorso di valutazione, pianificazione e gestione delle condizioni clinico-assistenziali che hanno condotto all'adozione della contenzione, assieme ai motivi che l'hanno resa necessaria e alla descrizione dei vani tentativi di interromperla per gestire alternativamente la situazione. All'interno della cartella clinica devono inoltre riportarsi le motivazioni che sottendono alla decisione di proseguire o rimuovere la contenzione. A seguito dell'eventuale cessazione della medesima, stabilita dal medico, il personale infermieristico e gli Operatori Socio Sanitari (OSS) rimuovono i relativi mezzi, continuando tuttavia a prestare particolare attenzione al comportamento e allo stato di salute psicofisico generale del paziente¹⁴⁹.

Per quanto concerne *la responsabilità dei soggetti coinvolti a vario titolo nella procedura operativa*, in particolar modo *la responsabilità del medico*, essa verrà appositamente approfondita nel capitolo 3, ad essa dedicato.

7. IL RUOLO DEL MEDICO LEGALE E I DANNI DERIVANTI DALLA CONTENZIONE

7.1 IL MEDICO LEGALE DI FRONTE ALLA CONTENZIONE

Incaricato a scopo giudiziario di esaminare la contenzione applicata ad un determinato soggetto, il medico legale può trovarsi dinnanzi ad una molteplicità di scenari diversamente connotati, in particolare potendo riscontrare che si tratta di¹⁵⁰:

- contenzione giustificata, correttamente documentata e applicata, pur tuttavia in assenza del consenso del soggetto capace;
- contenzione debitamente giustificata ma non documentata nella cartella clinica o non correttamente eseguita, con conseguente danno per il paziente;
- contenzione non necessaria o immotivata, con o senza conseguente danno per il paziente;
- contenzione opportuna dal punto di vista clinico e giustificata sul piano normativo, ma non applicata, con conseguente danno per il paziente.

¹⁴⁹ Regione Emilia-Romagna, *Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale*, cit., pag. 35.

¹⁵⁰ TOZZO P., *Il diritto di non essere "legati": la liceità della contenzione in ambito clinico – assistenziale*, cit., pag. 159.

Rientra propriamente nella competenza del medico legale esprimere una specifica valutazione in ordine a tali fattispecie, rilevando se sia stato o meno garantito il rispetto della dignità della persona sottoposta a contenzione e soprattutto occupandosi della disamina dei danni eventualmente derivanti dalla medesima.

7.2 POSSIBILI DANNI CORRELATI ALL'USO DELLA CONTENZIONE

Come precedentemente accennato, non solo attualmente non esistono valide evidenze scientifiche in grado di dimostrare che il ricorso alla contenzione effettivamente diminuisce il livello di agitazione del paziente o, nel caso di contenzione meccanica, riduce il rischio di cadute¹⁵¹, ma addirittura l'utilizzo della contenzione stessa può talvolta peggiorare la situazione provocando varie conseguenze avverse a carico di differenti organi ed apparati, senza trascurare, inoltre, le documentazioni attestanti alcuni meccanismi fisiopatologici capaci di condurre alla morte del paziente quale esito infausto dell'applicazione dei mezzi di contenzione¹⁵².

A tal proposito, sono stati ampiamente riportati in letteratura^{153,154} gli effetti negativi della contenzione meccanica in termini di danni diretti ed indiretti all'integrità psicofisica del soggetto, specialmente laddove difetti un adeguato monitoraggio.

Specificamente, vengono ritenuti *danni diretti* quelli che costituiscono conseguenza immediata dell'uso inappropriato della contenzione fisica e dei mezzi di contenzione meccanica, rientrandovi conseguentemente¹⁵⁵ :

- abrasioni cutanee, determinate dallo sfregamento della parte contesa sullo strumento di contenzione;
- lesioni dovute alla pressione del dispositivo o derivanti dal tentativo di disfarsi dello stesso, tra cui slogature, distorsioni, contratture, fratture, ecchimosi, edemi e gonfiori a valle del mezzo;
- lesioni nervose, causate dalla combinazione di dispositivi di contenzione da applicare al tronco e polsini di contenzione. Difatti, ove il paziente sia mantenuto a letto con la

¹⁵¹ Regione Emilia-Romagna, *Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale*, cit., pag. 19.

¹⁵² BARNETT R., STIRLING C., PANDYAN A.D., *A review of the scientific literature related to the adverse impact of physical restraint: gaining a clearer understanding of the physiological factors involved in cases of restraint-related death*, *Medicine, Science and the Law*, 2012, 52, pag. 137-142.

¹⁵³ CHIEZE M., HURST S., KAISER S., SENTISSI O., *Effects of Seclusion and Restraint in Adult Psychiatry: A Systematic Review*, *Frontiers in Psychiatry*, 2019, 10, pag. 491.

¹⁵⁴ MILES S.H., IRVINE P., *Deaths caused by physical restraints*, *Gerontologist*, 1992, 32, pag. 762 e seguenti.

¹⁵⁵ TOZZO P., *Il diritto di non essere "legati": la liceità della contenzione in ambito clinico – assistenziale*, cit., pag. 154-155.

testata elevata, i ferma polsi potrebbero causarne lo scivolamento in avanti, facendo di conseguenza risalire il corpetto applicato al torace fino alla zona ascellare, provocando così la compressione del plesso brachiale;

- lesioni ischemiche in ogni distretto corporeo a valle di un presidio non correttamente applicato;
- trombo-embolia polmonare e venosa nel paziente contenuto per molto tempo, anche in assenza di preesistenti fattori di rischio¹⁵⁶, e danni al sistema vascolare;
- asfissia meccanica violenta causata dall'intrappolamento nel dispositivo o dalla sospensione allo stesso del paziente nell'estremo tentativo di liberarsi¹⁵⁷;
- asfissia causata dalla compressione della gabbia toracica;
- morte improvvisa a seguito di un lungo periodo di agitazione e di lotta per liberarsi dal dispositivo di contenzione;
- morte: le indagini compiute sui certificati di morte dei pazienti contenuti hanno rilevato un numero non trascurabile di decessi, tra cui quelli per asfissia, strangolamento e arresto cardiocircolatorio, cagionati dall'utilizzo improprio dei dispositivi di contenzione, pur rimanendo scarsi i dati sulla frequenza.

Per quanto concerne i *danni indiretti*, invece, si intendono tutti quei danni che si manifestano come conseguenza indiretta dell'impiego, improprio o meno, dell'immobilità forzata e dei mezzi di contenzione meccanica; tra tutti si evidenziano¹⁵⁸:

- rischio di caduta, talora più elevato rispetto al paziente non sottoposto a contenzione;
- aumento dell'incidenza di lesioni da decubito¹⁵⁹;
- maggiore incidenza e gravità delle infezioni nosocomiali (ossia infezioni contratte durante la degenza ospedaliera);
- rischio maggiore di ipocinesia a causa dell'ipotonia e dell'ipotrofia muscolare, con conseguente peggioramento della mobilità e riduzione della forza e della resistenza muscolare;
- incontinenza e stipsi;

¹⁵⁶ LURSEN S.B., JENSEN T.N., OLSEN N.V., *Deep venous thrombosis and pulmonary embolism following physical restraint*, Acta Psychiatrica Scandinavica, 2005, 111, pag. 324-327.

¹⁵⁷ DE LETTER E.A., VANDEKERKHOVE B., LAMBERT W., VAN VARENBERGH D., PIETTE M.H., *Hospital bed related fatalities: a review*, Medicine, Science and the Law, 2008, 48, pag. 37-50.

¹⁵⁸ TOZZO P., *Il diritto di non essere "legati": la liceità della contenzione in ambito clinico – assistenziale*, cit., pag. 155.

¹⁵⁹ CASTLE N.G., ENGBERG J., *The health consequences of using physical restraints in nursing homes*, Medical Care, 2009, 47, pag. 1164-1173.

- perdita di autonomia e aumento della dipendenza nello svolgimento delle attività di vita quotidiana¹⁶⁰;
- crescita del rischio di istituzionalizzazione a causa della maggior durata del ricovero e della riduzione della probabilità di rientro a domicilio.

Da ultimo, non bisogna neppure tralasciare le eventuali importanti conseguenze dannose inerenti il declino sia della sfera cognitiva e neurologica, sia di quella psico-sociale; tali conseguenze avverse sono legate principalmente alla violazione dell'autonomia e della dignità della persona sottoposta a contenzione, cui si associano, talvolta, senso di umiliazione e di impotenza, depressione, stress, sconforto, aumento dello stato di agitazione e dello stato confusionale suscettibile di sfociare in aggressività, disorientamento, crescita dell'insicurezza, comparsa di comportamenti regressivi, nonché perdita di fiducia nei confronti del personale della struttura¹⁶¹.

8. LA CONTENZIONE TRA PASSATO E PRESENTE NEL PANORAMA NORMATIVO ITALIANO

Ai fini della presente trattazione, ciò che innanzitutto preme rilevare è che la contenzione in ambito medico-sanitario non è prevista né disciplinata da alcuna disposizione avente forza di legge all'interno dell'attuale ordinamento italiano, in cui pertanto difetta qualsiasi riferimento legislativo in grado di legittimarla. Constatandosi l'assenza di uno statuto giuridico dedicato a questa pratica, essa rimane non uniformemente regolamentata a livello territoriale attraverso le linee guida emanate dalle singole Regioni¹⁶².

Storicamente, il primo e l'unico accenno diretto alla contenzione meccanica in ambito sanitario mediante apposito riferimento di legge alla medesima¹⁶³, è rappresentato dall'articolo 60 del Regio Decreto (R.D.) n. 615 del 16 agosto 1909 ("Regolamento sui manicomi e sugli alienati") attuativo della legge Giolitti n. 36 del 1904; tale articolo, sottolineando il carattere di eccezionalità dello strumento ed auspicandone l'abolizione, sanciva ai commi 1 e 2 che:

¹⁶⁰ ENGBERG J., CASTLE N.G., MCCAFFREY D., *Physical restraint initiation in nursing homes and subsequent resident health*, Gerontologist, 2008, 48, pag. 442-452.

¹⁶¹ Registered Nurses' Association of Ontario, *Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints*, cit.

¹⁶² Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani presieduta dal Presidente Manconi, *La contenzione meccanica, Audizione del professor Giuseppe Dell'Acqua, psichiatra, sull'Ospedale psichiatrico giudiziario di Reggio Emilia, in particolare sulla situazione di Antonio Mottola, e dell'avvocato Marco De Martino*, 85° seduta, 4/08/2015.

¹⁶³ PELOSO P.F., CAPPELLARI L., DE ROSA C., FERRANNINI L., PERCUDANI M. E., *Raccomandazioni inerenti la contenzione fisica*, cit., pag. 3.

“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 deve indicare la natura e la durata del mezzo di coercizione [...]”¹⁶⁴”.

Questo significa che, nonostante già oltre un secolo fa la contenzione meccanica fosse ritenuta pratica da evitare ogni qualvolta fosse possibile, cogliendosi anche l'importanza di creare condizioni assistenziali idonee a promuoverne la minimizzazione, nei vecchi manicomi ed ospedali psichiatrici i mezzi di coercizione erano giuridicamente disciplinati ed il cosiddetto “registro delle contenzioni” costituiva mezzo di garanzia e di conoscibilità di una prassi, quella del ricorso alle camicie di forza ed in generale alla contenzione meccanica, che, prima dell'entrata in vigore della Costituzione repubblicana e senza che ancora si intravedessero i prodromi del movimento antimanicomiale, era ritenuta coesistente alla custodia e alla neutralizzazione del malato mentale¹⁶⁵.

Successivamente, la legge Basaglia n. 180 del 1978, imponendo la chiusura dei manicomi ed abbandonando il modello custodialistico, ha provveduto altresì a rimuovere implicitamente tale riferimento normativo alla coercizione, intensa quale sinonimo di contenzione, dall'ambito dell'assistenza psichiatrica ai pazienti affetti da disturbo mentale, fermo restando comunque che, fino a quel momento, la contenzione avrebbe ad ogni modo potuto essere applicata soltanto in via assolutamente eccezionale, subordinatamente ad una prescrizione medica recante la modalità di attuazione.

Malgrado ciò, appare ancora attualmente discussa la vigenza dell'art. 60 in parola¹⁶⁶, dato che la giurisprudenza tende frequentemente a riconoscerne la sopravvivenza¹⁶⁷ rispetto alla

¹⁶⁴ Art. 60, commi 3 e 4, R.D. n. 615/1909: “L'autorizzazione indebita dell'uso di detti mezzi rende passibili coloro che ne sono responsabili di una pena pecuniaria da L. 60.000 a L. 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”.

¹⁶⁵ Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani presieduta dal Presidente Manconi, *La contenzione meccanica, Audizione del consigliere Daniele Piccione sulla “contenzione meccanica”*, 94° seduta, cit.

¹⁶⁶ Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani presieduta dal Presidente Manconi, *La contenzione meccanica, Audizione dei Professori Stefano Canestrari e Grazia Zuffa, membri del Comitato Nazionale per la Bioetica, sulla contenzione*, 102° seduta, 12/10/2016.

¹⁶⁷ Costituisce un esempio di attuale sopravvivenza dell'art. 60 del R.D. n. 615/1909 la sentenza del Tribunale per i minorenni di Bari, datata 02/07/2009 (in *Giurisprudenzabarese.it*, 2009), secondo la quale il ricorso all'uso dei mezzi di contenzione nell'ipotesi di soggetto vittima di comportamenti scompensati dal punto di vista neuropsichiatrico è consentito come “extrema ratio” ed in casi eccezionali, quando sussista un pericolo concreto per l'incolumità personale, sempre nel rispetto della persona umana, che deve essere interpretato in maniera estremamente rigorosa ove si tratti di un minore; in particolare, nel processo valutativo il Giudice deve

riforma operata dalla legge Basaglia, ritenendo che la medesima, di fatto, non si sia pronunciata in merito; secondo altra opinione, invece, l'art. 60 dovrebbe ad oggi ritenersi travolto da un'abrogazione tacita, oltretutto dubitandosi anche della sua idoneità a soddisfare la riserva di legge richiesta dall'art. 32 della Costituzione¹⁶⁸.

Fatta tale premessa, posto che a seguito della riforma operata dalla legge 180/1978 non vi è più alcuna previsione legislativa che autorizzi il personale sanitario a contenere meccanicamente il paziente psichiatrico, se è così pur sempre vero che sotto il profilo normativo effettivamente manca un preciso dettato positivo che attribuisca allo psichiatra il potere di contenere il paziente, né tantomeno che stabilisca come, quando e a che fine tale potere coercitivo possa essere impiegato, l'uso della contenzione potrebbe ammettersi in sede di esecuzione del provvedimento di TSO, trovando la propria fonte formale proprio negli articoli 33-34-35 della legge 833/1978. In questo senso sussisterebbe una generale sintonia di visioni dottrinali e giurisprudenziali¹⁶⁹, poiché l'uso della forza fisica o di altri metodi coercitivi potrebbe tradursi talvolta in un accorgimento imprescindibile, onde evitare di snaturare e di rendere completamente inoperativo il TSO. Si sottolinea ancora una volta che comunque il ricorso alla contenzione meccanica deve inevitabilmente rappresentare l'*extrema ratio* anche in caso di TSO e deve essere proporzionale alle esigenze concrete, adeguato alla necessità, limitato al tempo occorrente per il superamento delle condizioni che hanno indotto a ricorrervi e finalizzato alla cura del paziente.

Conclusivamente, dunque, pur ammettendosi che gli artt. 33-34-35 della legge 833 del 1978, nel far riferimento alle modalità di esecuzione del TSO non si occupano espressamente di disciplinare la contenzione, né automaticamente la autorizzano, potrebbe ritenersi che gli stessi pervengano ad ammetterne l'utilizzo ove ciò sia necessario per dare efficacemente seguito ai trattamenti sanitari obbligatori. Ad ogni modo, deve sempre tenersi presente la netta distinzione tra metodi contenitivi e TSO, poiché esso non implica necessariamente il ricorso ai mezzi di contenzione; in effetti, se certamente non può negarsi che lo schema procedurale relativo al TSO realizzato mediante ricovero coattivo in SPDC può giustificare limitazioni della libertà individuale del singolo onde provvedere alle terapie psichiatriche che egli si dimostri restio ad accettare, ciò non giustifica inevitabilmente gli atti di contenzione,

contemperare la situazione concreta che affligge il minore, avvalendosi del supporto tecnico necessario in tali casi, con i *criteri guida offerti dalla legge*, segnatamente dagli art. 60 del R.D. n. 615 del 1909 e art. 1 della legge n. 180 del 1978, incorporata nella legge n. 833 del 1978.

¹⁶⁸ TOZZO P., *Il diritto di non essere "legati": la liceità della contenzione in ambito clinico – assistenziale*, cit., pag. 161.

¹⁶⁹ Regione del Veneto, *Linee di indirizzo regionali per la contenzione fisica del paziente nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura: prevenzione, monitoraggio e modello di procedura operativa*, cit., pag. 6.

potendosi dunque concludere che l'equivoco costituito dalla sovrapposizione tra TSO e mezzi coercitivi impliciti nel trattamento psichiatrico origini proprio dall'archetipo legale seguito e svolto dal Regolamento manicomiale del 1909¹⁷⁰.

Infine può aggiungersi che, nonostante la mancanza di un riferimento di legge alla contenzione, nella vigente legislazione italiana si rinviene una specifica disposizione che la menziona, ovvero l'art. 41, comma 3 della legge 354/1975 sull'ordinamento penitenziario¹⁷¹, in cui si disciplina l'utilizzo della forza fisica e dei mezzi di coercizione; tuttavia, questa previsione di legge non può essere considerata idonea a legittimare in via generale la contenzione nel contesto sanitario-assistenziale, in quanto l'uso della forza e/o dei mezzi coercitivi in ambito penitenziario è ammesso nei confronti dei soggetti sottoposti a forme di limitazione della libertà personale allo scopo di "prevenire o impedire atti di violenza, per impedire tentativi di evasione o per vincere la resistenza, anche passiva, all'esecuzione degli ordini impartiti" (art. 41, comma 1), oppure "al fine di evitare danni a persone o cose o di garantire la incolumità dello stesso soggetto" (comma 3).

8.1 I RIFERIMENTI COSTITUZIONALI ALLA CONTENZIONE

L'utilizzo della contenzione è anzitutto vincolato a specifici obblighi di ottemperanza derivanti dalla Costituzione, in cui i principali riferimenti giuridici in materia sono rappresentati dagli articoli 3¹⁷², 13¹⁷³, 32¹⁷⁴ della carta costituzionale, i quali realizzano il

¹⁷⁰ Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani presieduta dal Presidente Manconi, *La contenzione meccanica, Audizione del consigliere Daniele Piccione sulla "contenzione meccanica"*, 94° seduta, cit.

¹⁷¹ Legge n. 354 del 26 luglio 1975 *Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà*, art. 41 *Impiego della forza fisica e uso dei mezzi di coercizione*:

"Non è consentito l'impiego della forza fisica nei confronti dei detenuti e degli internati se non sia indispensabile per prevenire o impedire atti di violenza, per impedire tentativi di evasione o per vincere la resistenza, anche passiva, all'esecuzione degli ordini impartiti.

Il personale che, per qualsiasi motivo, abbia fatto uso della forza fisica nei confronti dei detenuti o degli internati, deve immediatamente riferirne al direttore dell'istituto il quale dispone, senza indugio, accertamenti sanitari e procede alle altre indagini del caso.

Non può essere usato alcun mezzo di coercizione fisica che non sia espressamente previsto dal regolamento e, comunque, non vi si può far ricorso a fini disciplinari ma solo al fine di evitare danni a persone o cose o di garantire la incolumità dello stesso soggetto. L'uso deve essere limitato al tempo strettamente necessario e deve essere costantemente controllato dal sanitario.

Gli agenti in servizio nell'interno degli istituti non possono portare armi se non nei casi eccezionali in cui ciò venga ordinato dal direttore".

¹⁷² Art. 3, Cost.: "Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali.

diritto all'autodeterminazione, il diritto all'invulnerabilità della libertà personale ed il diritto alla salute ed alla dignità. A tal riguardo, esiste un fondato dibattito¹⁷⁵ circa il fatto che la contenzione debba essere considerata un atto prevalentemente sanitario, trovando perciò fondamento nell'art. 32 Cost., oppure un atto sostanzialmente inerente la libertà personale e pertanto fondato sull'art. 13¹⁷⁶ Cost.; in ogni caso si ribadisce come si tratti di un atto privo di vera e propria legittimità giuridica, in quanto non puntualmente previsto né regolamentato dalla legge¹⁷⁷.

Specificamente, l'art. 13 comma 4 prevede la punizione di ogni forma di violenza fisica e morale nei confronti delle persone sottoposte ad una restrizione della loro libertà personale, come può verosimilmente accadere attraverso l'adozione della contenzione; esso, inoltre, introduce limiti più stringenti rispetto all'art. 32, contemplando al comma 2 le due garanzie essenziali a presidio della libertà del singolo, ovvero una riserva di legge assoluta ed una riserva di giurisdizione: non è ammessa alcuna forma di limitazione della libertà personale, se non subordinatamente ad uno specifico atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi rigorosamente previsti dalla legge.

Le ipotesi eccezionali di necessità ed urgenza al ricorre delle quali è possibile limitare la libertà fisica dell'individuo e cui si riferisce il comma 3 dell'art. 13 Cost., sono assistite da garanzie ancor più rigide, postulando la previa adozione provvisoria del provvedimento restrittivo da parte della autorità di pubblica sicurezza e la successiva convalida dell'autorità giudiziaria.

L'art. 32, diversamente, introduce al comma 2 una riserva di legge relativa in forza della quale "nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per

E' compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese".

¹⁷³ Art. 13, Cost., cit.

¹⁷⁴ Art. 32, Cost., cit.

¹⁷⁵ Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani presieduta dal Presidente Manconi, *La contenzione meccanica, Audizione del Professor Bernardo Carpiello, presidente eletto della Società Italiana di Psichiatria, sulla contenzione*, 97° seduta, 25/05/2016.

¹⁷⁶ Corte Cost., sent. n. 30 del 27/03/1962: il diritto alla libertà personale tutelato dall'art. 13 Cost. è da intendersi non soltanto nel significato più certo e storicamente consolidato di habeas corpus e di libertà dagli arresti, quanto piuttosto nel significato più ampio di libertà dalla sottoposizione a coercizioni di qualunque tipo. La tutela costituzionale si estende, quindi, ad ogni forma di coercizione, anche non fisica, che leda la dignità della persona. <http://www.giurcost.org/decisioni/1962/0030s-62.html>

¹⁷⁷ MASSA M., *Diritti fondamentali e contenzione nelle emergenze psichiatriche*, in *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 2013, 35, 1, pag. 179-207.

disposizione di legge”, cui è fatto divieto, in ogni caso, di oltrepassare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

Dal dettato costituzionale, dunque, si evince¹⁷⁸ che la contenzione, in quanto atto certamente capace di determinare una restrizione della libertà personale, non può tradursi in una mera prassi, costituendo piuttosto strumento da adottare come extrema ratio e funzionale a fronteggiare una situazione di emergenza, con l’obiettivo ultimo di garantire al soggetto interessato di recuperare la propria piena capacità di autodeterminarsi; al fine di addivenire ad una possibile legittimazione¹⁷⁹ della contenzione, pertanto, sarebbe indispensabile introdurre nell’ordinamento giuridico una norma in grado di soddisfare pienamente le riserve di legge imposte dalla Costituzione, senza peraltro trascurare la necessità di rafforzare contemporaneamente le garanzie giurisdizionali, onde contrastare l’abuso delle condotte di contenzione.

8.2 LA PRINCIPALE ARGOMENTAZIONE A SOSTEGNO DELLA LICEITÀ DELLA CONTENZIONE: L’ARTICOLO 54 DEL CODICE PENALE

Posto che nell’ordinamento italiano non esiste alcuna disposizione di legge che esplicitamente autorizzi l’uso della contenzione, il tramite attraverso cui si tenta di legittimarla è costituito dallo stato di necessità ex art. 54 c.p., sussistente allorché il danno o il pericolo a cui si espone il paziente sia proporzionato a quelli che ci si prefigge di evitare attuando proprio la contenzione.

Dunque, potendosi ricorrere alla medesima esclusivamente quale extrema ratio laddove altri mezzi meno invasivi non siano realisticamente efficaci e ribadendosi il carattere di eccezionalità, al di fuori di queste specifiche ipotesi l’impiego della misura coercitiva, in particolare nei confronti di quei soggetti destinatari di trattamenti psichiatrici involontari, non può ritenersi lecito. Eventualmente, potrà essere giustificato nei casi di estrema emergenza, mediante appunto l’applicazione dello stato di necessità di cui all’art. 54 c.p.

Affinché possa richiamarsi tale stato di necessità, non è sufficiente che il pericolo attuale ed imminente di un grave danno alla salute sia soltanto meramente probabile o temuto, dovendo

¹⁷⁸ Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani presieduta dal Presidente Manconi, *La contenzione meccanica, Audizione del consigliere Daniele Piccione sulla “contenzione meccanica”*, 94^o seduta, cit.

¹⁷⁹ DODARO G., *Il problema della legittimità giuridica dell’uso della forza fisica o della contenzione meccanica nei confronti del paziente psichiatrico aggressivo o a rischio suicidario*, in *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 2011, pag. 1483-1518.

piuttosto essere non altrimenti evitabile sulla base di una valutazione dei fatti oggettivamente riscontrati e non accertati in via meramente presuntiva¹⁸⁰.

Lo stato di necessità opera così come esimente o causa di giustificazione: ciò significa che un comportamento astrattamente qualificabile come illecito, laddove sia posto in essere per la necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, non comporta alcuna responsabilità (civile, penale o amministrativa) a carico dell'autore della condotta, valendo l'art. 54 c.p. a scriminare quelle forme di contenimento del soggetto assistito strettamente necessarie per contrastare una situazione critica improvvisa ed acuta. E' insito nel concetto stesso di necessità che si tratti di un accadimento imprevedibile ed eccezionale, tale da non consentire alcuna tempestiva reazione con gli ordinari mezzi legittimi; a tal proposito, la scienza costituzionalistica¹⁸¹ ha avuto più volte occasione di dimostrare il legame diretto con le situazioni di urgenza e straordinarietà, caratteristiche queste ultime che concorrono a definire le condizioni limite entro la cornice delle quali ammettersi, sia pur limitatamente, comportamenti che altrimenti l'ordinamento giuridico non potrebbe considerare validi, legittimi o leciti. Ne discende che l'art. 54 c.p. non può operare se il fatto è assolutamente sproporzionato rispetto al pericolo o il danno possa essere evitato attraverso una pratica meno invasiva, né può essere convenientemente invocato nel vano tentativo di giustificare malintese e surrettizie funzioni custodiali del paziente¹⁸².

Devono quindi sussistere alcuni presupposti affinché possa rilevare tale scriminante, in particolare:

- l'evidenza di un pericolo attuale, ossia la possibilità che si verifichi l'evento temuto deve essere concreta;
- il pericolo deve riguardare un danno grave alla vita o all'integrità della persona¹⁸³;

¹⁸⁰ Cass. Pen., Sez. V, sent. n. 28704 del 14/04/2015 (in CED Cassazione penale, 2015).

Ai fini dell'integrazione dell'esimente dello stato di necessità, è necessario che il pericolo di un danno grave alla persona sia attuale ed imminente, o comunque idoneo a fare 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; inoltre, si deve trattare di un pericolo non altrimenti evitabile sulla base di fatti oggettivamente riscontrati e non accertati solo in via presuntiva. Nella specie, la Suprema Corte ha ritenuto immune da censure la decisione con cui il giudice di appello ha affermato la sussistenza dello stato di necessità nei confronti degli imputati di sequestro di persona e omicidio colposo, i quali avevano solo parzialmente immobilizzato e comunque assoggettato a continuo monitoraggio un paziente sottoposto a TSO e ricoverato in permanente stato di agitazione psicomotoria caratterizzata da atteggiamenti aggressivi contro i presenti e contro sé stesso.

¹⁸¹ Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani presieduta dal Presidente Manconi, *La contenzione meccanica, Audizione del consigliere Daniele Piccione sulla "contenzione meccanica"*, 94° seduta, cit.

¹⁸² *Ibidem*.

¹⁸³ Regione del Veneto, *Linee di indirizzo regionali per la contenzione fisica del paziente nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura: prevenzione, monitoraggio e modello di procedura operativa*, cit., pag. 5:

- la gravità del danno minacciato deve potersi stabilire su basi oggettive;
- l'inevitabilità del fatto dannoso;
- la non volontarietà nella causazione del pericolo stesso da parte dell'agente.

In presenza di questi presupposti, il ricorso alla contenzione è giustificato dall'evidenza che solo con il mezzo coercitivo, purché proporzionato al pericolo da scongiurare, può evitarsi il danno. L'accertamento circa la sussistenza dei requisiti di applicazione dello stato di necessità spetta sempre all'autorità giudiziaria, e non all'autorità amministrativa che tenti di delimitarne o specificarne i contorni prima che la condizione di necessità si verifichi.

A fronte della funzione svolta dall'art. 54 c.p., ovvero di mero presidio "cautelare", a causa dell'intrinseca invasività della libertà individuale e dell'integrità fisica che ne deriva, la liceità della contenzione non discende automaticamente dalla posizione di garanzia occupata dal medico psichiatra, gravandolo così sia di obblighi di protezione che di controllo rispetto al paziente¹⁸⁴, ma deve imprescindibilmente fondarsi sui presupposti summenzionati di cui all'art. 54 c.p.

In conclusione, dal punto di vista logico, formale e giuridico bisogna riconoscere¹⁸⁵ che l'art. 54 c.p. non può intendersi come clausola generale ed astratta di giustificazione, ma può entrare in gioco soltanto in casi puntuali, concreti ed eccezionali di gravità in cui l'uso coscienzioso della contenzione permette di garantire la sicurezza e l'incolumità della persona interessata, di chi l'assiste o di qualunque altro soggetto terzo¹⁸⁶.

nell'ipotesi in cui il pericolo di un danno grave alla persona minacci soggetti terzi, si suole parlare di "soccorso necessitato".

¹⁸⁴ Cass. Pen., Sez. IV, sent. n. 33609 del 14/06/2016 (in Guida al diritto 2016, 40, 81). Il medico psichiatra è titolare di una posizione di garanzia nei confronti del paziente, anche se questi non sia sottoposto a ricovero coatto, e ha, pertanto, l'obbligo, quando sussista il concreto rischio di condotte autolesive, anche suicide, di apprestare specifiche cautele. La vicenda concerne il medico psichiatra in servizio presso un reparto di neuropsichiatria cui era stato addebitato il reato di omicidio colposo in danno di una paziente, per non avere adottato adeguate misure di protezione secondo le linee guida più riconosciute, oltre che una stretta sorveglianza, sì da avere consentito che la paziente, con diagnosi di disturbo bipolare in fase depressiva caratterizzata da depressione del tono dell'umore con ideazione negativa a sfondo suicidiario, si potesse allontanare dalla stanza in cui era ricoverata raggiungendo l'impalcatura allestita all'esterno della struttura ospedaliera da cui, poi, si era lasciata cadere nel vuoto; a supporto dell'addebito colposo emergevano dalla cartella clinica la presenza di idee di suicidio e due precedenti tentativi di suicidio già messi in atto in passato.

¹⁸⁵ Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani presieduta dal Presidente Manconi, *La contenzione meccanica, Audizione del consigliere Daniele Piccione sulla "contenzione meccanica"*, 94^o seduta, cit.

¹⁸⁶ TOZZO P., *Il diritto di non essere "legati": la liceità della contenzione in ambito clinico – assistenziale*, cit., pag. 164.

8.3 LA RILEVANZA PENALE DELLA CONTENZIONE

Nella legislazione ordinaria assumono rilievo alcune interpretazioni dottrinali e giurisprudenziali inerenti le conseguenze di rilevanza penalistica¹⁸⁷ derivanti dalla contenzione, il cui ricorso inappropriato potrebbe configurare diverse fattispecie di reato¹⁸⁸.

In particolare, l'impiego dell'atto contenitivo ingiustificato per motivazione o per durata è suscettibile di tradursi nei reati di "violenza privata" ex art. 610 c.p., "sequestro di persona" ex art. 605 c.p., "maltrattamenti contro familiari o conviventi" ex art. 572 c.p., "abuso dei mezzi di correzione o di disciplina" ex art. 571 c.p.

Nell'ipotesi in cui, invece, il paziente riporti lesioni psicofisiche direttamente imputabili all'uso illegittimo dei mezzi coercitivi o si verifichi addirittura la morte del paziente stesso a causa dell'applicazione dei mezzi di contenzione, si incorre allora nelle fattispecie di reato di cui all'art. 591 c.p. "abbandono di persone incapaci", art. 590 c.p. "lesioni personali colpose", art. 589 c.p. "omicidio colposo", art. 586 c.p. "morte o lesioni come conseguenza di altro delitto", art. 582 c.p. "lesioni personali", art. 581 c.p. "percosse".

In ordine a tali fattispecie delittuose restano comunque salve le previsioni dell'ordinamento penale inerenti le eventuali esimenti di cui agli articoli 52 e 54 c.p. relative rispettivamente alla legittima difesa ed allo stato di necessità e in grado di escludere la punibilità del medico che attua la contenzione, oltre alla scriminante di cui all'art. 51 c.p.¹⁸⁹ concernente l'esercizio di un diritto o l'adempimento di un dovere; resta altresì salva la previsione di cui all'art. 40 c.p.¹⁹⁰, per cui il professionista sanitario sarebbe responsabile per gli effetti negativi derivanti dalla sua condotta omissiva adottata di fronte ad un comportamento del paziente idoneo a mettere in pericolo la propria e/o l'altrui incolumità, sul presupposto che non intervenire per

¹⁸⁷ SALE C., *Analisi penalistica della contenzione del paziente psichiatrico*, 27/04/2014, pag. 8 e seguenti. https://archivioldpc.dirittopenaleuomo.org/upload/1397728933SALE_2014.pdf

¹⁸⁸ Regione Emilia-Romagna, *Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale*, cit., pag. 13.

¹⁸⁹ Art. 51 c.p. *Esercizio di un diritto o adempimento di un dovere*. "L'esercizio di un diritto o l'adempimento di un dovere imposto da una norma giuridica o da un ordine legittimo della pubblica Autorità, esclude la punibilità. Se un fatto costituente reato è commesso per ordine dell'Autorità, del reato risponde sempre il pubblico ufficiale che ha dato l'ordine.

Risponde del reato altresì chi ha eseguito l'ordine, salvo che, per errore di fatto, abbia ritenuto di obbedire a un ordine legittimo.

Non è punibile chi esegue l'ordine illegittimo, quando la legge non gli consente alcun sindacato sulla legittimità dell'ordine".

¹⁹⁰ Art. 40 c.p. *Rapporto di causalità*. "Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se l'evento dannoso o pericoloso, da cui dipende la esistenza del reato, non è conseguenza della sua azione od omissione.

Non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo".

impedire un evento equivale a cagionarlo; conseguentemente, i medici hanno l'obbligo di proteggere il paziente con tutti i mezzi possibili.

9. I RIFERIMENTI SOVRANAZIONALI ALLA CONTENZIONE

In ambito sovranazionale¹⁹¹ sono numerosi i documenti, dotati di forza diversa in termini di vincolo normativo, che assumono rilevanza in ordine alla protezione dei diritti di quei soggetti, soprattutto pazienti psichiatrici, sottoposti a contenzione in ambito sanitario assistenziale.

Anzitutto, a livello europeo il Parlamento ed il Consiglio d'Europa hanno elaborato alcune raccomandazioni¹⁹² in materia di contenzione meccanica in psichiatria. Probabilmente, la più importante è la Raccomandazione (Rac) 10 del 2004 del Comitato dei Ministri diretta agli Stati membri e concernente la tutela dei diritti umani e della dignità delle persone affette da disturbi mentali, approvata il 22 settembre 2004¹⁹³. Questa Raccomandazione, pubblicata insieme ad un rapporto redatto dagli uffici del Segretario Generale e contenente varie indicazioni interpretative non vincolanti fondate sui lavori preparatori, rappresenta in realtà il punto di arrivo di una lunga riflessione avviata già nel 1994 attraverso la Raccomandazione 1235. La Raccomandazione 10 ha lo scopo di migliorare la tutela della dignità, dei diritti umani e delle libertà fondamentali delle persone affette da disturbi mentali, in particolare quelle sottoposte ad un trattamento involontario, senza peraltro limitare la possibilità per uno Stato membro di accordare a questi soggetti una più ampia misura di tutela rispetto a quella stabilita dalla Raccomandazione stessa.

Essa proibisce qualunque forma di discriminazione basata sul disturbo mentale, dovendosi assicurare a chi ne è affetto la possibilità di esercitare pienamente i propri diritti civili e politici. Altresì, si precisa come sia compito degli Stati membri promuovere la salute mentale

¹⁹¹ TOZZO P., *Il diritto di non essere "legati": la liceità della contenzione in ambito clinico – assistenziale*, cit., pag. 164.

¹⁹² Assemblea Parlamentare Europea:

-Raccomandazione 4 (1999) sui principi riguardanti la tutela giuridica degli adulti, adottata il 23 febbraio 1999;

-Raccomandazione 1235 (1994) su psichiatria e diritti umani, approvata il 14 aprile 1994;

-Raccomandazione 2 (1983) riguardante la protezione giuridica delle persone sofferenti di disturbi mentali ricoverate come pazienti non volontari, adottata il 22 febbraio 1983.

¹⁹³ Council of Europe, *Recommendation Rec (2004) 10 of the Committee of Ministers to member States concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder and its Explanatory Memorandum*, 22/09/2004.

https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/08_Psychiatry_and_human_rights_en/Rec%282004%2910%20EM%20E.pdf

incoraggiando lo sviluppo di appositi programmi volti a migliorare la consapevolezza pubblica su prevenzione, diagnosi e trattamento dei disagi psichici.

Rileva soprattutto il capitolo III della Raccomandazione, inerente all'individuazione dei criteri sia per la collocazione involontaria ed il ricovero coatto presso istituti psichiatrici, sia per il trattamento involontario dei disturbi mentali, definendo all'art. 20 le procedure per assumere la relativa decisione. In particolare, per applicare il TSO è necessario che la persona rappresenti un rischio significativo per l'incolumità propria o altrui, sottolineandosi la finalità terapeutica del trattamento stesso, rispetto al quale deve previamente accertarsi la mancanza di alternative medico-curative meno restrittive.

Ai fini della presente trattazione, appare opportuno mettere in evidenza, all'interno del capitolo V, l'art. 27¹⁹⁴, rubricato "Isolamento e contenzione", il quale sottolinea che il ricorso alla contenzione o all'isolamento deve avvenire soltanto in istituti appropriati e allo scopo precipuo di prevenire ogni danno imminente alla persona interessata e/o a soggetti terzi, garantendosi ad ogni modo il rispetto del principio della minima restrizione e della proporzionalità della misura adottata ai rischi eventuali. Inoltre, il ricorso alle summenzionate misure limitative della libertà personale, le cui ragioni e la cui durata devono essere annotate in apposito fascicolo medico dell'interessato, deve aver luogo sotto stretto e regolare controllo medico, non potendosi mai prescindere dal costante monitoraggio della persona sottoposta alla misura di contenzione o di isolamento.

Sempre in ambito europeo, pur non trattando direttamente il tema della contenzione, merita comunque attenzione la Convenzione del Consiglio d'Europa rubricata "Convenzione per la protezione dei Diritti dell'Uomo e della dignità dell'essere umano nei confronti dell'applicazione della biologia e della medicina: Convenzione sui Diritti dell'Uomo e la biomedicina", tenutasi ad Oviedo in data 4 aprile 1997. Specificamente, l'art. 7¹⁹⁵, al ricorrere

¹⁹⁴ Raccomandazione Rac (2004) 10 del Comitato dei Ministri agli Stati membri sulla tutela dei diritti umani e della dignità delle persone affette da disturbi mentali, art. 27 *Isolamento e contenzione*: "Il ricorso all'isolamento o alla contenzione deve avvenire solo in istituti appropriati, nel rispetto del principio di minima restrizione, al fine di prevenire ogni danno imminente per la persona interessata o per altri, e restare sempre proporzionato ai rischi eventuali. Il ricorso a tali misure deve avere luogo solo sotto stretto controllo medico, e deve essere messo per iscritto in maniera adeguata. Inoltre:

- i. La persona oggetto di una misura di isolamento o di contenzione deve beneficiare di un monitoraggio regolare;
- ii. Le ragioni del ricorso a tali misure, e la durata dell'applicazione di esse, devono essere scritte nel fascicolo medico della persona ed in un registro.

Questo articolo non si applica alla contenzione momentanea".

¹⁹⁵ *Convenzione per la protezione dei Diritti dell'Uomo e della dignità dell'essere umano nei confronti dell'applicazione della biologia e della medicina: Convenzione sui Diritti dell'Uomo e la biomedicina*, art. 7 *Tutela delle persone che soffrono di un disturbo mentale*: "La persona che soffre di un disturbo mentale grave

di specifiche circostanze tra cui la necessità di evitare un pregiudizio all'integrità psicofisica del soggetto, introduce una deroga al principio del consenso libero e informato disciplinato dall'art. 5¹⁹⁶ laddove esso sia espresso da persone affette da disturbi mentali. Nelle situazioni di urgenza cui si riferisce l'art. 8¹⁹⁷ si ammettono gli interventi immediati e indispensabili per garantire la salute del soggetto, pur in assenza del suo idoneo consenso.

Da ultimo, laddove siano in gioco i diritti di terzi o la sicurezza pubblica, trova applicazione la clausola generale di cui all'art. 26¹⁹⁸, secondo cui le leggi nazionali possono derogare alle garanzie convenzionali soltanto nei limiti consentiti dai principi generali del diritto umanitario internazionale, tra cui quelli fondamentali di legalità, necessità e proporzionalità.

Ancora, la Convenzione europea per i diritti dell'uomo, occupandosi della questione della contenzione in ambito sanitario e pur senza giungere a dichiararne l'illegittimità, in numerose occasioni ha avuto modo di ribadire come debba trattarsi di una pratica assolutamente eccezionale, previamente autorizzata coscienziosamente da un medico ed opportunamente documentata quanto a modalità di attuazione, motivazione e durata¹⁹⁹. Nello stesso senso si è espressa l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), specificamente in alcuni documenti

non può essere sottoposta, senza il proprio consenso, a un intervento avente per oggetto il trattamento di questo disturbo se non quando l'assenza di un tale trattamento rischia di essere gravemente pregiudizievole alla sua salute e sotto riserva delle condizioni di protezione previste dalla legge comprendenti le procedure di sorveglianza e di controllo e le vie di ricorso”.

¹⁹⁶ *Convenzione per la protezione dei Diritti dell'Uomo e della dignità dell'essere umano nei confronti dell'applicazione della biologia e della medicina: Convenzione sui Diritti dell'Uomo e la biomedicina*, art. 5 *Consenso-regola generale*: “Un intervento nel campo della salute non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato consenso libero e informato.

Questa persona riceve innanzitutto una informazione adeguata sullo scopo e sulla natura dell'intervento e sulle sue conseguenze e i suoi rischi.

La persona interessata può, in qualsiasi momento, liberamente ritirare il proprio consenso”.

¹⁹⁷ *Convenzione per la protezione dei Diritti dell'Uomo e della dignità dell'essere umano nei confronti dell'applicazione della biologia e della medicina: Convenzione sui Diritti dell'Uomo e la biomedicina*, art. 8 *Situazioni d'urgenza*: “Allorquando in ragione di una situazione d'urgenza, il consenso appropriato non può essere ottenuto, si potrà procedere immediatamente a qualsiasi intervento medico indispensabile per il beneficio della salute della persona interessata”.

¹⁹⁸ *Convenzione per la protezione dei Diritti dell'Uomo e della dignità dell'essere umano nei confronti dell'applicazione della biologia e della medicina: Convenzione sui Diritti dell'Uomo e la biomedicina*, art. 26 *Restrizione all'esercizio dei diritti*, comma 1: “L'esercizio dei diritti e le disposizioni di tutela contenute nella presente Convenzione non possono essere oggetto di altre restrizioni all'infuori di quelle che, previste dalla legge, costituiscono delle misure necessarie, in una società democratica, alla sicurezza pubblica, alla prevenzione delle infrazioni penali, alla protezione della salute pubblica o alla protezione dei diritti e libertà altrui”.

¹⁹⁹ TOZZO P., *Il diritto di non essere “legati”: la liceità della contenzione in ambito clinico – assistenziale*, cit., pag. 164-165.

del 1996^{200,201} attraverso i quali ha cercato di enfatizzare la necessità di scoraggiare e di prevenire il ricorso alla contenzione meccanica, la quale, qualificandosi come *extrema ratio*, può avere durata limitata a poche ore. Tuttavia, più recentemente, nel 2017, la stessa OMS ha ritenuto che la contenzione debba essere considerata pratica dotata di caratteristiche tali per cui essa viola i diritti umani fondamentali²⁰².

Infine, la Dichiarazione conclusiva della Conferenza ministeriale dell'OMS sulla salute mentale tenutasi ad Helsinki nel gennaio 2005 in occasione della quale si sono riuniti i Ministri della Sanità di 52 Paesi della Regione europea della OMS²⁰³, così come la Risoluzione del Parlamento Europeo del 2006, nota come Risoluzione Bowis²⁰⁴, richiamando al rispetto dei diritti umani delle persone malate di mente, fra cui il fondamentale diritto all'autonomia, pervengono a chiedere esplicitamente ai vari governi in primo luogo di impegnarsi ad offrire cure efficaci che siano in grado di rispettare le preferenze personali dei pazienti, e secondariamente di introdurre o rafforzare le leggi o i regolamenti in modo da garantire standard di cura adeguati, ponendo così fine ad eventuali interventi inumani e degradanti. Con riguardo specifico alla contenzione, la Risoluzione Bowis ritiene che “vada evitata qualsiasi forma di restrizione della libertà personale, in particolar modo le contenzioni, per le quali sono necessari il monitoraggio, il controllo e la vigilanza delle istituzioni democratiche, a garanzia dei diritti della persona”²⁰⁵, sostenendo in chiusura che il ricorso alla forza e alla somministrazione coatta dei farmaci, pur subordinatamente ad una convalida dell'autorità civile, sia controproducente²⁰⁶. Può dunque notarsi²⁰⁷ come tali ultimi documenti mettano in risalto lo stretto legame tra efficacia terapeutica e rispetto dei diritti e della dignità della persona: la pratica e la cultura dell'istituzionalizzazione vengono condannate, poiché il

²⁰⁰ World Health Organization, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, *Guidelines for the promotion of human rights of persons with mental disorders*, 1996. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41880>

²⁰¹ World Health Organization, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, *Mental health care law: ten basic principles: with annotations suggesting selected actions to promote their implementation*, 1996. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63624>

²⁰² World Health Organization, *Strategies to end the use of seclusion, restraint and other coercive practices: WHO Quality Rights training to act, unite and empower for mental health (pilot version)*, cit.

²⁰³ Organizzazione Mondiale della Sanità, Conferenza Ministeriale europea sulla Salute mentale, *Dichiarazione sulla Salute mentale per l'Europa; Affrontare le sfide, creare le soluzioni*, Helsinki (Finlandia), gennaio 2005.

²⁰⁴ BOWIS J., *Migliorare la salute mentale della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione europea*, Risoluzione del Parlamento Europeo (Risoluzione Bowis), 2006, 2058(INI).

²⁰⁵ BOWIS J., *Migliorare la salute mentale della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione europea*, cit., punto 34.

²⁰⁶ BOWIS J., *Migliorare la salute mentale della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione europea*, cit., punto 33.

²⁰⁷ Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), *La contenzione: problemi bioetici*, cit., pag. 7.

mancato rispetto dei diritti fondamentali non configura solo una lesione personale, ma anche uno dei fattori di aggravamento della patologia psichica.

9.1 LA POSIZIONE DEL CPT IN MATERIA DI CONTENZIONE

Anche il Comitato europeo per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti (CPT) del Consiglio d'Europa ha espresso il proprio parere in tema di contenzione²⁰⁸. Nel suo ottavo rapporto generale riguardante l'anno 1997, il CPT ha esaminato la questione concernente il collocamento involontario in istituti psichiatrici per adulti dei soggetti affetti da disturbi mentali, formulando alcune osservazioni²⁰⁹ inerenti la contenzione dei pazienti agitati e/o violenti.

In linea di principio, il CPT ritiene che gli ospedali debbano essere luoghi sicuri e "umani", sia per il personale che per i pazienti psichiatrici, i quali devono essere trattati con dignità e rispetto prendendo in considerazione specifica la loro volontà ed il loro diritto all'autodeterminazione, posto che l'assenza di violenze ed abusi sia nei confronti del paziente da parte del personale sanitario, sia tra gli stessi pazienti, costituisce un'esigenza minimale. Dopo aver constatato che spesso i membri dell'equipe non sono sufficientemente preparati per gestire i pazienti psichiatrici con crisi di aggressività, il CPT reputa essenziale che il personale possa beneficiare di adeguata formazione e appropriato inquadramento al fine di saper raccogliere in modo conforme all'etica la "sfida" che pone un paziente psichiatrico agitato e/o violento. Difatti, immobilizzarlo adeguatamente non rappresenta assolutamente compito facile per l'operatore sanitario, motivo per cui dovrebbero essere organizzati dei corsi di formazione continua volti ad assicurare che il personale non soltanto comprenda l'impatto che verosimilmente può avere l'utilizzo dei mezzi di contenzione meccanica, ma anche sappia come prendersi cura del soggetto che vi è sottoposto.

Premesso ciò e considerato che il metodo della persuasione rappresenta la scelta privilegiata dal CPT per gestire la crisi del paziente psichiatrico, esso non si esime dal riconoscere che il ricorso alla forza fisica risulta talvolta inevitabile per assicurare la sicurezza del paziente stesso, del personale e dei soggetti terzi, ed altresì che in numerosi istituti psichiatrici l'impiego dei mezzi di contenzione limitativi della libertà personale e di movimento può divenire talvolta necessario.

²⁰⁸ Comitato europeo per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti (CPT), *Mezzi di contenzione in istituti psichiatrici per adulti*, cit.

²⁰⁹ *Ibidem*.

In generale, secondo il CPT, la misura di contenimento scelta per un paziente deve essere sempre quella più proporzionata, escludendosi l'applicazione automatica dei mezzi di contenzione meccanica o chimica poiché ingiustificata ove sia sufficiente un breve periodo di controllo manuale, in combinazione ad alcune scrupolose tecniche psicologiche per calmare il paziente.

A seguito della disamina di alcuni tipici sistemi di contenzione, il CPT giunge ad affermare come essi siano spesso inadatti allo scopo o addirittura considerati degradanti ed illegittimi nella pratica psichiatrica, ad esempio nel caso di impiego di manette e catene in metallo, constatando invece il costante declino dell'uso dei cosiddetti letti-gabbia, diffuso fino a pochi anni fa in un numero considerevole di Paesi. Per quanto concerne poi i mezzi di contenzione farmacologica, essi dovrebbero essere accompagnati dalle medesime garanzie fornite in caso di utilizzo dei mezzi di contenzione meccanica, tenendo inoltre costantemente presenti gli eventuali effetti collaterali secondari che i farmaci potrebbero avere sul paziente.

Il CPT constata altresì che, nonostante il paziente non possa essere sottoposto a contenzione se non laddove essa rappresenti la misura estrema, in realtà il mezzo di contenimento viene frequentemente adottato come metodo per indurre un cambiamento di comportamento, oltre che come strumento di comodo per il personale, permettendo di immobilizzare pazienti difficilmente gestibili durante il compimento di altre mansioni; inevitabilmente accade che la penuria di personale obblighi ad un maggior ricorso ai mezzi coercitivi.

Ancora, se è vero che, non appena la situazione di emergenza che ha comportato l'applicazione della contenzione meccanica cessa il soggetto deve essere immediatamente liberato, una delle ragioni principali per cui pratiche coercitive perdurano è che non tutti gli istituti psichiatrici hanno provveduto a definire chiare linee guida e regole precise circa la durata della contenzione; gli SPDC dovrebbero dunque accordarsi per adottare una regola generale secondo la quale l'autorizzazione a contenere decade trascorso un certo periodo di tempo, salvo espressa e giustificata previsione di prolungamento da parte del medico.

Conclusivamente, la rigorosa registrazione nella cartella clinica ed in apposito registro di tutti i casi di impiego della contenzione (specificando inizio e fine, circostanze e ragioni dell'utilizzo) consentirebbe di fornire alla direzione dell'istituto psichiatrico un quadro dell'ampiezza e della frequenza del fenomeno, potendo rivelarsi utile finanche la prassi di inviare regolarmente i relativi rapporti ad un organo di controllo esterno, come un servizio d'ispezione sanitaria, espediente quest'ultimo che permetterebbe di monitorare le pratiche di contenzione a livello regionale e nazionale, facilitando conseguentemente una migliore gestione della problematica.

Il CPT conclude la sua relazione raccomandando di limitare i mezzi di contenzione “ad un minimo vitale” e di garantirne l’interruzione nel minor tempo possibile, il che presuppone un cambiamento culturale all’interno di numerosi istituti psichiatrici.

Nel 2017 il CPT ha pubblicato un ulteriore documento sulla contenzione²¹⁰ in cui ha aggiunto che i relativi mezzi, applicati rispettando i principi di necessità, legalità, proporzionalità e responsabilità, devono intendersi come misure cautelative prive di finalità terapeutica; le varie modalità di impiego della contenzione assieme ai criteri per applicarle dovrebbero essere rigorosamente stabiliti per legge, tornando infine a ribadire che la contenzione non può rappresentare uno strumento punitivo od una valida soluzione per affrontare problematiche organizzative inerenti la carenza di personale o l’incapacità di prestare adeguata assistenza.

9.2 LA LETTERATURA INTERNAZIONALE SULLA CONTENZIONE

Per quanto riguarda la letteratura internazionale in materia di contenzione²¹¹, all’inizio degli anni ’90 si è frequentemente lamentata^{212,213} l’insufficiente attenzione dedicata al tema nell’ambito della letteratura psichiatrica, mentre negli ultimi decenni i contributi dedicati all’argomento sembrano essere divenuti più consistenti. In linea generale, appare possibile osservare²¹⁴ come nella letteratura a livello internazionale sia confermata una certa preoccupazione in merito all’uso della contenzione meccanica, ribadendosi sovente il carattere di eccezionalità e la necessità di incrementare gli sforzi per evitarla e prevenirla attraverso interventi formativi specifici inerenti il rispetto del paziente e la gestione del comportamento violento.

Una recente revisione²¹⁵ ha permesso di documentare una situazione molto diversificata tra i diversi Paesi europei, poiché, ad esempio, la contenzione meccanica, in quanto considerata pratica non etica, è praticamente inutilizzata in Gran Bretagna, dove risulta soppiantata dalla

²¹⁰ European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT), *Means of restraint in psychiatric establishments for adults*, 21/03/2017, (CPT/Inf(2017) 6).

²¹¹ PELOSO P.F., CAPPELLARI L., DE ROSA C., FERRANNINI L., PERCUDANI M.E., *Raccomandazioni inerenti la contenzione fisica*, cit., pag. 3.

²¹² BEGIN S., *Isolement et contentions: revue de littérature et focus sur leurs impacts et les normes qui les régissent*, *The Canadian Journal of Psychiatry*, 12/1991, 36, pag. 752-759.

²¹³ FISHER WA., *Restraint and seclusion: a review of the literature*, *The American Journal of Psychiatry*, 1994, 151, pag. 1584-1591.

²¹⁴ PELOSO P.F., CAPPELLARI L., DE ROSA C., FERRANNINI L., PERCUDANI M.E., *Raccomandazioni inerenti la contenzione fisica*, cit., pag. 3.

²¹⁵ STEINERT T., LEPPING P., BERNHARDSGRÜTTER R., CONCA A., HATLING T., JANSSEN W., KESKI-VALKAMA A., MAYORAL F., WHITTINGTON R., *Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends*, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2010, 45, pag. 889–897.

contenzione manuale e dall'isolamento; la contenzione meccanica, invece, è più diffusa in altri Paesi tra cui l'Olanda, in cui viene utilizzata con maggior frequenza essendo concepita come meno invasiva e lesiva della libertà personale rispetto alla somministrazione coattiva di farmaci, che si tende ad evitare il più possibile.

Guardando poi al panorama italiano, in cui il dibattito sulla contenzione è ripreso in maniera più accesa nell'ultimo decennio^{216,217,218} la ricerca "Progres-Acuti"²¹⁹ condotta tra il 2002 ed il 2003, e di cui si avrà modo di parlare più approfonditamente, ha rilevato come la contenzione interessi un numero affatto trascurabile di strutture psichiatriche per acuti; a tal proposito, sono presenti situazioni differenti che è possibile sostanzialmente sintetizzare all'interno di tre tipologie²²⁰:

- DSM che rifiutano a priori l'uso dello strumento della contenzione ("coordinamento degli SPDC che non legano");
- DSM che hanno messo in atto protocolli, attività formative e/o altri strumenti volti al monitoraggio, alla procedurizzazione ed alla minimizzazione della contenzione;
- DSM che, almeno sul piano formale, non sembrano aver assunto posizione rispetto a questo argomento.

10. LICEITA' E NECESSITA' DELLA CONTENZIONE ATTRAVERSO IL CONTRIBUTO DELLA GIURISPRUDENZA

Al fine di prendere in debita considerazione il fondamentale contributo della giurisprudenza in tema di contenzione, può prendersi avvio dalla vicenda giudiziaria²²¹ legata al caso Mastrogiovanni, la quale ha permesso di stimolare un rinnovato e fiorente dibattito sia nell'ambito del diritto sanitario, che in quello della medicina legale.

²¹⁶ MASSA M., *Diritti fondamentali e contenzione nelle emergenze psichiatriche*, cit., pag. 179-207.

²¹⁷ DODARO G., *Il problema della legittimità giuridica dell'uso della forza fisica o della contenzione meccanica nei confronti del paziente psichiatrico aggressivo o a rischio suicidario*, cit., pag. 1483-1528.

²¹⁸ DODARO G., FERRANNINI L., *Contenzione meccanica in psichiatria. Introduzione al focus*, in *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 2013, 35, pag. 167-178.

²¹⁹ DE GIROLAMO G., BARBATO A., BRACCO R., GADDINI A., MIGLIO R., MOROSINI P., NORCIO B., PICARDI A., ROSSI E., RUCCI P., SANTONE G., DELL'ACQUA G., *Caratteristiche e attività delle strutture di ricovero per pazienti psichiatrici acuti: i risultati dell'indagine nazionale "Progres- Acuti"*, *Italian Journal of Psychopathology*, 2007, 13, pag. 26-39.

²²⁰ PELOSO P.F., CAPPELLARI L., DE ROSA C., FERRANNINI L., PERCUDANI M.E., *Raccomandazioni inerenti la contenzione fisica*, cit., pag. 3.

²²¹ TOZZO P., *Il diritto di non essere "legati": la liceità della contenzione in ambito clinico – assistenziale*, cit., pag. 168.

Conosciuto come “il maestro più alto del mondo”, Francesco Mastrogiovanni è sottoposto a TSO in data 31 luglio 2009 a seguito di anomalie comportamentali consistenti in “agitazione psicomotoria, alterazione comportamentale ed etero aggressiva”²²².

In sede di ricovero presso il SPDC di Vallo della Lucania (provincia di Salerno) viene dapprima sedato farmacologicamente e successivamente assoggettato ininterrottamente a contenzione meccanica, “venendogli applicate fascette dotate di viti di fissaggio ai quattro arti, a mezzo delle quali veniva legato alle sbarre del letto”²²³. Il soggetto è sottoposto a contenzione per consentire di effettuare un atto d’indagine richiesto dalle Forze dell’Ordine, nella specie per espletare il prelievo delle urine al fine di accertare l’eventuale presenza di sostanze stupefacenti²²⁴. Dopo circa 87 ore di contenzione senza alcuna soluzione di continuità, il 4 agosto 2009 ne viene constatato il decesso, individuandosi la causa di morte in un edema polmonare.

I 17 professionisti sanitari, medici ed infermieri, coinvolti nella vicenda, sono stati processati per i reati di sequestro di persona ex art. 605 c.p., morte come conseguenza di altro reato ex art. 586 c.p. e, con riguardo ai soli medici, falso ideologico in atto pubblico ex art. 479 c.p.²²⁵. In primo grado, il Tribunale di Vallo della Lucania è giunto a condannare soltanto i medici, mentre la Corte d’Appello di Salerno ha condannato anche gli infermieri.

Con la sentenza n. 50497 pronunciata dalla V Sezione della Cassazione Penale in data 20 giugno 2018, si è sostanzialmente confermato il dispositivo della sentenza di appello, in particolare attraverso la statuizione della colpevolezza degli imputati per il reato di sequestro di persona²²⁶, annullando però, in quanto affetta da vizi motivazionali in ordine alla ritenuta sussistenza del nesso di causalità, la sentenza di merito con la quale sono stati ravvisati gli estremi del reato di morte come conseguenza di altro delitto nel caso in cui un paziente psichiatrico, illecitamente posto e mantenuto in regime di contenzione, sia deceduto per un edema polmonare acuto²²⁷.

Attraverso la sentenza n. 50497 del 2018, la Suprema Corte, concentrandosi in particolare sulla “natura della contenzione”, ha avuto modo di enunciare alcuni principi cardine, che di

²²² Cass. Pen., Sez. V, sent. n. 50497 del 20/06/2018, in De Jure.

²²³ *Ibidem*.

²²⁴ SALE C., *Analisi penalistica della contenzione del paziente psichiatrico*, cit., pag. 18.

²²⁵ Cass. Pen., Sez. V, sent. n. 50497 del 2018, in Ilpenalista.it, Nizza V., 20/06/2019: risponde di falso ideologico in atto pubblico il sanitario che consapevolmente ometta l’annotazione nella cartella clinica di fatti rilevanti sotto il profilo clinico, diagnostico, terapeutico ed assistenziale, avvenuti o caduti sotto la sua diretta percezione.

²²⁶ Cass. Pen., Sez. V, sent. n. 50497 del 20/06/2018, in Giurisprudenza Costituzionale 2019, 4, 2407.

²²⁷ Cass. Pen., Sez. V, sent. n. 50497 del 20/06/2018, in Foro.it., 2019, 3, II, 162.

seguito verranno enucleati. In ordine agli stessi, tuttavia, sorgono alcuni problemi interpretativi²²⁸, non essendo inequivoco se tali principi possano ritenersi dotati di portata generale, indi per cui diverrebbero invocabili ed applicabili in tutti gli ambiti di cura ed assistenza nonché a tutte le forme di contenzione, oppure se siano da intendersi validi limitatamente per quei contesti, analoghi a quello del caso Mastrogiovanni, in cui la contenzione viene applicata a soggetti incapaci di autodeterminarsi e ricoverati presso un istituto psichiatrico o una struttura geriatrica.

Il 1° principio²²⁹ enunciato dalla Corte di Cassazione evidenzia che *la contenzione costituisce pratica assistenziale-prescrittiva priva di natura medica e di finalità terapeutica*, quest'ultima propria dell'atto medico con finalità di tutela della salute e dell'incolumità fisica del paziente, trovando in tal senso copertura costituzionale nell'art. 32 Cost.²³⁰. In particolare, il rilievo per cui la contenzione, se non utilizzata con le dovute cautele, può concretamente provocare lesioni anche gravi all'organismo a causa della posizione di immobilità forzata cui è costretto il paziente, conferma che tale presidio restrittivo della libertà personale, privo della dignità propria di una pratica diagnostica o curativa legittimata ai sensi dell'art. 32 Cost. il cui uso è rimesso alla discrezionalità del medico, svolge soltanto una *mera funzione di tipo cautelare*, essendo diretto a salvaguardare l'integrità fisica del paziente o di coloro che vengono a contatto con quest'ultimo allorquando ricorra una situazione di concreto pericolo per l'incolumità dei medesimi, senza di fatto produrre materialmente l'effetto di migliorare la condizione di salute psicofisica dell'interessato.

Il 2° principio²³¹ stabilito nella sentenza n. 50497 del 2018 è che risulta *inammissibile l'applicazione della contenzione in via precauzionale* sulla base dell'astratta possibilità o della mera probabilità di un danno grave alla persona, occorrendo piuttosto che l'attualità del pregiudizio emerga dal concreto riscontro di elementi obiettivi che il sanitario deve aver cura di documentare in modo puntuale. La scriminabilità dell'applicazione della contenzione sussiste allorquando non vi sia la possibilità di salvaguardare la salute del paziente con strumenti alternativi, la cui valutazione di inidoneità è rimessa al prudente apprezzamento del medico. Quanto poi al requisito della "proporzionalità" dell'azione contenitiva rispetto al pericolo che si vuole evitare, esso concerne le modalità di applicazione della contenzione, essendo evidente che, per la sua estrema invasività, tale presidio deve essere applicato, oltre

²²⁸ TOZZO P., *Il diritto di non essere "legati": la liceità della contenzione in ambito clinico – assistenziale*, cit., pag. 168.

²²⁹ Cass. Pen., Sez. V, sent. n. 50497 del 20/06/2018, in *Giurisprudenza Costituzionale* 2019, 4, 2407.

²³⁰ Cass. Pen., Sez. V, sent. n. 50497 del 20/06/2018, in *Ilpenalista.it*, Nizza V., 20/06/2019.

²³¹ *Ibidem*.

che nei limiti dello stretto necessario, verificando, anche in conseguenza del decorso clinico, 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.

Il 3° principio²³² enunciato dalla Suprema Corte concerne la *giustificazione* all'uso della contenzione, la quale non può essere fatta discendere dalla posizione di garanzia del professionista sanitario nei confronti del paziente psichiatrico, dovendosi piuttosto ancorarne la liceità alla rigida applicazione dello *stato di necessità di cui all'art. 54 c.p.*, ossia laddove sussista il pericolo di un danno grave alla persona, paziente o qualunque altro soggetto terzo, pericolo che si presenta come attuale, imminente e non altrimenti evitabile, sulla base di fatti oggettivamente riscontrati²³³ che il sanitario è tenuto ad indicare nella cartella clinica. La valutazione dell'attualità del pericolo richiede il continuo monitoraggio del paziente, ed il medico deve dar fedelmente conto delle condizioni di quest'ultimo e delle scelte che lo riguardano nella cartella clinica, onde consentire ai sanitari che gli subentrano di disporre a loro volta di un quadro completo dell'evoluzione clinica. La Suprema Corte ha precisato, inoltre, che l'uso della contenzione in assenza dei presupposti di cui all'art. 54 c.p. costituisce un'illegittima privazione della libertà personale, integrando così gli estremi del delitto di sequestro di persona di cui all'art. 605 c.p.

Il 4° principio²³⁴ ricavabile dalla sentenza riguarda la determinazione dei *ruoli dei professionisti sanitari* ed il loro rapporto nell'applicazione e nella gestione della contenzione. La prescrizione della contenzione da parte del medico, ancorché atto privo di finalità terapeutica, si deve basare sul puntuale e ripetuto riscontro dei requisiti inerenti lo stato di necessità, sulla costante sorveglianza del paziente e sull'attenta documentazione nella cartella clinica dei provvedimenti ponderatamente prescritti ed applicati, di modo che attraverso tali annotazioni il medico possa rappresentare con trasparenza le motivazioni che lo hanno indotto ad adottare una decisione così delicata nell'interesse del paziente e possa esperirsi il controllo

²³² Cass. Pen., Sez. V, sent. n. 50497 del 20/06/2018, in Cassazione Penale 2020, 3, 1159; CED Cass. Pen. 2019; Ilpenalista.it, Nizza V., 20/06/2019.

²³³ Cass. Pen., Sez. V, sent. n. 26159 del 30/04/2010, in CED Cassazione penale 2010 e Cass. Pen. 2011, 5, 1772. Ai fini dell'integrazione dell'esimente dello stato di necessità (art. 54 c.p.) è necessario che il pericolo di un danno grave alla persona sia attuale ed imminente, o comunque idoneo a fare 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; inoltre, si deve trattare di un pericolo non altrimenti evitabile ed al riguardo l'operatività della scriminante non può "scattare" sulla base di fatti sforniti di riscontri oggettivi e accertati in via presuntiva.

²³⁴ Cass. Pen., Sez. V, sent. n. 50497 del 20/06/2018, in Cassazione Penale 2020, 3, 1159; CED Cass. Pen. 2019; Ilpenalista.it, Nizza V., 20/06/2019.

dei limiti connaturati alla scriminante: la privazione della libertà personale derivante dall'uso della contenzione deve essere disposta dal medico solo in situazioni straordinarie e per il tempo strettamente necessario, assicurandosi la massima sorveglianza del paziente.

Sussistono inoltre alcuni precisi obblighi in capo al medico che dispone la misura di contenzione, tra cui quello di corredare la prescrizione di adeguata motivazione inerente le ragioni della scelta della contenzione, delle sue modalità e della durata dell'applicazione in forza delle previsioni dello stato di necessità, fornendo tutti gli elementi oggettivi che hanno reso in concreto inevitabile il ricorso alla stessa; il medico è altresì tenuto a verificare, attraverso un'accurata rivalutazione del paziente, la persistenza nel tempo dei requisiti che la rendono necessaria, allo scopo di garantire sia un costante monitoraggio, sia l'immediata rimozione dei mezzi limitativi della libertà personale non appena essi non siano più indispensabili, avendo cura di riportare accuratamente gli esiti dell'osservazione nella cartella clinica, a tutela sia del paziente che degli stessi medici.

Pertanto, gli obblighi di protezione e custodia del paziente in capo al sanitario, derivanti dalla sua posizione di garanzia, non consentono di superare i limiti previsti per l'uso di forme di contenimento, in considerazione dei beni costituzionalmente protetti su cui tali pratiche vanno ad incidere, quali la libertà personale, l'integrità fisica e la dignità umana.

La Suprema Corte sottolinea parimenti come a rilevare non sia la sola condotta del medico che abbia omesso di annotare l'applicazione della contenzione nella cartella clinica, ma anche quella di tutti i sanitari che, succedendosi nei rispettivi turni di servizio, non abbiano a loro volta registrato il mantenimento della stessa, “essendo tale annotazione obbligatoria ad ogni controllo medico, considerato il carattere contingente della contenzione destinata ad essere rivalutata nei suoi presupposti con il decorso delle ore”²³⁵. A tal riguardo, il Codice Deontologico degli Infermieri e l'art. 1 della legge n. 251 del 10/08/2000²³⁶ prevedono determinati obblighi giuridici autonomi in capo all'infermiere, essendo egli tenuto a verificare la legittimità della contenzione affinché sia circoscritta ad un uso straordinario e ad occuparsi della cura e della protezione del paziente psichiatrico. Difatti, anche se la competenza nel disporre o mantenere la contenzione è propriamente in capo ai medici che si alternano nei turni e nelle guardie, poiché deve ritenersi ormai superata l'idea della sussistenza di un rapporto gerarchico²³⁷ tra medici ed infermieri (i quali occupano comunque una posizione di

²³⁵ Cass. Pen., Sez. V, sent. n. 50497 del 20/06/2018, in De Jure.

²³⁶ Art.1 *Professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica*, legge n. 251 del 10/08/2000 *Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica*.

²³⁷ Cass. Pen., Sez. V, sent. n. 50497 del 20/06/2018, in Ilpenalista.it, Nizza V., 20/06/2019.

garanzia nei confronti del paziente), tali infermieri hanno l'obbligo di attivarsi al fine di verificare che il mezzo contenitivo sia stato legittimamente predisposto subordinatamente ad una prescrizione medica ed eventualmente intervenire²³⁸, segnalando all'autorità giudiziaria possibili situazioni di maltrattamenti, privazioni o abusi²³⁹.

11. GLI ASPETTI DEONTOLOGICI RELATIVI ALLA CONTENZIONE

Ancor prima che la sentenza della Cassazione n. 50497 del 2018 cercasse di far luce sulla tutt'ora delicata questione della contenzione, taluni ordini di professioni sanitarie si sono cimentati nel tentare di delineare dei criteri guida sui quali fondarne l'eventuale applicabilità²⁴⁰, posto che la pratica della contenzione solleva articolati problemi non solo giuridici, medico-legali ed etici, ma anche, per l'appunto, deontologici.

Anzitutto, il richiamo deontologico più recente alla contenzione si rinviene nel Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche del 2019, il quale si occupa del tema all'articolo 35²⁴¹, rubricato proprio "contenzione": "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".

Anche il Codice di Deontologia dei Fisioterapisti, recentemente modificato nel corso del 2019, dedica l'intero art. 28 alla contenzione²⁴²: "La contenzione non è atto sanitario e non ha finalità preventiva, di cura o riabilitazione. Il Fisioterapista promuove una cultura della cura e

²³⁸ *Ibidem*.

²³⁹ Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (FNOPI), Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche, 2019, art. 22 *Privazioni, violenze o maltrattamenti*: "Salvo gli obblighi di denuncia, l'Infermiere che rileva ed evidenzia privazioni, violenze o maltrattamenti sulla persona assistita, si attiva perché vi sia un rapido intervento a tutela dell'interessato".

<https://www.fnopi.it/norme-e-codici/deontologia/#1571846131365-8f70c763-6358>

²⁴⁰ TOZZO P., *Il diritto di non essere "legati": la liceità della contenzione in ambito clinico – assistenziale*, cit., pag. 172.

²⁴¹ Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (FNOPI), Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche, 2019. <https://www.fnopi.it/norme-e-codici/deontologia/#1571846131365-8f70c763-6358>

²⁴² Associazione Italiana Fisioterapisti (A.I.Fi.), Codice Deontologico, 2011. <https://aifi.net/professione/codice-deontologico/>

dell'assistenza rispettosa dei diritti e della dignità della persona e si adopera per il superamento della contenzione, anche contribuendo alla realizzazione di modelli di cura e assistenziali attivanti e liberi da pratiche di contenzione”.

Si riferisce indirettamente alla contenzione il Codice Deontologico dell'Educatore Professionale²⁴³ del 2016, il cui art. 8, inerente la “Responsabilità nei confronti dei destinatari dell'intervento educativo”, sancisce che l'Educatore Professionale “Non utilizza tecniche e/o interventi che risultino di costrizione o manipolativi e, altresì, ne segnala l'uso altrui.

Soltanto nell'ambito di una programmazione interdisciplinare, può intervenire con autorevolezza e determinazione laddove l'azione della persona sia auto/etero lesiva, ricorrendo a metodi e tecniche d'intervento che non ledano i diritti e la dignità della persona”.

Infine, del Codice di Deontologia Medica²⁴⁴ risalente al 2014, rileva l'art. 32 concernente i doveri del medico nei confronti dei soggetti fragili, disponendo al comma 4 che “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”.

Conclusivamente, ciò che maggiormente preme evidenziare è che la deontologia di diverse professioni sanitarie si sta uniformando al più recente orientamento giurisprudenziale sorto a seguito della vicenda giudiziaria relativa al caso Mastrogiovanni, attraverso la cui sentenza la Cassazione è giunta ad escludere la finalità terapeutica della contenzione intesa nel senso di atto medico, in quanto presidio applicato unicamente a scopo cautelare.

La contenzione realizzata con esclusive finalità cautelari ed entro i delineati confini dello stato di necessità concerne propriamente l'esercizio ed il concetto professionale di “presa in carico”, volta quest'ultima a garantire la sicurezza e l'integrità fisica del paziente, trovando fondamento nella posizione di garanzia occupata dal professionista sanitario.

Sembra dunque potersi ritenere²⁴⁵ che la decisione di porre in essere la contenzione investa propriamente la materia della deontologia in ambito sanitario-assistenziale, indi per cui spetterebbe proprio alla discussione deontologica individuare specifiche regole e linee guida inerenti il corretto utilizzo dei mezzi di contenzione ed i loro limiti, senza perdere di vista la

²⁴³ Associazione Nazionale Educatori Professionali (ANEP), Codice Deontologico dell'Educatore Professionale, 2016. https://ape.genas.it/documenti/provider/ANEP_Educatore_professionale.pdf

²⁴⁴ Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO), Codice di Deontologia Medica, 2014. <https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2018/03/CODICE-DEONTOLOGIA-MEDICA-2014.pdf>

²⁴⁵ BENCI L., *Legare i pazienti? Liceità e illiceità giuridica e deontologica della contenzione*, in *quotidianosanità.it*, 5/05/2019.

finalità di preservare l'integrità fisica e, ancor prima, diritti e dignità del paziente, in conformità all'orientamento giurisprudenziale della Cassazione summenzionato.

12. STRATEGIE DI PREVENZIONE DELLA CONTENZIONE

Tra le varie strategie alternative all'uso della contenzione elaborate in ambito letterario, la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) ha messo a punto, nel 2012, un valido modello di approccio alternativo alla contenzione in grado di garantire la sicurezza della persona assistita²⁴⁶. Tale prototipo si articola in 3 distinte fasi:

- la prima concerne la valutazione della persona assistita, delle sue condizioni di salute psicofisica e dell'ambiente, al fine di avvalersi di interventi alternativi capaci di prevenire la contenzione;
- la seconda fase prevede la gestione del paziente affetto da disturbo psichico e comportamentale secondo apposite pratiche di de-escalation;
- l'ultima fase, infine, considera la contenzione quale extrema ratio cui ricorrere qualora tutti gli interventi preventivi siano risultati inefficaci.

Proprio volendosi ora rivolgere l'attenzione agli aspetti preventivi secondo un approccio fondato anche sulla consapevolezza delle eventuali dannosità ed inefficacia della contenzione, occorre premettere che le problematiche insite nel ricorso alla medesima si inseriscono all'interno di una più ampia visione che mira alla determinazione di strategie di prevenzione, ancor prima che della contenzione, dei comportamenti violenti e non collaborativi dei pazienti nei luoghi di cura attraverso il potenziamento di buone pratiche cliniche²⁴⁷.

Anzitutto, è doveroso sottolineare che tali strategie di prevenzione e di gestione dell'agitazione, dell'aggressività e della violenza del paziente psichiatrico, le quali includono interventi di diversa natura (di tipo ambientale-strutturale, organizzativo e relazionale), non andrebbero adottate solo in sede di degenza in SPDC, dovendo piuttosto essere ridefinite nel contesto generico omnicomprensivo delle situazioni di urgenza, della gestione dell'assistenza territoriale e ospedaliera e dei rapporti con gli altri soggetti, istituzionali e non, coinvolti a vario titolo in circostanze in cui si verificano, appunto, episodi di agitazione e/o violenza.

Per tale motivo, appare auspicabile che le linee di indirizzo inerenti la prevenzione della contenzione siano dirette non soltanto al personale del reparto psichiatrico, ma anche a tutte le altre strutture clinico-sanitarie ed assistenziali in cui può rendersi necessaria la contenzione.

²⁴⁶ Regione Emilia-Romagna, *Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale*, cit., pag. 25.

²⁴⁷ Regione del Veneto, *Linee di indirizzo regionali per la contenzione fisica del paziente nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura: prevenzione, monitoraggio e modello di procedura operativa*, cit., pag. 7.

In quest'ottica, la gestione il meno traumatica possibile del rischio di violenza ha costituito oggetto di un'apposita Raccomandazione da parte del Ministero della Salute²⁴⁸, rivolta a tutti gli operatori sanitari, in cui si pone l'accento sul fatto che l'efficacia delle strategie preventive dipende prevalentemente dall'implementazione di appropriate tecniche di assistenza e cura, le quali rappresentano nondimeno un indice di qualità del miglioramento continuo della pratica clinica.

Infine, specifiche decisioni attinenti alla governance sanitaria²⁴⁹ dovrebbero essere assunte, per poi essere attuate dalle direzioni delle strutture socio sanitarie, dagli organi politici ed istituzionali deputati alle politiche sanitarie, tenendo debitamente in considerazione la necessità di istituire commissioni e comitati di studio e supervisione interdisciplinare che partecipino ai programmi di formazione sovrintendendo il lavoro dei professionisti sanitari e suggeriscano nuove soluzioni e strategie di prevenzione in seguito alla raccolta, attraverso il monitoraggio a livello locale e nazionale, dei dati epidemiologici inerenti la contenzione. Certamente anche il disporre di una robusta organizzazione amministrativa adeguando gli organici e sopperendo alla carenza del personale sanitario, così come il prevedere, nella valutazione dei servizi psichiatrici, degli standard qualitativi che premiano le strutture praticanti il “no-restraint” costituiscono elementi fondamentali nella prospettiva della prevenzione delle misure di contenimento.

12.1 PROGRAMMI DI CURA E DI ASSISTENZA LONGITUDINALI

Nel tentativo di prevenire il ricorso alla contenzione, rappresenta un fondamentale punto di partenza la costruzione di un'estesa e solida rete assistenziale territoriale, ospedaliera ed extra ospedaliera, che coinvolga l'intero Dipartimento di Salute Mentale e che garantisca lo svolgimento di programmi formativi multiprofessionali, integrati di presa in carico dei disturbi acuti sulla base di progetti terapeutici individualizzati, senza tralasciare il supporto al personale sanitario ai fini del potenziamento di alternative alla contenzione; auspicabile sarebbe altresì prevedere appositi interventi orientati alle famiglie dei pazienti psichiatrici più gravi in carico e dotati di finalità psico-educative e di supporto psicologico, alla luce di

²⁴⁸ Ministero della Salute, Raccomandazione n. 8, novembre 2007: *Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari* (gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari costituiscono eventi sentinella che richiedono la messa in atto di opportune iniziative di protezione e prevenzione).

²⁴⁹ TOZZO P., *Il diritto di non essere “legati”*: la liceità della contenzione in ambito clinico – assistenziale, cit., pag. 158.

quanto sia gravosa per la stessa salute soprattutto mentale dei familiari la solitudine nell'assistenza al paziente psichiatrico.

I vari interventi, laddove tempestivi, consentono di identificare precocemente i soggetti a rischio, di mantenere la presa in carico continuativa, di ridurre i drop-out e le probabilità che il paziente giunga in ospedale versando già in condizioni acute o di crisi, di sviluppare modalità di gestione che garantiscano la non interruzione delle cure, nonché di promuovere la ricerca del consenso al trattamento²⁵⁰.

12.2 GESTIONE DELL'AGITAZIONE PSICOMOTORIA E VALUTAZIONE PSICHIATRICA

Poiché l'agitazione costituisce una sindrome aspecifica e trans-nosografica sorretta da patologia ad eziologia organica o tossica multifattoriale o da disturbi psichiatrici primari, l'adeguato approccio diagnostico-terapeutico, accompagnato dalla stretta collaborazione tra i membri dell'equipe medica, contribuisce evidentemente ad arginare il ricorso alla contenzione²⁵¹. Diviene dunque significativo anche saper individuare l'ambiente di ricovero maggiormente idoneo in considerazione della causa accertata o più probabile dell'alterazione comportamentale. Specificamente, pazienti in stato di agitazione determinato da causa organica oppure da intossicazione o astinenza da sostanze potrebbero necessitare di interventi multidisciplinari in pronto soccorso, in terapia intensiva o in reparti di competenza specialistica; diversamente, pazienti con disturbi cognitivi acuti come il delirium, o cronici come le demenze abbinate a disturbi psichici e comportamentali, richiedono una valutazione pluri-specialistica che prenda prioritariamente in considerazione, al di là della sintomatologia acuta e disturbante, la sottostante patologia primaria e la fragilità psico-sociale tipica di questi quadri clinici, con l'obiettivo di concordare gli interventi, farmacologici e non, più urgenti ed identificare il reparto idoneo nell'ipotesi di ricovero.

Spesso, infatti, i comportamenti violenti si traducono in richieste di intervento psichiatrico o di ricovero in SPDC indipendentemente dall'esame approfondito delle cause scatenanti, con il rischio che prassi inappropriate come queste contribuiscano a rendere la psichiatria ed i suoi luoghi di cura un semplice "contenitore" destinato a raccogliere episodi di aggressività e violenza indifferenziati, laddove invece l'accesso ai reparti psichiatrici dovrebbe avvenire

²⁵⁰ Regione del Veneto, *Linee di indirizzo regionali per la contenzione fisica del paziente nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura: prevenzione, monitoraggio e modello di procedura operativa*, cit., pag. 7.

²⁵¹ Regione del Veneto, *Linee di indirizzo regionali per la contenzione fisica del paziente nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura: prevenzione, monitoraggio e modello di procedura operativa*, cit., pag. 7-8.

solo dopo meticolosa e tempestiva valutazione psichiatrica, la quale, pertanto, svolge un ruolo essenziale nel ridurre al minimo i ricoveri impropri²⁵².

12.3 FATTORI DI PREVENZIONE DELLA CONTENZIONE

Negli ultimi anni sono stati attuati, in diverse strutture socio-sanitarie ed in numerosi SPDC, dei programmi di monitoraggio della contenzione allo scopo di prevenirla e di ridurne l'utilizzo nella quotidianità. Queste esperienze hanno consentito di ricavare degli spunti, organizzativi e gestionali in particolare, per limitare il ricorso alla contenzione²⁵³.

Fattori strutturali ed ambientali del reparto:

Le caratteristiche dell'ambiente in cui il paziente viene ricoverato influenzano notevolmente la qualità dell'accoglienza e della vita quotidiana, rappresentando un valido presupposto anche per l'instaurarsi di positive interazioni tra l'equipe ed il paziente stesso. Tra questi fattori strutturali ed ambientali²⁵⁴ di prevenzione rilevano soprattutto:

- comfort dei locali, ovvero adeguate metratura, climatizzazione, luminosità diurna e notturna ed insonorizzazione, riducendo gli stimoli ambientali eccessivi o fastidiosi;
- ambiente ordinato e possibilmente dipinto con tinte pastello, arredi confortevoli e sicuri;
- adozione di accorgimenti abitativi che migliorano la capacità del paziente di muoversi in sicurezza e che rendono la sua permanenza nella struttura meno traumatica: pavimenti non scivolosi e privi di dislivello, progettazione di percorsi privi di ostacoli o magari circolari per il paziente affetto da *wandering*, porte schermate con pannelli in tessuto dello stesso colore delle pareti e fissati con il velcro, luci soffuse, musica "calmante" in sottofondo, riduzione al minimo della mancanza di privacy e della convivenza forzata²⁵⁵;
- agevole accessibilità al campanello o all'allarme di chiamata;
- eliminazione di quegli impedimenti e di quelle restrizioni ingiustificate della libertà personale che realisticamente rendono la permanenza nel reparto particolarmente afflittiva, rivelandosi talvolta la causa di attriti o dell'insorgere di una crisi: libero

²⁵² *Ibidem.*

²⁵³ TOZZO P., *Il diritto di non essere "legati": la liceità della contenzione in ambito clinico – assistenziale*, cit., pag. 156.

²⁵⁴ Regione del Veneto, *Linee di indirizzo regionali per la contenzione fisica del paziente nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura: prevenzione, monitoraggio e modello di procedura operativa*, cit., pag. 8.

²⁵⁵ TOZZO P., *Il diritto di non essere "legati": la liceità della contenzione in ambito clinico – assistenziale*, cit., pag. 157.

accesso al telefono, colloqui con il personale, compagnia individuale che rafforzi la relazione con il paziente, possibilità di incontrare i familiari;

- rimozione delle attrezzature che potrebbero causare lesioni ed impiego di espedienti (cosiddette misure “evidence based”) che limitino il rischio di caduta, scivolamento ed infortunio, come ad esempio materassi concavi o ad acqua, coperte arrotolate ai bordi del letto, strisce antiscivolo sulla pavimentazione in prossimità del letto, materasso adagiato sul pavimento stesso, letto regolabile in altezza e dotato di trapezio per facilitare la mobilità, posizionamento di sedia o poltrona a fianco del letto per agevolare i passaggi posturali²⁵⁶;
- regolazione della sorveglianza in base alle condizioni e ai rischi della persona assistita, trattandosi dunque di attivare la sorveglianza periodica oppure di collocare il paziente in un’area in cui può essere frequentemente monitorato; eventualmente, bisognerebbe considerare l’uso della “delirium room” ad osservazione continua.

Fattori organizzativi attinenti all’approccio clinico-assistenziale:

All’interno di questa categoria di fattori di prevenzione della contenzione rilevano²⁵⁷ in particolar modo l’istituzione, ove possibile, di turni infermieristici misti per consentire, oltre che il rinforzo numerico del personale, anche maggiori adattabilità e opportunità relazionali, la predisposizione e l’aggiornamento di protocolli e scale di valutazione del rischio di aggressività e violenza standardizzate, la determinazione di modalità di assistenza graduabili in base al rischio clinico e ai bisogni fondamentali del paziente, l’attuazione di un’adeguata gestione terapeutica del dolore, la predisposizione a cadenza regolare di momenti di scambio di informazioni attraverso la consultazione della documentazione sanitaria per una personalizzazione del rapporto terapeutico, il monitoraggio periodico e la riduzione, possibilmente, di quei trattamenti fastidiosi a potenziale rischio di indurre agitazione (come per esempio l’impiego del sondino naso-gastrico o le terapie endovenose protratte), alcuni interventi per favorire livelli consoni di autonomia personale, la predisposizione di attività di socializzazione ed intrattenimento in spazi esterni o comuni. A tal riguardo, sarebbe conveniente assicurare, in alternanza ad adeguati periodi di riposo e di rilassamento pianificati, lo svolgimento di quotidiane attività occupazionali ricreative individuali e/o di gruppo ed attività riabilitative/socializzanti che coinvolgano anche gli operatori di reparto, al

²⁵⁶ *Ibidem.*

²⁵⁷ Regione del Veneto, *Linee di indirizzo regionali per la contenzione fisica del paziente nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura: prevenzione, monitoraggio e modello di procedura operativa*, cit., pag. 8.

fine di ridurre l'isolamento del paziente, evitare che la noia innalzi il rischio di aggressività e facilitare l'adeguata comunicazione con l'equipe curante.

Fattori relazionali-psicologici:

Allo scopo preminente di instaurare una relazione terapeutica di fiducia basata sulla costante presenza, non invasiva e non repressiva, del personale, acquistano importanza fondamentale i fattori relazionali²⁵⁸, i quali si riferiscono alle modalità di interazione e di comunicazione con il paziente da parte dell'equipe. Si tratta principalmente di favorire l'ascolto empatico, lo stile accogliente, l'atteggiamento fermo ed assertivo ancorché non autoritario, la sospensione del giudizio e l'accantonamento di qualsiasi pregiudizio, la trasparenza e la chiarezza nella comunicazione delle regole comportamentali²⁵⁹, il coinvolgimento del paziente nel suo programma terapeutico, la valutazione e l'opportuna presa in considerazione degli stati emotivi, in particolare rilevando eventuali stati di ansia, depressione, frustrazione, irritabilità, insoddisfazione e demotivazione; inoltre, le strategie relazionali²⁶⁰ previste da appositi protocolli e finalizzate ad evitare il ricorso alla contenzione nel fronteggiare le acuzie dovrebbero consentire di mettere il paziente a proprio agio e di rafforzarne l'autostima e la fiducia, annullando o contenendo la rabbia, allo scopo ultimo di diminuire il rischio di conflittualità ed aggressività.

12.4 ATTUAZIONE DELLE TECNICHE DI “DE-ESCALATION” NELLE SITUAZIONI DI CRISI

Per far fronte alla crisi del paziente psichiatrico sono state messe a punto apposite tecniche di “de-escalation”, ovvero pratiche di autogestione ed interventi di regolazione emozionale, fondati sullo sfruttamento di metodi verbali e non, volti a contrastare il comportamento aggressivo o violento²⁶¹.

²⁵⁸ Regione del Veneto, *Linee di indirizzo regionali per la contenzione fisica del paziente nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura: prevenzione, monitoraggio e modello di procedura operativa*, cit., pag. 9.

²⁵⁹ ALEXANDER J., BOWERS L., *Acute psychiatric ward rules: a review of the literature*, in *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2004, 11, pag. 623-631.

²⁶⁰ TOZZO P., *Il diritto di non essere “legati”*: la liceità della contenzione in ambito clinico – assistenziale, cit., pag. 158.

²⁶¹ National Institute for Health and Care Excellence (NICE), NICE guideline [NG10], *Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings*, 28/05/2015. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10>

Nonostante la mancanza di un approccio standard unanimemente condiviso, il modello di de-escalation ordinario e più diffuso suddivide classicamente il cosiddetto “ciclo dell’aggressività” in cinque stadi²⁶²:

1. Fase del fattore scatenante;
2. Fase dell'escalation con comportamenti verbali e non, che mostrano l’incremento del processo aggressivo;
3. Fase critica caratterizzata dall’aggressione diretta;
4. Fase del recupero con un lento e progressivo ritorno al livello di base;
5. Fase depressiva con spossatezza fisica e mentale.

Le prime due fasi sono quelle su cui maggiormente si concentrano le proposte di intervento.

Nella prima fase, l’evento precipitante è suscettibile di generare la reazione aggressiva; in un contesto tipicamente psichiatrico i fattori scatenanti potrebbero riguardare per esempio l’intensificarsi di uno stimolo sgradevole, la disinibizione indotta da sostanze, le recenti perdite oppure le provocazioni reali o presunte. Gioca dunque un ruolo essenziale l’empatia, allo scopo primario di prevenire un’ulteriore escalation dell’aggressività riducendo l’irritazione del paziente e garantendo la sicurezza. E’ necessario altresì coordinare gli interventi dei membri dell’equipe, allontanare gli astanti e rimuovere possibili oggetti pericolosi, ma soprattutto contenere i comportamenti minacciosi; a tal fine, le complesse tecniche di cui gli operatori si avvalgono sono sostanzialmente il mantenimento di una comunicazione pacata priva di toni accusatori o paternalistici ma senza perdita di autorevolezza, l’impiego della “self disclosure”²⁶³, il tentativo di accogliere, comprendere e rispecchiare gli stati emotivi del paziente generati dalla situazione concreta (cosiddetta “risonanza-uguaglianza emotiva”), il mantenere il contatto visivo evitando di sorridere, la distrazione e la diversione per direzionare l’attenzione verso elementi meno carichi di tensione.

Nella successiva fase caratterizzata dall’attivazione fisiologica connessa soprattutto allo stato emotivo della rabbia, la strategia comunicativa del “talk down” è orientata ad abbassare il tono espressivo per diminuire l’intensità della tensione e dell’aggressività nella relazione interpersonale.

²⁶² <http://www.espsicologia.it/index.php/aggressivita/il-ciclo-dellaggressivita>

²⁶³ Con il termine “self disclosure”, traducibile con “rivelazione di sé o auto-rivelazione”, si fa riferimento ad un concetto, appartenente al mondo psicoanalitico, che indica uno svelamento cosciente e voluto di qualche aspetto di sé da parte del terapeuta al paziente.

La terza fase è propriamente quella più critica in cui può manifestarsi l'aggressione diretta, per cui gli operatori devono impegnarsi per garantire la sicurezza e contenere le conseguenze derivanti dal tentativo di fuga o auto protezione.

Dopo che si è raggiunto l'apice dell'aggressività, la quarta fase di recupero e di progressiva diminuzione dell'eccitazione risulta particolarmente delicata poiché, non essendosi la situazione ancora stabilizzata, eventuali atteggiamenti anche solo minimamente indiscreti potrebbero far scatenare una riacutizzazione della crisi.

L'ultima fase del ciclo dell'aggressività si caratterizza per la "depressione riparativa post critica", nella quale alla spossatezza fisica e mentale si accompagnano la comparsa di senso di colpa, vergogna e rimorso da parte di colui che ha agito con violenza. Proprio in quest'ultimo stadio il paziente, che deve continuare ad essere ascoltato in un clima non giudicante e di tranquillità, si mostra maggiormente recettivo ad interventi di tipo psicologico rivolti all'elaborazione degli eventi che si sono verificati.

12.5 LA COLLABORAZIONE CON LE FORZE DELL'ORDINE

Gli accordi preventivi condivisi con le Forze dell'Ordine permettono di definire dettagliatamente le modalità più opportune di intervento, nel rispetto di specifici ruoli e competenze, in relazione alle operazioni di gestione degli stati di agitazione, alla prevenzione/repressione del reato e degli agiti etero aggressivi ed in relazione al supporto all'opera di soccorso.

D'altronde, un coordinamento efficace con le Forze dell'Ordine e con l'eventuale servizio di vigilanza interno alla struttura, che preveda anche la possibilità di un rapido e tempestivo intervento, consente di garantire un valido sostegno all'equipe curante nell'ipotesi in cui si palesi un rischio effettivo ed imminente di atti aggressivi da parte del paziente, limitando così il ricorso a pratiche coercitive come la contenzione e permettendo, al tempo stesso, di elaborare strategie preventive in un contesto di adeguata sicurezza²⁶⁴.

12.6 STRATEGIE DI INTERVENTO FARMACOLOGICO

Le strategie di trattamento farmacologico²⁶⁵ per la gestione dell'agitazione, dell'aggressività o della violenza sono influenzate da alcune variabili, tra cui quella logistico-strutturale inerente

²⁶⁴ Regione del Veneto, *Linee di indirizzo regionali per la contenzione fisica del paziente nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura: prevenzione, monitoraggio e modello di procedura operativa*, cit., pag. 10.

²⁶⁵ *Ibidem*.

la dotazione di personale da parte del SPDC e la disponibilità di strumentazione adeguata e quella riguardante la formazione professionale degli operatori sanitari. Ancora, la variabile legata ai diversi obiettivi perseguiti mediante l'impiego dei farmaci, che deve comunque rimanere ancorato a criteri di appropriatezza prescrittiva, sicurezza, tollerabilità ed efficacia, rende evidente come sia particolarmente sfidante la scelta dell'adeguato trattamento farmacologico nei casi ad alto rischio clinico e con importanti implicazioni medico-legali; si fa sostanzialmente riferimento ai soggetti autori di gravi condotte antisociali e a quelli che si rendono protagonisti di episodi critici di agitazione/aggressività, ovverosia soprattutto i pazienti affetti da intossicazione, dipendenza o astinenza da sostanze, patologie mediche instabili, alterazioni psico-comportamentali acute associate a demenza o disabilità intellettiva o portatori di quadri neurologici con sintomatologia prevalentemente comportamentale. Diviene pertanto necessario concordare strategie di gestione che integrino gli interventi farmacologici con quelli non farmacologici, compresa la contenzione, posto che qualunque sia il concreto contesto operativo è fatto riconosciuto che l'intervento farmacologico disponga di stretti margini di scelta: da una parte l'obiettivo di cercare una risposta terapeutica in tempi rapidi, dall'altra le raccomandazioni d'uso e le controindicazioni vincolano la prescrizione a rigidi criteri di sicurezza²⁶⁶.

Nelle ultime due decadi si è assistito ad un rinnovato interesse per la gestione degli stati di agitazione psicomotoria, di aggressività e di violenza, sfociato nella pubblicazione di numerose linee guida²⁶⁷ accomunate dall'aspetto innovativo di costituire il risultato di un consensus multidisciplinare. Oltre a fornire alcune indicazioni circa l'uso delle diverse classi di farmaci, tali linee guida propongono algoritmi decisionali relativi alle tecniche di intervento sulla base della gravità dell'agitazione o della patologia medica e/o psichiatrica associata, contestualizzando chiaramente le circostanze in cui l'intervento di contenzione diviene inevitabile, come ad esempio nel caso di soggetti che, fin dalla prima osservazione, versano in uno stato di gravissima agitazione o presentano comportamenti distruttivi, risultando così impossibile attivare gli interventi preventivi per la loro gestione con metodi non coercitivi. Ciò nondimeno, le stesse linee guida non si esimono dal riconoscere i significativi limiti che corredano l'applicabilità della contenzione soprattutto nei casi di grave

²⁶⁶ PACCIARDI B., MAURI M., CARGIOLI C., BELLI S., COTUGNO B., DI PAOLO L., PINI S., *Issues in the management of acute agitation: how much current guidelines consider safety?*, in *Frontiers in psychiatry*, 2013, vol. 4, pag. 1-10.

²⁶⁷ National Institute for Health and Care Excellence (NICE), *Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings*, cit.

agitazione, attuale o potenziale, e nei casi di peculiari quadri clinici summenzionati, auspicando conseguentemente una riduzione dell'impiego di mezzi coercitivi.

13. LA CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME SULLA POSSIBILE STRATEGIA DI PREVENZIONE DELLA CONTENZIONE IN PSICHIATRIA

A seguito di un intervento del 2006 sulla contenzione nei reparti psichiatrici per adulti in Italia, il CPT riferiva²⁶⁸ come la potenzialità di abuso e di maltrattamento che l'utilizzo dei mezzi di contenzione comporta costituisca fonte di particolare preoccupazione per il CPT stesso, il quale, dopo l'attento esame da parte delle delegazioni in visita presso gli istituti psichiatrici italiani inerente procedure, pratiche e frequenza della contenzione, giunge alla conclusione secondo cui, purtroppo, in molti di tali istituti sembra farsi eccessivo ricorso ai mezzi di contenzione.

La Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome²⁶⁹, a seguito di queste osservazioni del CPT e nella convinzione che la prevenzione della contenzione meccanica nei contesti psichiatrici rappresenti una questione generalmente sottovalutata, accrescendo così il pregiudizio nei confronti della malattia mentale ed aumentando la resistenza ad avvalersi dei servizi psichiatrici da parte di chi ne ha effettivamente bisogno, approva in data 29 luglio 2010 il documento "Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione"²⁷⁰.

Tale documento contiene una serie di raccomandazioni²⁷¹, valide in tutto il contesto della Salute Mentale, sia in età adulta che evolutiva, finalizzate a monitorare a livello regionale il

²⁶⁸ Comitato europeo per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti (CPT), *Mezzi di contenzione in istituti psichiatrici per adulti*, cit.

²⁶⁹ Regione del Veneto, Bur. n. 130 del 25/08/2020, DGR. 1106 del 06/08/2020, *Adozione delle Linee di indirizzo regionale per la riduzione e per il progressivo superamento della contenzione fisica del paziente nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura*.

²⁷⁰ Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, 10/081/CR07/C7, *Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione*, cit.

²⁷¹ Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, 10/081/CR07/C7, *Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione*, cit., pag. 7-8.

Raccomandazioni:

1. Monitorare a livello regionale il fenomeno delle contenzioni attraverso la raccolta sistematica di informazioni di qualità tale da consentire di predisporre azioni migliorative.
2. Monitorare a livello regionale i comportamenti violenti nei luoghi di cura per acuti (concordando gli strumenti di valutazione da adottare e le modalità di elaborazione dei dati a livello dei servizi di salute mentale coinvolti).
3. Promuovere la formazione di tutti i soggetti coinvolti, sanitari e non, per favorire pratiche appropriate di gestione delle situazioni a rischio che siano in grado di arrestare i fenomeni di escalation.

fenomeno della contenzione ed i comportamenti violenti nei luoghi di cura per acuti, a promuovere la formazione professionale di tutti i soggetti coinvolti e a definire e garantire adeguati standard di struttura e di procedura per la salute mentale che siano in grado di contrastare la comparsa di condotte aggressive o che permettano di affrontarle e superarle nel modo più efficace possibile, oltre a monitorare nel tempo l'impatto di queste iniziative e delle azioni formative e migliorative attuate.

Il documento, lungi dal gettare le basi tecniche per una corretta attuazione della contenzione, si propone di definire una strategia, laddove possibile, per la sua prevenzione, nell'ottica del completo superamento in futuro, con la consapevolezza che proprio nel silenzio si realizza un uso poco critico di questa pratica²⁷²; inoltre, si precisa che le Regioni, cui fa capo l'assistenza sanitaria, non intendono assumersi compiti appartenenti alle società scientifiche, come svolgere ricerche e stabilire metodi di valutazione, né propri delle varie associazioni di utenti e familiari, le quali si impegnano a verificare e sollecitare interventi modificativi; piuttosto, le Regioni, in cui peraltro si ravvisa una carenza di omogeneità nell'applicazione della pratica della contenzione non supportata da ragioni di ordine epidemiologico²⁷³, si occupano del miglioramento della qualità delle cure in ambito sanitario psichiatrico.

Senza sottostimare svariate lodevoli iniziative di talune amministrazioni regionali o di singole unità operative per porre delle limitazioni alla contenzione o per introdurre criteri razionali nella sua gestione, le Regioni sono state spinte a produrre le raccomandazioni summenzionate anche dal timore che una pratica disinvoltata della contenzione avvalorasse il mito della natura intrinsecamente violenta della cura psichiatrica²⁷⁴.

4. Definire e garantire standard di struttura e di processo per la salute mentale che siano in grado di contrastare la comparsa di comportamenti violenti o permettano di affrontarli e superarli nel modo più efficace possibile.

5. Valutare l'impatto delle iniziative di informazione, di formazione e di appropriatezza organizzativa sul miglioramento della qualità dell'assistenza e della cura psichiatrica; in particolare in termini di riduzione dei comportamenti violenti e degli episodi di contenzione fisica.

6. Promuovere nei Servizi pratiche sistematiche di verifica e miglioramento della qualità relativamente alla gestione delle situazioni di crisi e, in particolare, al ricorso alla contenzione fisica che, in una assistenza psichiatrica orientata alle buone pratiche, assume il significato di evento sentinella.

7. Favorire la trasparenza delle strutture di cura, in cui si trattano i casi acuti, con il coinvolgimento di associazioni di utenti, di familiari, e degli uffici deputati alla difesa dei diritti dei cittadini, al fine di migliorare l'accessibilità, la vivibilità e l'accoglienza, dare informazioni sulle procedure in atto e sulle garanzie per gli utenti, facilitare la comunicazione con l'esterno.

²⁷² Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, 10/081/CR07/C7, *Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione*, cit., pag. 1.

²⁷³ *Ibidem*.

²⁷⁴ Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, 10/081/CR07/C7, *Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione*, cit., pag. 1.

Ciascuna raccomandazione implica un intervento promozionale potenzialmente atto a prevenire la contenzione, intendendosi che ad esso segua una valutazione onde attivare interventi correttivi nel caso in cui le modificazioni suggerite non siano state attuate o non abbiano sortito i risultati attesi. Lo scopo²⁷⁵ è precisamente di costruire una strategia preventiva della contenzione meccanica all'interno della più ampia prevenzione dei comportamenti violenti ed aggressivi nei luoghi di cura, accrescendo la consapevolezza sia circa il fatto che tale prevenzione dell'aggressività costituisce un presupposto per l'efficacia stessa della terapia, sia relativamente al carattere antiterapeutico della contenzione, la quale potrebbe dunque rendere più difficile la cura anziché facilitarla.

È auspicabile, pertanto, che le Regioni si attivino²⁷⁶ per introdurre nell'assistenza psichiatrica le modificazioni (di conoscenze, di atteggiamento, di risorse, di organizzazione e di gestione) in grado di avvicinare al valore zero, in maniera stabile e sicura, il numero delle contenzioni nei servizi di salute mentale, facendo del superamento della pratica contenitiva un elemento di qualità del miglioramento continuo della psichiatria.

Successivamente, in data 6 dicembre 2017, la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome (P.A.) ha approvato un ulteriore documento, poi presentato alla Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani, inerente “l'indagine conoscitiva sui livelli e i meccanismi di tutela dei diritti umani, vigenti in Italia e nella realtà internazionale, sulla contenzione meccanica”²⁷⁷.

In tale occasione è stato richiesto alle Regioni e alle P.A. di Trento e Bolzano se, in ottemperanza al documento approvato in Conferenza delle Regioni in data 29 luglio 2010 e di cui si è precedentemente discusso, esse avessero provveduto ad emanare le direttive volte a monitorare il fenomeno della contenzione meccanica in psichiatria, promuovere pratiche sistematiche di miglioramento della qualità di gestione delle situazioni di crisi, nonché definire appositi standard strutturali e procedurali per prevenire e contrastare i comportamenti violenti presso i servizi di salute mentale.

²⁷⁵ Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, 10/081/CR07/C7, *Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione*, cit., pag. 5.

²⁷⁶ Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, 10/081/CR07/C7, *Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione*, cit., pag. 7.

²⁷⁷ Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, 17/178/CR06a/C7, *Documento da rappresentare alla Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani nell'ambito dell'indagine conoscitiva sui livelli e i meccanismi di tutela dei diritti umani, vigenti in Italia e nella realtà internazionale, sulla contenzione meccanica*, Roma, 6/12/2017.

Tutte le Regioni e le P.A. hanno fornito una risposta²⁷⁸, ad eccezione della Regione Calabria. Pur a fronte di una variabilità piuttosto ragguardevole tra le varie Regioni e P.A., rispetto al

²⁷⁸ Di seguito quanto riportato singolarmente dalle Regioni e P.A.

1. Regioni che hanno emanato una direttiva e che effettuano un monitoraggio dell'applicazione della stessa:

- *Provincia Autonoma di Trento*: con deliberazione 2874/2010 sono state recepite le raccomandazioni della Conferenza delle Regioni 2010. Il monitoraggio viene effettuato regolarmente; è stato trasmesso quello relativo al 2016, che elenca puntualmente tutte le azioni intraprese per ognuna delle raccomandazioni indicate dal documento 2010 della Conferenza delle Regioni.

- *Friuli-Venezia Giulia*: la Giunta regionale ha emanato la deliberazione 1904/2016 "Raccomandazione per il superamento della contenzione", con l'obiettivo di prevenire le situazioni assistenziali difficili caratterizzate da comportamenti aggressivi e auto o eterolesivi, per il superamento della contenzione e per assicurare comportamenti omogenei e rispettosi delle libertà individuali e della dignità umana nelle strutture sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali della Regione. Nell'ambito della salute mentale, azioni precedenti hanno già portato al totale superamento del ricorso alla contenzione meccanica. Il monitoraggio della deliberazione 1904/2016 è in corso.

- *Lombardia*: il Piano attuativo salute mentale (2004) prescrive la necessità che ogni SPDC disponga di: un protocollo scritto sulle procedure per attuare la contenzione in cui vengano esplicitate informazioni relative a chi dispone la contenzione, a quali motivazioni la determinano e a chi la effettua; un registro per la rilevazione nominativa dei pazienti contenuti e della durata della contenzione stessa.

Nel 2011 un gruppo tecnico regionale ha predisposto un documento che è stato trasmesso alle aziende sanitarie. Il monitoraggio viene effettuato regolarmente; è stato trasmesso quello relativo al 2015. I dati documentano un calo nel numero e negli episodi di contenzione.

- *Emilia-Romagna*: la Direzione generale regionale sanità e politiche sociali ha emanato due documenti (Circolare 16/2009 e Circolare 1/2015). La contenzione viene considerata un evento potenzialmente avverso per quanto attiene il rischio clinico. Ogni SPDC è dotato di un registro che raccoglie numerosi dati sull'episodio; si prevedono momenti di audit clinico e organizzativo. Gli SPDC sono tenuti a inviare una relazione annuale sulle azioni intraprese per migliorare i fattori organizzativi che possono prevenire il ricorso alla contenzione fisica. Il monitoraggio è annuale; disponibile quello relativo al 2016. I dati documentano una riduzione del 62% del numero delle contenzioni dal 2011 al 2016. Visto che diversi SPDC hanno raggiunto l'obiettivo "contenzioni zero", la Regione propone ora questo obiettivo in tutti gli SPDC regionali. Sono inoltre presenti programmi mirati ad eliminare il ricorso alla contenzione fisica in altri contesti, come le case residenza per anziani (AUSL Bologna).

- *Puglia*: la Giunta Regionale ha adottato la deliberazione 2548/2011 "Documento di Raccomandazioni per la prevenzione ed il superamento della contenzione fisica nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura della Regione Puglia." Il documento recepisce le raccomandazioni Regioni (2010), aggiungendo adempimenti per la registrazione degli episodi contenzione, misure organizzative per prevenire contenzione e rischio di aggressività verso operatori, misure per assistere la persona durante la contenzione. Sono disponibili i dati al 2010.

2. Regioni che hanno recepito le raccomandazioni o sancito il principio, ma non hanno emanato direttive ad hoc e non effettuano monitoraggi.

- *Toscana*: nel PSSIR 2012-2015, al punto 2.3.6.6 La Salute Mentale, si conferma il tassativo divieto di ogni forma di contenzione fisica ed una attenzione continua all'appropriatezza del ricorso alla terapia farmacologica.

- *Umbria*: con deliberazione della Giunta Regionale n. 239 del 21/03/2011 è stato recepito il documento di Raccomandazioni in merito alla contenzione fisica in psichiatria. Dei tre SPDC presenti in Regione, uno non effettua contenzioni.

3. Regioni che non hanno emanato alcun atto, ma nelle quali le Aziende sanitarie hanno autonomamente adottato procedure sul tema.

- *Valle D'Aosta*: l'Azienda USL ha adottato una procedura formale.

- *Provincia Autonoma di Bolzano*: l'Azienda sanitaria ha predisposto delle linee guida interne sulla contenzione fisica in ambito ospedaliero e residenziale. L'Azienda effettua un monitoraggio puntuale, i cui ultimi dati sono riferiti al 2016.

precedente monitoraggio²⁷⁹ oggetto del citato documento del 2010 possono certamente riscontrarsi dei miglioramenti, secondo quanto emerge dai risultati di seguito elencati²⁸⁰:

1. un primo gruppo di Regioni e P.A. ha emanato direttive in conformità con le raccomandazioni del 2010 ed effettua un monitoraggio del fenomeno e delle azioni intraprese a livello locale (P.A. di Trento, Friuli-Venezia Giulia, Lombardia, Emilia-Romagna, Puglia);
2. un secondo gruppo ha recepito formalmente le indicazioni o sancito il principio nelle proprie pianificazioni, ma non effettua alcun monitoraggio sistematico (Toscana, Umbria);
3. in un terzo gruppo di Regioni, pur in assenza di direttive regionali formalizzate, le Aziende sanitarie hanno adottato, più o meno diffusamente, procedure ispirate ai contenuti delle raccomandazioni del 2010 (Valle d'Aosta, P.A. di Bolzano, Piemonte, Veneto²⁸¹, Liguria, Marche, Lazio, Molise, Campania);

- *Piemonte*: c'è una presenza generalizzata di procedure aziendali (anche nelle case di cura psichiatriche a gestione privata), costruite in base alle evidenze di letteratura. È in corso censimento delle procedure cui seguirà un tentativo di uniformazione tramite iniziative di formazione dei professionisti.

- *Veneto*: tutti i Dipartimenti di salute mentale hanno adottato proprie linee di indirizzo rispetto alle procedure. Tali linee di indirizzo sono approvate dalle rispettive Direzione Aziendali.

- *Liguria*: quattro Aziende sanitarie su cinque hanno prodotto protocolli/procedure sulla contenzione, non necessariamente confinate all'ambito psichiatrico: in alcuni Aziende sanitarie esistono procedure da applicare in Pronto soccorso o nelle Residenze per anziani.

- *Marche*: attualmente ASUR (Azienda Sanitaria Unica Regionale) Marche non ha linee guida omogenee su tutto il territorio regionale per quanto riguarda la contenzione meccanica. Sono presenti protocolli a livello di singoli SPDC e un protocollo della clinica psichiatrica della facoltà di Medicina di Ancona.

- *Lazio*: ogni Dipartimento di salute mentale ha le proprie procedure e tiene il registro delle contenzioni.

- *Molise*: presso i 3 SPDC di zona sono presenti procedure interne sulla base di linee-guida internazionali.

- *Campania*: l'ASL Salerno e l'ASL Napoli 3 Sud hanno un loro autonomo percorso, con una commissione interna ai Dipartimenti salute mentale e un registro degli episodi di contenzione intercorsi nei servizi ospedalieri.

4. Regioni che non hanno emanato alcun atto e per le quali non si ha notizia di procedure aziendali autonomamente adottate: *Abruzzo, Basilicata, Sicilia, Sardegna*.

²⁷⁹ Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, 10/081/CR07/C7, *Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione*, cit., pag. 3-4.

²⁸⁰ Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, 17/178/CR06a/C7, *Documento da rappresentare alla Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani nell'ambito dell'indagine conoscitiva sui livelli e i meccanismi di tutela dei diritti umani, vigenti in Italia e nella realtà internazionale, sulla contenzione meccanica*, cit., pag. 3.

²⁸¹ Per quanto riguarda il Veneto, più recentemente, a seguito del parere favorevole espresso dalla Commissione Regionale per la Salute mentale in data 25/06/2020, attraverso la Delibera n.1106 del 6/08/2020 la Giunta Regionale ha approvato il documento "*Linee di indirizzo regionali per la contenzione fisica del paziente nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura: Prevenzione, monitoraggio e modello di procedura operativa*". Le Aziende Ulss dovranno dotarsi di procedure aziendali in applicazione delle linee di indirizzo regionali; tali procedure dovranno, inoltre, essere dirette non solo al personale del servizio psichiatrico, ma anche a tutte le altre strutture sanitarie e a tutte le situazioni cliniche con agitazioni per le quali può essere necessaria la contenzione fisica, come raccomandato dal Comitato Regionale di Bioetica. Inoltre, al fine di monitorare

4. un ultimo gruppo di Regioni, invece, non ha emanato direttive e non ha notizie in merito alle procedure adottate dalle Aziende sanitarie (Abruzzo, Basilicata, Sicilia, Sardegna).

14. LA NECESSITA' DI TRASPARENZA DEL FENOMENO DELLA CONTENZIONE

La contenzione di soggetti affetti da disturbi psicopatologici, configurando una tematica rilevante non solo nell'ottica giuridica, deontologica ed etica, ma anche sotto il profilo della salute pubblica, necessita di essere attentamente studiata e conosciuta attraverso una meticolosa attività di monitoraggio della quale le amministrazioni regionali dovrebbero farsi carico e che le società scientifiche interessate dovrebbero contribuire a promuovere: soltanto la conoscenza dei dati reali relativi a questo fenomeno può consentire di impostare le opportune iniziative volte ad evitarlo su basi e con metodi di carattere scientifico²⁸².

Attualmente, infatti, esistono realtà²⁸³ in cui la contenzione viene praticata con una certa frequenza e altre nelle quali essa viene praticata del tutto raramente o non viene praticata affatto, ma non è possibile comprendere quanto questo dipenda da differenze riguardanti la tipologia di situazioni sulle quali si interviene e quanto, invece, da condizioni operative (per esempio, dal rapporto tra sistema sanitario nel suo complesso e servizi psichiatrici, da qualità e quantità del personale o da aspetti logistici), stili di lavoro, abitudini e culture, o dall'esistenza di una riflessione sull'argomento tra i professionisti sanitari, nonché da iniziative attivamente volte a minimizzarne l'utilizzo.

Ad ogni modo, nonostante venga universalmente riconosciuta la necessità di monitoraggio, il quale peraltro non sembra presentare particolari complessità di attuazione, sorprende come molte Regioni non si siano ancora attivate a riguardo; la mancanza di tale adeguato monitoraggio epidemiologico a livello regionale e nazionale relativo ai numeri della contenzione all'interno di tutte le strutture sanitarie mediante l'impiego di idonei strumenti informativi e di registrazione, così come l'assenza di ricerche aggiornate sul fenomeno che permettano di stabilirne prevalenza e modalità di attuazione nei vari ambiti di cura, l'utilizzo non uniforme di registri in cui tenere traccia delle contenzioni effettuate, la diffusa abitudine

adeguatamente l'utilizzo della contenzione, le Aziende Ulss dovranno inviare specifica reportistica agli uffici regionali a cadenza annuale già a partire dall'anno 2020, anche in funzione di aggiornamenti progressivi delle linee di indirizzo.

²⁸² PELOSO P.F., CAPPELLARI L., DE ROSA C., FERRANNINI L., PERCUDANI M.E., *Raccomandazioni inerenti la contenzione fisica*, cit., pag. 5.

²⁸³ *Ibidem*.

di non provvedere all'annotazione in cartella clinica ed infine la scarsa cognizione dei professionisti sanitari in ordine ai profili di liceità della contenzione, evidentemente contribuiscono a rendere tale pratica ancora sconosciuta e spesso ritenuta poco meritevole di dibattito anche dagli stessi operatori²⁸⁴.

Evitare la contenzione, oltre ad agevolare la serenità e la buona qualità delle relazioni all'interno della struttura psichiatrica, per di più migliorando l'immagine del paziente psichiatrico e della stessa disciplina della psichiatria, si rivela sicuramente un traguardo tanto ambizioso quanto realistico, come dimostrato dall'esistenza di servizi psichiatrici che esercitano quotidianamente la "fatica" di non ricorrere alla contenzione, rappresentando così un incoraggiamento ed una sfida per costruire le condizioni logistiche, tecniche e culturali idonee a raggiungerlo; tale obiettivo, tuttavia, non può portare alla conseguenza estrema di ridurre, anziché favorire, quella che dovrebbe essere l'essenziale trasparenza del fenomeno²⁸⁵. Piuttosto, lo scopo di addivenire ad un superamento della contenzione può conseguirsi soltanto se assunto dal DSM e dal singolo servizio psichiatrico come fulcro della propria offerta di cura; coerentemente, il DSM dovrebbe impegnarsi per assicurare un'offerta psichiatrica di elevata qualità tecnica e scientifica, capace di garantire un'idonea formazione professionale del personale su temi quali diritti dei pazienti, ascolto della loro voce e di quella dei familiari, gestione del rischio e della crisi, competenza degli operatori sanitari di padroneggiare le proprie emozioni ed i propri impulsi di reazione.

In conclusione, l'esigenza di trasparenza²⁸⁶ impone che ciascuna struttura psichiatrica enunci chiaramente all'utenza la propria politica procedurale a proposito di contenzione, le condizioni al ricorrere delle quali un soggetto può rischiare di esservi sottoposto, le caratteristiche della sua attuazione e le garanzie offerte al paziente nei cui confronti il presidio contenitivo viene applicato. Proprio perché la situazione attuale rende poco plausibile l'immediato conseguimento della riduzione della pratica contenitiva, occorre accompagnare l'assunzione di questo impegno con l'adozione di un ben definito quadro di garanzie scritte²⁸⁷

²⁸⁴ TOZZO P., *Il diritto di non essere "legati": la liceità della contenzione in ambito clinico – assistenziale*, cit., pag. 152-153.

²⁸⁵ PELOSO P.F., CAPPELLARI L., DE ROSA C., FERRANNINI L., PERCUDANI M.E., *Raccomandazioni inerenti la contenzione fisica*, cit., pag. 10.

²⁸⁶ PELOSO P.F., CAPPELLARI L., DE ROSA C., FERRANNINI L., PERCUDANI M.E., *Raccomandazioni inerenti la contenzione fisica*, cit., pag. 5.

²⁸⁷ Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), *La contenzione: problemi bioetici*, cit., pag. 21: nel tentativo di proteggere da eventuali abusi i pazienti, soprattutto gli anziani più vulnerabili, in America il *Nursing Home Reform Act* del 1987 include una Carta dei diritti delle persone accolte in strutture residenziali; fra i vari diritti enucleati, emerge quello ad "essere liberi dalla contenzione fisica".

che dovrebbe costituire l'oggetto di un "patto"²⁸⁸ tra il servizio psichiatrico ed i pazienti, potendo al contempo rappresentare un'opportunità di crescita culturale, etica e scientifica per gli stessi professionisti sanitari, chiamati a fare del ricorso alla contenzione il nucleo di una riflessione coscienziosa onde impedire che esso scivoli inopportuna nella prassi.

15. GLI ASPETTI BIOETICI DELLA CONTENZIONE

Dopo numerose precedenti prese di posizione²⁸⁹ in cui è stato indicato con chiarezza l'obiettivo della riduzione fino al superamento della contenzione, il Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB) torna ad occuparsi della problematica legata alle pratiche coattive e coercitive nei luoghi di cura attraverso il parere²⁹⁰ del 23 aprile 2015 appositamente dedicato alla forma di contenzione che più solleva riserve dal punto di vista giuridico ed etico, ovvero la contenzione meccanica nei confronti dei pazienti psichiatrici e degli anziani ricoverati in diverse tipologie di strutture sociosanitarie del Paese.

Questo parere del CNB²⁹¹ trae origine dalla constatazione che la contenzione, considerata un residuo della cultura manicomiale, è ancora ampiamente applicata, spesso in via ordinaria e non eccezionale, senza che si intravedano né sforzi decisivi ai fini della sua risoluzione, né una sufficiente sensibilità alla gravità del problema da parte delle istituzioni e dell'opinione pubblica.

15.1 L'ORIZZONTE BIOETICO

Come preannunciato, nel più recente parere del CNB il tema della contenzione è declinato in rapporto a due specifici ambiti di cura ed assistenza, ossia l'ambito geriatrico e quello psichiatrico, già comunque oggetto di trattazione in antecedenti riflessioni del Comitato Bioetico, sul presupposto²⁹² che la contenzione, indistintamente per gli anziani e per i pazienti

²⁸⁸ Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani presieduta dal Presidente Manconi, *La contenzione meccanica, Audizione del Professor Bernardo Carpiello, presidente eletto della Società Italiana di Psichiatria, sulla contenzione, 97° seduta, cit.*

²⁸⁹ Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB):

- *Il trattamento dei pazienti psichiatrici: problemi bioetici. Parere del CNB sul Libro Bianco del Consiglio d'Europa dedicato al trattamento dei pazienti psichiatrici, 24/09/1999;*

- *Psichiatria e salute mentale: orientamenti bioetici, 24/11/2000;*

- *Bioetica e diritti degli anziani, 20/01/2006;*

- *Le demenze e la malattia di Alzheimer: considerazioni etiche, 20/06/2014.*

²⁹⁰ Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), *La contenzione: problemi bioetici, cit.*

²⁹¹ Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), *La contenzione: problemi bioetici, cit., pag. 5.*

²⁹² *Ibidem.*

psichiatrici, affonderebbe le proprie radici in una comune cultura e tradizione assistenziale poco attenta alla relazione terapeutica ed alla soggettività del paziente.

Con riguardo specifico all'anziano, di cui si invita a rispettarne l'integrità e la dignità, nel documento "Bioetica e diritti degli anziani" del 2006, il CNB ha premura di sottolineare come "la maleficenza verso il soggetto anziano possa corrispondere alla contenzione, intesa come limitazione meccanica o farmacologica delle possibilità di movimento autonomo di un individuo"²⁹³. Proprio agli anziani, dunque, deve essere dedicata un'attenzione particolarmente scrupolosa, non solo per le loro caratteristiche vulnerabilità e fragilità, ma anche perché l'aumento della vita media, alla quale non corrisponde un miglioramento della qualità della stessa, ha generato un incremento di malattie invalidanti e demenze senili, con conseguente massiccio ricorso all'istituzionalizzazione²⁹⁴.

Per quanto concerne invece la contenzione in ambito psichiatrico, il parere "Psichiatria e salute mentale: orientamenti bioetici" del 2000, sostiene esplicitamente che "la contenzione meccanica deve essere superata in quanto lesiva della dignità della persona" e capace di produrre la cronicizzazione, piuttosto che garantire il recupero della malattia mentale²⁹⁵. Tuttavia, già l'anno addietro, nel settembre 1999, in occasione del documento "Il trattamento dei pazienti psichiatrici: problemi bioetici", il CNB denunciava "l'uso frequente della contenzione, anche prolungata, in buona parte degli SPDC, negli OPG, nelle strutture soprattutto private (ma spesso convenzionate a carico del SSN)", rilevando che "tali prassi sono in primo luogo in contrasto con le buone pratiche medico-psichiatriche". Si raccomandava dunque che la contenzione e l'isolamento fossero "drasticamente ridotti e praticati solo in casi eccezionali in mancanza di alternative o in stato di urgenza" e che dovessero comunque essere limitati nel tempo, sottolineando in aggiunta "la convergenza tra la norma etica del rispetto della dignità personale e il criterio clinico-terapeutico"²⁹⁶.

Anche il più recente documento del 2014 "Le demenze e la malattia di Alzheimer: considerazioni etiche", analizza le questioni attinenti al ricovero e al trattamento involontario di questi soggetti, anziani e pazienti psichiatrici, altamente vulnerabili, rimarcando il collegamento tra i diritti dei malati e l'adeguata presa in carico, "poiché carenze e

²⁹³ Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), *Bioetica e diritti degli anziani*, 20/01/2006, pag. 7-8.

²⁹⁴ Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), *La contenzione: problemi bioetici*, cit., pag. 5.

²⁹⁵ Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), *Psichiatria e salute mentale: orientamenti bioetici*, 24/11/2000, pag. 18.

²⁹⁶ Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), *Il trattamento dei pazienti psichiatrici: problemi bioetici. Parere del CNB sul Libro Bianco del Consiglio d'Europa dedicato al trattamento dei pazienti psichiatrici*, 24/09/1999.

inadeguatezze nell'assistenza di persone con disabilità mentale conducono a situazioni che si traducono in trattamenti inumani e degradanti”²⁹⁷.

Pertanto, a parere del CNB costituisce nodo cruciale del dibattito bioetico sulla salute mentale²⁹⁸ il passaggio dall'approccio manicomiale, ovvero da una visione del malato di mente quale destinatario di coercizione e segregazione, al un nuovo paradigma in cui il soggetto affetto da disturbo psichico è persona sofferente di cui prendersi cura, secondo principi e modalità di presa in carico del tutto simili a quelli usati per altre patologie e sofferenze, dovendosi perciò predisporre servizi psichiatrici che soddisfino appieno i criteri etici generalmente riconosciuti e applicati in ogni altro campo delle prestazioni di cura: l'impegno ad offrire interventi che migliorino la qualità della vita (principio di beneficenza), l'obbligo di non causare danno al paziente (principio di non maleficenza), il rispetto dell'autonomia e della dignità della persona assistita, fino all'osservanza dei criteri di giustizia nella ripartizione delle risorse.

Se ne deduce come sussista un evidente legame tra il diritto del paziente a ricevere cure appropriate mediante un intervento terapeutico valido ed efficace ed il suo diritto all'autonomia, che ne rappresenterebbe proprio il presupposto. Ciò significa che²⁹⁹, inserendo la contenzione all'interno della cornice bioetica, nell'ipotesi di paziente cui venga applicato un mezzo contenitivo non sussisterebbe alcuna scusante per giungere alla violazione dell'autonomia personale in nome della sua tutela e del suo “bene”; non sarebbe di conseguenza appropriato ipotizzare il conflitto tra il principio della libertà della persona da un lato, e la finalità terapeutica dell'intervento coercitivo secondo il principio di beneficenza dall'altro, posto che non si tratta di trovare un bilanciamento mediante l'individuazione delle fattispecie in cui il principio di beneficenza prevale sul diritto all'autonomia del paziente, quanto piuttosto di ribadire che il ricorso alla forza, il quale va comunque in ogni modo evitato, rappresenta sempre una violazione della persona, con esiti controproducenti³⁰⁰.

Effettivamente, in un bilanciamento tipicamente etico in cui riveste un ruolo centrale la salute del paziente, la protezione dell'integrità fisica del medesimo mediante contenzione meccanica non è un valore prioritario rispetto alla tutela della salute nella sua globalità, rilevando anche

²⁹⁷ Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), *Le demenze e la malattia di Alzheimer: considerazioni etiche*, 20/06/2014, pag. 18 e seguenti.

²⁹⁸ Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), *La contenzione: problemi bioetici*, cit., pag. 6.

²⁹⁹ Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), *La contenzione: problemi bioetici*, cit., pag. 7-8.

³⁰⁰ Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), *La contenzione: problemi bioetici*, cit., pag. 22: “Esistono inoltre evidenze circa la nocività delle pratiche di contenzione, non solo per gli effetti immediati, ma anche a più lungo termine: i soggetti contenuti soffrono di perdita di autonomia, di riduzione dell'attività, di aumento di morbilità e mortalità”.

la dimensione sociale, ovvero la condizione di isolamento che potrebbe derivare dalla contenzione stessa, e quella psicologico-emotiva³⁰¹.

In definitiva, il fatto che in casi eccezionali il personale sanitario possa avvalersi di specifiche giustificazioni per utilizzare la contenzione non solo non sminuisce la regola di portata generale della non-contenzione, ma soprattutto non ne altera i fondamenti etici.

15.2 UNO SPUNTO DI RIFLESSIONE DAL COMITATO DANESE DI ETICA

Secondo il Comitato danese di Etica³⁰² la coercizione, invariabilmente rappresentativa di una violazione della persona indipendentemente dalle ragioni per cui la si applichi, costituisce un ostacolo all'instaurazione del principale strumento terapeutico, ovvero la relazione tra curato e curante.

Il cambiamento culturale su cui confida il summenzionato Comitato danese³⁰³ dovrebbe fondarsi su due imprescindibili pilastri: innanzitutto una politica sanitaria che riconosca il paziente come persona, nella pienezza dei suoi diritti, prima ancora che come soggetto affetto da malattia e, in secondo luogo, la visione del paziente stesso quale soggetto alla "pari" del personale medico, ossia di pari diritti e di pari dignità, nonché portatore di un insostituibile "sapere su di sé"³⁰⁴. Tale "parità" dovrebbe favorire una relazione terapeutica rispettosa ed empatica, impedendo che l'asimmetria di conoscenze tecnico-scientifiche tra curato e curante si traduca in un rapporto di prevaricazione da parte del sanitario sul paziente. Queste indicazioni, volte a cogliere e valorizzare il ruolo fondamentale dei fattori relazionali nella cura, in accordo peraltro coi principi ispiratori della riforma psichiatrica italiana³⁰⁵, evidenziano la necessità di intendere la relazione terapeutica con i pazienti affetti da disturbi mentali in termini del tutto sovrapponibili a quelli propri di ogni rapporto di cura e, quindi,

³⁰¹ TOZZO P., *Il diritto di non essere "legati": la liceità della contenzione in ambito clinico – assistenziale*, cit., pag. 177.

³⁰² The Danish Council of Ethics' statement on coercion in psychiatry, *Power and powerlessness in psychiatry*, 06/2012.

³⁰³ The Danish Council of Ethics' statement on coercion in psychiatry, *Power and powerlessness in psychiatry*, cit., pag.7: la convinzione che proprio attraverso un cambiamento di cultura e dell'organizzazione dei servizi si possa incidere significativamente sulla riduzione della contenzione, è confermata dall'esito del progetto danese "National Breakthrough Project on Coercion in Psychiatry", adottato in 27 reparti di degenza psichiatrica, dall'agosto 2004 al giugno 2005. Nel rapporto finale del progetto, si legge che un inizio di cambiamento c'è stato, e si è manifestato in una maggiore attenzione del personale al dialogo e al coinvolgimento dei pazienti. Rispetto al numero degli episodi coercitivi, questi sono diminuiti del 20% nel 33% dei reparti partecipanti al progetto, mentre l'8% dei servizi è arrivato ad oltre il 50% di pratiche coercitive in meno.

³⁰⁴ The Danish Council of Ethics' statement on coercion in psychiatry, *Power and powerlessness in psychiatry*, cit., pag. 8.

³⁰⁵ Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), *La contenzione: problemi bioetici*, cit., pag. 8.

secondo criteri basilari assolutamente simili a quelli adottati nei confronti di altre patologie e forme di sofferenza. All'interno di un approccio curativo-assistenziale che pone al centro la relazione alla "pari" tra medico curante e paziente curato, l'auspicio del CNB³⁰⁶ è che tale relazione possa svolgersi secondo direttrici per l'appunto paritarie, pienamente rispettose dei canoni di un rapporto umano ispirato all'uguale dignità e libertà dei soggetti coinvolti.

15.3 LA CULTURA NO-RESTRAINT

Nel parere espresso nel 2015 ed oggetto della presente trattazione, il CNB ha avuto modo di rilevare³⁰⁷ che, nonostante le decisioni dei sanitari di ricorrere alla contenzione sembrano essere guidate dall'esigenza di fronteggiare l'aggressività del paziente, spesso le ragioni più comunemente addotte riguardano la sicurezza e la gestione del conflitto con il malato. Tuttavia, frequentemente è lo stesso contenimento preventivo o reattivo a generare o esacerbare il contrasto con il paziente; viceversa, un atteggiamento rispettoso e comprensivo nei confronti del malato, dando spazio all'ascolto, alla negoziazione ed al compromesso, ed una gestione "normalizzata" del servizio, cominciando dalla prassi delle cosiddette "porte aperte" come negli altri reparti, contribuiscono a creare un'atmosfera più tranquilla, riducendo conseguentemente i comportamenti aggressivi ed autolesionistici³⁰⁸.

Elemento centrale della cultura no-restraint è rappresentato dunque dall'attenzione alle procedure di garanzia, nonché ai diritti, all'informazione e alle richieste del paziente: rafforzarne l'autostima ed annullare la rabbia contribuiscono a ridurre i tassi di contenzione, accrescendo le legittimità del reparto psichiatrico³⁰⁹. Si richiede inoltre all'equipe di adoperarsi per cercare di rispondere prontamente alla perdita di fiducia e all'autostigmatizzazione del paziente derivanti dal ricovero in SPDC.

Il CNB ritiene³¹⁰ quindi sussistano svariati ordini di motivi per non ricorrere alla contenzione, di natura etica, e insieme di sicurezza, di prevenzione e di buon governo dei servizi, considerato anche che la gestione non coercitiva in SPDC, abbracciando così la cultura no-restraint, elimina il clima di paura; a ciò si aggiungano ragioni di ordine terapeutico, in primis evitare di compromettere la relazione fra curato e curante a causa del circolo vizioso che la contenzione meccanica è in grado di innescare: l'agitazione della persona cui viene applicato

³⁰⁶ Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), *La contenzione: problemi bioetici*, cit., pag. 12.

³⁰⁷ Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), *La contenzione: problemi bioetici*, cit., pag. 16.

³⁰⁸ SANGIORGIO P., POLSELLI G.M., *Matti da (non) legare. Come prevenire le contenzioni e migliorare la qualità e l'assistenza al paziente*, Alpes, Roma, 2009, pag. 8.

³⁰⁹ Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), *La contenzione: problemi bioetici*, cit., pag. 17.

³¹⁰ *Ibidem*.

un mezzo contenitivo si aggraverebbe, richiedendo di conseguenza un dosaggio più elevato di farmaci sedativi, col risultato finale di peggiorare lo stato di confusione del paziente, il che a sua volta mina la comunicazione tra il medesimo ed il personale sanitario.

Questi principi terapeutici avrebbero radici antiche, come testimoniato dallo psichiatra John Conolly, il quale nel 1856 sosteneva che legando mani e piedi del paziente per contenerlo, in breve si giunge a riscontrare una totale regressione della sua condizione psicofisica, dandosi avvio a trascuratezza e tirannia, “fino a che la repressione diventerà l’abituale sostituto dell’attenzione, della pazienza, della tolleranza e della gestione corretta”³¹¹.

In altre parole, il rispetto della persona qualifica l’assistenza ed è misura della formazione professionale degli operatori.

15.4 IL SUPERAMENTO DELLA CONTENZIONE

L'esistenza di servizi sanitari assistenziali che hanno scelto di non applicare la contenzione ai pazienti psichiatrici e agli anziani, e che nemmeno dispongono di strumenti di contenzione meccanica, senza per questo sostituirla con quella farmacologica, nonché il successo di programmi tesi a monitorare e ridurre questa pratica, confermano che si tratta di un obiettivo realistico³¹², come dimostrato dagli SPDC no-restraint quali le strutture di salute mentale di Pistoia in cui da anni sono state abolite la contenzione meccanica e la politica delle “porte chiuse”^{313,314}, dalle città come Trieste “libere dalla contenzione”, dall’Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Montelupo Fiorentino (Firenze) in cui la contenzione è stata eliminata nel 2012³¹⁵.

³¹¹ J. CONOLLY, *The Treatment of the Insane without Mechanical Restraints*, Londra, 1856.

³¹² DODARO G., *Abolire la contenzione dei pazienti psichiatrici e degli anziani. A proposito del parere del Comitato Nazionale per la Bioetica su "La contenzione: problemi bioetici"*, 23 aprile 2015, 5/06/2015, pag. 1. <https://archivioldpc.dirittopenaleuomo.org/d/3948-abolire-la-contenzione-dei-pazienti-psichiatrici-e-degli-anziani>

³¹³ Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani presieduta dal Presidente Manconi, *La contenzione meccanica, Audizione di Giovanna Del Giudice, presidente della Conferenza permanente per la salute mentale nel mondo Basaglia e di Vito D’Anza, del Forum salute mentale*, 95° seduta, cit.

³¹⁴ Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani presieduta dal Presidente Manconi, *La contenzione meccanica, Audizione della dottoressa Gisella Trincas, presidente dell’Unione Nazionale delle Associazioni per la Salute Mentale (UNASAM), e dell’avvocato Marco De Martino, sulla contenzione*, 99° seduta, 21/06/2016: “la dottoressa Trincas ha citato l’esperienza dell’associazione “Club SPDC no-restraint”, oltre venti reparti in tutta Italia in cui da anni si pratica la contenzione zero, a dimostrazione di come esistano già nel Paese delle buone pratiche replicabili, e sia quindi possibile occuparsi di salute mentale adottando un sistema di porte aperte e non ricorrendo a metodi coercitivi”.

³¹⁵ Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), *La contenzione: problemi bioetici*, cit., pag. 8.

Dunque, se nella decisione dei sanitari di contenere il paziente un ruolo decisivo rivestono la cultura, l'organizzazione dei servizi e l'atteggiamento degli operatori^{316,317}, più della gravità delle condizioni di salute dei pazienti, del loro comportamento e profilo psicopatologico, la strategia per l'abolizione della contenzione deve evidentemente muoversi lungo due binari: dalla cultura alla formazione etica e giuridica del personale sanitario, dall'organizzazione dei servizi alla responsabilizzazione di chi è investito di poteri di dirigenza. Il che, però, non significa demandare completamente la risoluzione del problema al cambiamento di questi fattori e della cultura specialmente, accettando così una scissione tra pratiche e principi, che finirebbero per essere erroneamente declassati a meri proclami moralistici; piuttosto, si tratta di assumere nella definizione delle linee generali di politica sanitaria, regionale e nazionale, “il rifiuto della contenzione quale fondamento di “buone prassi”, presupposto cioè per costruire nel concreto una diversa cultura dei servizi, a partire da una corretta relazione fra chi cura e chi è curato”³¹⁸.

Conclusivamente, ammesso che la possibilità per i sanitari di ricorrere alla contenzione come *extrema ratio* in situazioni del tutto eccezionali³¹⁹ non priva di forza la regola bioetica che proibisce di contenere, il CNB condanna l'eventuale applicazione estensiva della contenzione e ribadisce³²⁰ l'obiettivo del suo progressivo superamento, in quanto residuo di una forma *mentis istituzionale* che affonda le sue radici in una tradizione medico assistenziale poco attenta alla relazione terapeutica ed alla soggettività del paziente, configurandosi nell'odierno

³¹⁶ Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), *La contenzione: problemi bioetici*, cit., pag. 15 e pag. 21. Circa le variabili correlate alle strutture no-restraint rispetto a quelle che applicano la contenzione, non incide soltanto la gravità dello stato di salute del paziente, ma assumono particolare rilievo anche l'orientamento dei servizi e l'atteggiamento del personale infermieristico, il che è confermato dal rapporto della Commissione sulla qualità delle cure nello stato di New York per la valutazione delle cure psichiatriche in ambienti ospedalieri, datato 1994, in cui si legge che le differenze nei tassi di applicazione della contenzione non sono tanto associate alle caratteristiche personali del paziente, quanto piuttosto alla “filosofia dei servizi”.

³¹⁷ CASTLE N.G., FOGEL B., *Characteristics of nursing homes that are restraint free*, *The Gerontologist*, 1998, vol. 38, n. 2, pag. 181-188: il fatto che l'organizzazione dei servizi e la qualità dei professionisti sanitari costituiscano fattori essenziali, più importanti della dotazione quantitativa del personale, è comprovato da uno studio su 15.000 case di riposo, in cui non sono emerse differenze nel numero di personale tra servizi restraint e no-restraint.

³¹⁸ Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), *La contenzione: problemi bioetici*, cit., pag. 8.

³¹⁹ Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), *La contenzione: problemi bioetici*, cit., pag. 3: “Il ricorso alle tecniche di contenzione meccanica deve rappresentare l'*extrema ratio* e si deve ritenere che [...] possa 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. [...] non può essere sufficiente che il paziente versi in uno stato di mera agitazione, bensì sarà necessaria, perché la contenzione venga “giustificata”, la presenza di un pericolo grave ed attuale che il malato compia atti autolesivi o commetta un reato contro la persona nei confronti di terzi”.

³²⁰ DODARO G., *Abolire la contenzione dei pazienti psichiatrici e degli anziani. A proposito del parere del Comitato Nazionale per la Bioetica su "La contenzione: problemi bioetici"*, 23 aprile 2015, cit., pag. 1.

orizzonte bioetico quale pratica da disapprovare, indipendentemente dalle ragioni per cui la si applichi, perché lesiva dei diritti fondamentali della persona, che non ammettono limitazioni in nome del principio di beneficiabilità. A parere del CNB³²¹, la consapevolezza circa questa lesività, con la responsabilità che ne può discendere, dovrebbe orientare l'azione quotidiana degli operatori sanitari, mettendone al contempo in discussione il loro sentire etico e deontologico, e costituire uno stimolo per le istituzioni al fine di adottare tutte le misure possibili per conseguire l'obiettivo del superamento della contenzione.

15.5 LE RACCOMANDAZIONI DEL CNB

A seguito di queste riflessioni, il CNB raccomanda alle Regioni e al Ministero della Salute di³²²:

- incrementare la ricerca conoscitiva sulla contenzione ed avviare un attento monitoraggio del fenomeno, a livello regionale e nazionale, a cominciare dalle prassi quotidiane nei reparti, richiedendosi agli operatori di annotare col dovuto rigore i casi di contenzione, le ragioni specifiche della scelta di contenere meccanicamente il paziente, la durata della misura;
- predisporre programmi orientati al superamento della contenzione nell'ambito della promozione di una cultura della cura rispettosa dei diritti del malato di mente e dell'anziano, agendo in particolar modo sui modelli organizzativi dei servizi e sulla formazione del personale;
- introdurre, nella valutazione dei servizi, standard di qualità che favoriscano le strutture no-restraint;
- mantenere e possibilmente incrementare la diffusione e la qualità dei servizi rivolti ai soggetti, anziani e pazienti psichiatrici, più vulnerabili ed in quanto tali più facilmente esposti a subire pratiche di contenzione inumane o degradanti.

15.6 ALCUNE RAGIONI DELLA RILEVANZA DEL PARERE DEL CNB

Secondo quanto riferito da Dodaro³²³ a proposito del parere del CNB del 2015 sui problemi etici inerenti la contenzione, tale parere sarebbe da apprezzare per almeno due diverse ragioni.

³²¹ Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), *La contenzione: problemi bioetici*, cit., pag. 23.

³²² *Ibidem*.

³²³ DODARO G., *Abolire la contenzione dei pazienti psichiatrici e degli anziani. A proposito del parere del Comitato Nazionale per la Bioetica su "La contenzione: problemi bioetici"*, 23 aprile 2015, cit.

In primo luogo, si addiverrebbe alla conclusione per cui la comunità degli operatori sanitari non dispone di criteri morali universalmente riconosciuti sulla contenzione³²⁴. Specificamente, nei documenti ufficiali di varie istituzioni sanitarie e nelle raccomandazioni o linee guida sulla contenzione, l'aspetto critico eminentemente giuridico della liceità o illiceità della contenzione, così come quello bioetico relativo alla moralità o immoralità della medesima, risultano del tutto assenti o comunque destinati a naufragare nel pragmatismo di una valutazione utilitaristica, capace di far scivolare in secondo piano il tema complesso della giustificazione di una limitazione al diritto fondamentale della libertà personale. In effetti, secondo Dodaro, occuparsi del rispetto delle libertà del paziente, mettendo tra parentesi la questione della illiceità degli atti coattivi o coercitivi per far affidamento sulla definizione di regole da impiegare appropriatamente, è una strategia di contrasto alla cultura restraint ispirata ad un pragmatismo ben intenzionato.

Certamente non può negarsi³²⁵ che la puntuale regolamentazione della contenzione si rivela utile per definire le metodiche atte ad evitarne il ricorso, nell'ottica del suo progressivo superamento, ed altresì per accrescere la qualità operativa dell'esecuzione, ove strettamente necessaria, di una manovra comunque rischiosa, ma ciò può allo stesso tempo generare l'equivoco, etico e giuridico, che il solo rispetto delle regole procedurali possa di per sé giustificare la pratica.

Secondariamente, Dodaro sostiene³²⁶ che, onde evitare che la questione della contenzione nella cura venga banalizzata e strumentalizzata nelle politiche sanitarie e nelle pratiche dei servizi sanitari assistenziali a causa di fraintendimenti non disinteressati, la riflessione tra gli operatori psichiatrici non potrebbe far altro che constatare, stando al parere del CNB, che diritto e bioetica considerano coazione e coercizione del paziente atti illeciti³²⁷. In conclusione, secondo l'opinione dell'autore le argomentazioni di ordine etico e giuridico a fondamento della contenzione imporrebbero di spostare la discussione dal piano del confronto tra specialisti, promotori di differenti visioni di politica sanitaria cui si riconnettono altrettanti livelli di tutela dei diritti fondamentali, al piano politico più generale, assumendo il rifiuto della contenzione quale presupposto di una buona prassi e di una diversa cultura dei servizi, in

³²⁴ DODARO G., *Abolire la contenzione dei pazienti psichiatrici e degli anziani. A proposito del parere del Comitato Nazionale per la Bioetica su "La contenzione: problemi bioetici"*, 23 aprile 2015, cit., pag. 2.

³²⁵ *Ibidem*.

³²⁶ DODARO G., *Abolire la contenzione dei pazienti psichiatrici e degli anziani. A proposito del parere del Comitato Nazionale per la Bioetica su "La contenzione: problemi bioetici"*, 23 aprile 2015, cit., pag. 2.

³²⁷ Per un eventuale approfondimento, cfr. DODARO G., *Coercizione in psichiatria tra esigenze sanitarie, sicurezza dei luoghi di cura e diritti fondamentali del paziente*, in ROSSI S. (a cura di), *Il nodo della contenzione. Diritto, psichiatria e dignità della persona*, Alpha & Beta, Merano, 2015, pag. 39 e seguenti.

conformità con l'orizzonte bioetico prospettato dal CNB, per il quale³²⁸, si ribadisce, il superamento della contenzione è tassello fondamentale nell'avanzamento di una cultura della cura, nei servizi psichiatrici e nell'assistenza agli anziani, in linea con i criteri etici generalmente riconosciuti e applicati in ogni altro capo socio sanitario.

16. DATI EPIDEMIOLOGICI RELATIVI ALLA CONTENZIONE

L'entità del ricorso alla contenzione in Italia può essere soltanto stimata, a causa dell'insufficienza del monitoraggio epidemiologico del fenomeno e della carenza di un sistema uniformemente diffuso di raccolta dei dati sulla contenzione³²⁹. Nonostante la scarsità della ricerca e della conoscenza sul tema per la mancanza di informazioni e dati ufficiali, esistono alcuni studi, gli ultimi risalenti all'incirca ad un decennio fa, che consentono di definire un panorama generale del funzionamento dei servizi, principalmente in ambito geriatrico e psichiatrico, in cui la pratica della contenzione si inserisce³³⁰.

Anzitutto, la ricerca "Progres-Acuti"³³¹ condotta fra il 2002 ed il 2003 cui si è precedentemente accennato, ha permesso di raccogliere dei dati relativi alle principali caratteristiche e ai modelli operativi di 262 SPDC operanti in Italia e 16 Centri di Salute Mentale territoriali aperti 24 ore su 24. Durante il periodo preso in considerazione, il tasso di TSO è stato del 12,9%. L'80% degli SPDC ha la porta chiusa, mentre 15 CSM hanno la porta aperta 16 ore su 24; risulta inoltre che il modello della porta chiusa sia più diffuso in Italia rispetto all'estero³³². Ad ogni modo, nell'arco temporale in esame non si conoscono il numero dei pazienti su cui la contenzione meccanica è stata applicata, né il numero delle contenzioni, né il numero totale di ore di contenzione in un anno³³³.

Un quadro più esauriente, pur se soltanto a livello regionale, si ottiene dalla ricerca³³⁴ condotta sugli SDPC dell'area metropolitana di Roma a cura del coordinamento dei SPDC del Lazio, iniziata nel 2005 e con successivi follow up. Questo studio, che ha monitorato le

³²⁸ Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), *La contenzione: problemi bioetici*, cit., pag. 3.

³²⁹ TOZZO P., *Il diritto di non essere "legati": la liceità della contenzione in ambito clinico – assistenziale*, cit., pag. 145.

³³⁰ Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), *La contenzione: problemi bioetici*, cit., pag. 14.

³³¹ DE GIROLAMO G., BARBATO A., BRACCO R., GADDINI A., MIGLIO R., MOROSINI P., NORCIO B., PICARDI A., ROSSI E., RUCCI P., SANTONE G., DELL'ACQUA G., *Caratteristiche e attività delle strutture di ricovero per pazienti psichiatrici acuti: i risultati dell'indagine nazionale "Progres- Acuti"*, cit., pag. 26-39.

³³² *Ibidem*.

³³³ Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), *La contenzione: problemi bioetici*, cit., pag. 14.

³³⁴ SANGIORGIO P., *La prevenzione, la gestione e, in prospettiva, l'eliminazione della contenzione nelle emergenze psichiatriche dell'area metropolitana di Roma*, in SANGIORGIO P., POLSELLI G.M. (a cura di), *Matti da (non) legare*, cit., pag. 1-40.

contenzioni meccaniche eseguite al fine di individuarne la ratio e l'evoluzione, oltre che di prospettare soluzioni alternative, è particolarmente notevole in quanto riguarda l'area di un'ampia metropoli, con una conseguente varietà di problematiche, vecchie e nuove, legate alla salute mentale, le quali inevitabilmente si riflettono sull'attività dei SPDC, affollati da ogni genere di urgenze (ricorrono soprattutto condotte psicopatiche, co-diagnosi di dipendenza e disturbo mentale, emergenze collegate a nuove povertà e crisi sociali)³³⁵.

Alla prima fase della ricerca laziale³³⁶, svoltasi nel quadrimestre gennaio-aprile 2005, hanno partecipato 23 SPDC (su un totale di 24), di cui soltanto uno, il SPDC dell'ospedale San Giacomo di Roma, non applicava la contenzione³³⁷. Dei 3130 pazienti ricoverati in quel periodo, 297 sono stati sottoposti a contenzione meccanica, ovvero approssimativamente uno su dieci. I pazienti contenuti sono stati mediamente assoggettati a due interventi di contenzione, fino ad un limite massimo di 12 contenzioni per un solo paziente e per un totale di 581 contenzioni. Per quanto concerne ciascun SPDC, la media del numero di contenzioni è stata di 26 per servizio, anche se con una considerevole disomogeneità tra i vari SPDC: eccetto il San Giacomo che non ha effettuato alcuna contenzione, si varia da un minimo di 5 contenzioni ad un massimo di 71 in 4 mesi. La durata media della contenzione è stata di circa 14 ore, oscillando comunque dai 20 minuti fino alle 216 ore (circa 9 giorni consecutivi); la durata media dell'applicazione della misura contenitiva per ciascun paziente è stata di 23 ore, variando da un minimo di 8 ad un massimo di 62 ore.

Nel 34% dei casi il paziente è stato contenuto pur non versando in regime di TSO ma invocandosi lo stato di necessità di cui all'art.54 c.p.³³⁸.

Quanto alle motivazioni addotte, la maggioranza dei pazienti (circa il 48%) è stata sottoposta a contenzione per agitazione psicomotoria, il 37% per aggressività etero diretta, il 13% per stati confusionali di natura organica, tossica o farmacologica, il 9% per autolesionismo, il 7% per rischio di fuga, il 3% per rifiuto delle cure³³⁹.

³³⁵ Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), *La contenzione: problemi bioetici*, cit., pag. 14.

³³⁶ SANGIORGIO P., *La prevenzione, la gestione e, in prospettiva, l'eliminazione della contenzione nelle emergenze psichiatriche dell'area metropolitana di Roma*, in SANGIORGIO P., POLSELLI G.M. (a cura di), *Matti da (non) legare*, cit.

³³⁷ Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), *La contenzione: problemi bioetici*, cit., pag. 14: tale servizio ad oggi non esiste più, poiché nel periodo immediatamente successivo alla summenzionata ricerca iniziata nel 2005, il presidio ospedaliero è stato chiuso in conformità al piano di razionalizzazione della regione Lazio.

³³⁸ SANGIORGIO P., *La prevenzione, la gestione e, in prospettiva, l'eliminazione della contenzione nelle emergenze psichiatriche dell'area metropolitana di Roma*, in SANGIORGIO P., POLSELLI G.M. (a cura di), *Matti da (non) legare*, cit.

³³⁹ *Ibidem*.

Avendo riguardo al monitoraggio realizzato attraverso i follow up successivi al 2005, è emerso che, nell'arco di 6 anni, dal 2005 al 2011, il numero dei pazienti contenuti presso gli SPDC oggetto della ricerca laziale è diminuito di un quarto; si è ridotta anche la media del numero di contenzioni per SPDC passando da 92 nel 2005 a 57 nel 2011, così come un calo è stato registrato nella media del numero di ore totali di contenzione per ciascun servizio, da 1500 a 999 ore per SPDC³⁴⁰.

Per quanto concerne il confronto con aree metropolitane dalle caratteristiche paragonabili a quelle di Roma, lo studio³⁴¹ effettuato a New York nel corso dell'anno 2000 ha dimostrato che, su 50 unità psichiatriche di emergenza, il tasso di pazienti contenuti sui dimessi è del 3,1%, per una durata media di 3,3 ore; dalla summenzionata ricerca laziale, invece, risulta un tasso di 9,48 pazienti contenuti su 100 dimessi, con una durata media della contenzione superiore, ovvero pari a 14 ore.

Alcuni dati epidemiologici sono stati ottenuti anche mediante lo studio italiano SPT^{342,343}, un'indagine longitudinale dell'Istituto Mario Negri di Milano compiuta su 61 servizi territoriali, 39 SPDC e due cliniche universitarie di 12 Regioni. Secondo tale studio, solo nel 12% dei servizi la contenzione meccanica è bandita come scelta; negli altri la contenzione è evento alquanto raro in poco meno di un terzo dei casi, mentre in un altro terzo è evento piuttosto frequente, giungendosi fino a trenta contenzioni in un mese. Sono sottoposti a contenzione anche pazienti ricoverati volontariamente e nel 64% degli SPDC che impiegano la misura contenitiva non esiste neppure un registro dei casi³⁴⁴.

Si è potuto rilevare³⁴⁵ che gli SPDC che ricorrono alla contenzione fanno in genere riferimento a servizi territoriali e reti sociosanitarie "deboli", intendendosi con ciò servizi territoriali aperti per un numero limitato di ore, che non offrono sufficiente varietà di personale e con scarsi collegamenti con altri centri della rete sociosanitaria territoriale, mentre gli SPDC no-restraint possono far affidamento su servizi operativi anche 24 ore su 24, dunque con una buona capacità di filtro delle emergenze.

³⁴⁰ SANGIORGIO P., *La prevenzione, la gestione e, in prospettiva, l'eliminazione della contenzione nelle emergenze psichiatriche dell'area metropolitana di Roma*, in SANGIORGIO P., POLSELLI G.M. (a cura di), *Matti da (non) legare*, cit.

³⁴¹ Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), *La contenzione: problemi bioetici*, cit., pag. 15.

³⁴² Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), *La contenzione: problemi bioetici*, cit., pag. 13.

³⁴³ CARDAMONE G., GUARNIERI A., MARI L., *Un'elaborazione critica dei dati sui SPDC. Riflessioni sul senso della crisi e del ricovero in psichiatria*, Rivista Sperimentale di Freniatria, 2003, vol. CXXVII, supplemento n. 2/2003, pag. 23-24.

³⁴⁴ *Ibidem*.

³⁴⁵ Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), *La contenzione: problemi bioetici*, cit., pag. 16.

Pur a fronte della scarsità di dati disponibili cui si è accennato in precedenza, ove si intenda ricostruire un quadro generale del ricorso alla misura contenitiva in Italia, occorre prendere avvio dalla considerazione che, se in ambito psichiatrico la contenzione costituisce questione particolarmente discussa nell'ottica del superamento della cultura manicomiale non ancora del tutto sradicata³⁴⁶, il dibattito relativo al contesto geriatrico³⁴⁷ appare al contrario molto più carente. La prevalenza della contenzione in geriatria non è censita in modo peculiare, potendosi oltretutto osservare notevoli differenze fra regione e regione³⁴⁸: il ricorso ai mezzi di contenzione nelle residenze sanitarie assistenziali (RSA) varia dal 41,7% dell'Emilia-Romagna, al 25% del Veneto, al 17,5% dell'Abruzzo³⁴⁹.

Sempre focalizzandosi sullo scenario italiano, dall'indagine³⁵⁰ condotta nel giugno 2010 su un campione di convenienza costituito da 39 presidi ospedalieri (per un totale di 2.808 pazienti ricoverati in unità di chirurgia, geriatria, medicina, ortopedia e terapia intensiva) e 70 RSA (6.690 ospiti in nuclei ordinari e Alzheimer), è emerso che, nel periodo di rilevazione, risultava sottoposto a contenzione meccanica il 15,8% dei degenti nelle diverse unità operative ospedaliere ed il 68,7% dei residenti nelle RSA. La prevenzione delle cadute, da sola o associata ad altre motivazioni, era indicata come principale causa della contenzione nel 70% dei casi in ospedale e nel 74,8% dei casi nelle RSA; le spondine per il letto rappresentavano il presidio più utilizzato, rispettivamente il 75,2% e il 60% dei mezzi di contenzione usati in ospedali e RSA³⁵¹. Oltre alla prevenzione delle cadute, tra le ragioni principali che inducono ad applicare un mezzo di contenzione, soprattutto nei pazienti ricoverati in ospedale, sono state riportate l'esigenza di protezione dei presidi al fine di prevenire la rimozione degli stessi e l'interruzione delle terapie, nonché la necessità di

³⁴⁶ TOZZO P., *Il diritto di non essere "legati": la liceità della contenzione in ambito clinico – assistenziale*, cit., pag. 147.

³⁴⁷ Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), *La contenzione: problemi bioetici*, cit., pag. 21: da una ricerca condotta nel 2006 su 44 delle 100 strutture per anziani allora presenti nella provincia di Trieste, 18 strutture delle 44 totali partecipanti dichiararono di usare la contenzione, mentre altre 19 affermarono di non usarla, anche se da un'indagine più approfondita risultavano in uso alcune misure a fini di contenzione, come il tavolino servitore o il sovradosaggio di farmaci.

³⁴⁸ ZANETTI E., CASTALDO A., MICELI R., MAGRI M., MARIANI L., GAZZOLA M., GOBBI P., CARNIEL G., CAPODIFERRO N., MUTTILLO G., *L'utilizzo della contenzione fisica negli ospedali e nelle Residenze Sanitarie Assistenziali: indagine multicentrica di prevalenza*, cit.

³⁴⁹ COSTANTINI S., *L'emergenza contenzione nelle residenze sanitarie per anziani*, in ANZIVINO F., BONATI P.A. (a cura di), *Il demente nelle istituzioni: le realtà e le prospettive*, Atti Congresso SIGG, Piacenza, 1996.

³⁵⁰ ZANETTI E., CASTALDO A., MICELI R., MAGRI M., MARIANI L., GAZZOLA M., GOBBI P., CARNIEL G., CAPODIFERRO N., MUTTILLO G., *L'utilizzo della contenzione fisica negli ospedali e nelle Residenze Sanitarie Assistenziali: indagine multicentrica di prevalenza*, cit.

³⁵¹ *Ibidem*.

garantire la sicurezza della persona assistita, soprattutto se in stato confusionale e/o di agitazione psicomotoria³⁵². Di conseguenza, i pazienti maggiormente a rischio di contenzione negli ospedali sono i soggetti con compromissione cognitiva permanente o temporanea³⁵³.

Conclusivamente, volgendo rapidamente lo sguardo al panorama internazionale, i dati sull'utilizzo dei mezzi di contenzione variano ancora una volta significativamente a seconda del setting assistenziale e della tipologia contenitiva attuata, evidenziandosi comunque dati di prevalenza che oscillano fra il 3% e l'83% nelle nursing homes³⁵⁴ e tra il 4% e il 22% negli ospedali, dove l'utilizzo della contenzione aumenta fino al 68% se si considerano le spondine per il letto³⁵⁵.

In ordine alla durata del provvedimento contenitivo nel setting ospedaliero, il tempo di contenzione è compreso in un intervallo variabile tra 1 e 104 giorni, con un periodo medio di 17,6 giorni³⁵⁶.

Occorre infine mettere in luce che i dati di prevalenza in ambito internazionale si dimostrano eterogenei anche a causa della presenza di diverse culture organizzative^{357,358}.

³⁵² Regione Emilia-Romagna, *Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale*, cit., pag. 6.

³⁵³ O'FLATHARTA T., HAUGH J., ROBINSON S.M., O'KEEFFE S.T., *Prevalence and predictors of bedrail use in an acute hospital*, *Age and Ageing*, 2014, 43 (6):801-5.

³⁵⁴ FENG Z., HIRDES J.P., SMITH T.F., FINNE-SOVERI H., CHI I., DU PASQUIER J.N., GILGEN R., IKEGAMI N., MOR V., *Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a cross-national study*, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2009, 24(10):1110-8.

³⁵⁵ DE VRIES O.J., LIGTHART G.J., NIKOLAUS T., *Differences in period prevalence of the use of physical restraints in elderly inpatients of European hospitals and nursing homes*, *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 2004, 59 (9):M922-M923.

³⁵⁶ IRVING K., *Inappropriate restraint practices in Australian teaching hospitals*, *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 2004, 21(4):23-7.

³⁵⁷ DE VRIES O.J., LIGTHART G.J., NIKOLAUS T., *Differences in period prevalence of the use of physical restraints in elderly inpatients of European hospitals and nursing homes*, cit.

³⁵⁸ MINNICK A.F., MION L.C., JOHNSON M.E., CATRAMBONE C., LEIPZIG R., *Prevalence and variation of physical restraint use in acute care setting in the US*, *Journal of Nursing Scholarship*, 2007, 39(1):30-7.

CAPITOLO 3

PROFILI DI RESPONSABILITA' MEDICA

SOMMARIO: **1.** La posizione di garanzia - **2.** La matrice delle responsabilità dei soggetti coinvolti a vario titolo nella procedura operativa di contenzione meccanica - **3.** Considerazioni introduttive alla responsabilità medica - **4.** La responsabilità penale del medico - 4.1 Responsabilità per atti auto e/o eterolesivi del paziente - 4.2 Responsabilità per omessa contenzione - 4.3 Responsabilità derivante da contenzione impropriamente attuata - 4.4 Responsabilità derivante dall'applicazione della contenzione in assenza dei presupposti di legittimità - **5.** La responsabilità civile del medico - **6.** Cenni sulla responsabilità della struttura sanitaria - **7.** Il ruolo fondamentale delle linee guida

1. LA POSIZIONE DI GARANZIA

In ambito giuridico e medico-legale riveste peculiare importanza la posizione di garanzia³⁵⁹ assunta dal medico, in particolare il medico psichiatra, in forza della quale egli diviene responsabile della cura e della protezione della salute e della vita del paziente affetto da disturbo mentale, rispetto ad un pericolo di danno a sé e/o agli altri, sulla base di un nesso causale che, ex art. 40 c.p.³⁶⁰, permette di collegare la condotta giuridicamente rilevante dello psichiatra alle azioni compiute dal paziente ed interpretate come espressione della sua patologia³⁶¹.

Recuperando la questione della legittimità della contenzione in ambito psichiatrico, poiché la medesima appare strettamente connessa all'individuazione dei doveri professionali e dei contenuti della posizione di garanzia dell'operatore di salute mentale, occorre interrogarsi se nel fascio di obblighi che la compongono rientri specificamente l'obbligo giuridico, riconducibile all'art. 40, comma 2 c.p., di impedire gli atti auto ed etero aggressivi del

³⁵⁹ Per un'ampia analisi inerente la posizione di garanzia in psichiatria cfr. DODARO G., *La posizione di garanzia degli operatori psichiatrici. Giurisprudenza e clinica a confronto*, Milano, 2011.

³⁶⁰ Art. 40 c.p. *Rapporto di causalità*, cit.

³⁶¹ PELLEGRINI P., *La posizione di garanzia e il medico psichiatra*, in *Psichiatria Oggi: fatti e opinioni dalla Lombardia*, Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo), n. 1, gennaio-giugno 2019, pag. 102.

paziente avvalendosi di ogni strumento a disposizione per la tutela della sua salute psicofisica, inclusa appunto la contenzione^{362,363}.

Secondo certa opinione³⁶⁴, la mancanza nell'ordinamento di un'apposita norma che espressamente attribuisca compiti di protezione e di controllo allo psichiatra, rappresenta un vuoto normativo che non consente di riconoscere con sicurezza la sussistenza in capo al medesimo di una posizione di garanzia, peraltro in conformità allo spirito che permea la legge Basaglia, la quale ha permesso di superare la visione tipicamente custodialistica del malato mentale. Tuttavia, di diverso avviso appaiono talvolta la giurisprudenza³⁶⁵ e parte della dottrina³⁶⁶, per le quali l'impedimento di atti auto ed eterolesivi del paziente psichiatrico rientra propriamente nell'obbligo di cura del medico: posto che l'atto aggressivo costituisce estrinsecazione della malattia, egli non può che farsi garante dell'evoluzione, talora drammatica, del processo causale.

D'altronde, se mediante l'abbandono del custodialismo e della presunzione di pericolosità del soggetto affetto da disturbo psichico il legislatore ha in qualche modo rinunciato ad una protezione anticipata e precauzionale di beni giuridici come la vita e l'incolumità individuale, allo stesso tempo non ha esonerato gli operatori psichiatrici dagli obblighi di cura, che per essere adempiuti richiedono di ricorrere ad interventi di sorveglianza, di custodia, nonché, in talune circostanze, ai mezzi coercitivi, onde scongiurare condotte lesive per il malato o per i terzi. Oltre al fatto che non corrisponderebbe ai canoni di ragionevolezza ritenere applicabili solo gli interventi squisitamente terapeutici rinunciando ad ogni strumento con funzione cautelare, come la contenzione per l'appunto, quando sia a rischio la stessa incolumità del malato, l'operatore di salute mentale si vedrebbe altresì spogliato del suo obbligo primario di tutelare l'integrità psicofisica del paziente³⁶⁷. Ne consegue che, specialmente in psichiatria, il principio terapeutico si intreccia indissolubilmente con quello della vigilanza, della custodia e quindi, in extremis, della contenzione, poiché la cura della malattia mentale implica la

³⁶² SALE C., *Analisi penalistica della contenzione del paziente psichiatrico*, cit., pag. 8.

³⁶³ CASTIGLIONI R., FLORES A., *Sull'uso dei mezzi di contenzione in ambiente psichiatrico. Considerazioni giuridiche e medico-legali*, in *Rivista Sperimentale di Freniatria*, CXI, n. 1, 1987, pag. 137.

³⁶⁴ ZACCARIELLO R., *Questioni in tema di responsabilità penale dello psichiatra per condotte auto ed eterolesive poste in essere dal paziente*, in www.psichiatria.it, pag. 1 e seguenti.

³⁶⁵ Cass. Pen., Sez. IV, sent. n. 48292 del 29/12/2008, in GIUNTA F., LUBINU G., MICHELETTI D., PICCIALLI P., PIRAS P., SALE C. (a cura di), *Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2010)*, Napoli, 2011, pag. 16.

³⁶⁶ IADECOLA G., *Responsabilità del direttore di una casa di cura per il suicidio di una paziente affetta da sindrome depressiva*, in *Dir. pen. proc.*, 2004, 9, pag. 1143 e seguenti.

³⁶⁷ SALE C., *Analisi penalistica della contenzione del paziente psichiatrico*, cit., pag. 9.

protezione della salute fisica e psichica del paziente; nell'ambito della prestazione terapeutica, disinteressarsi del controllo dell'auto o dell'etero aggressività del malato mentale significherebbe sostanzialmente venire meno all'obbligo di adeguatezza della cura, a maggior ragione nei casi in cui dal quadro clinico del paziente emerga uno stato di salute psicofisico foriero di condotte avventate³⁶⁸.

Sulla base di questa lettura, la posizione di garanzia dello psichiatra e di qualsiasi altro medico deriva dall'obbligo generico di porre in essere un idoneo trattamento terapeutico volto ad evitare l'aggravamento delle condizioni psicopatologiche del paziente e, nei limiti in cui sia possibile, favorirne il miglioramento, senza elevare ad obiettivo dell'attività psichiatrica il salvataggio o la guarigione del paziente³⁶⁹. Nel caso particolare dei disturbi psichici, l'obbligo di curare la malattia mentale nel miglior modo possibile include quello di apprestare puntuali cautele e salvaguardare il paziente dalla sua stessa potenziale pericolosità, avvalendosi anche dell'uso della forza e della contenzione ove necessario, sempre nel rispetto della dignità della persona. Il venir meno di ogni riferimento legislativo alla pericolosità non esclude infatti l'eventualità che una determinata patologia psichica possa rendere pericoloso un paziente e, quindi, renderlo capace di gesti auto o etero aggressivi³⁷⁰.

Non può negarsi che lo psichiatra si ritrovi così in una situazione dicotomica³⁷¹, ovvero tra l'esigenza di prevenzione, cura e riabilitazione della malattia mentale e le istanze sociali di un controllo preventivo-coercitivo rispetto a condotte potenzialmente lesive di beni giuridici fondamentali: il medico psichiatra, in qualità di controllore e terapeuta, avrebbe l'obbligo di intervenire a tutela della salute ogni qualvolta sia in atto o sia altamente probabile un danno all'incolumità del malato o della collettività³⁷², entrando contemporaneamente in gioco richieste di controllo sociale e necessità terapeutiche. Certamente questo non significa erigere un'idealizzata psichiatria "paternalistica", dovendosi invece propugnare la più genuina e realistica posizione di garanzia dello psichiatra nella consapevolezza di quanto possa dimostrarsi complesso cogliere il vissuto interiore della persona e cercare di preservarla, pur sempre nei limiti di una relazione, per quanto profonda, ineludibilmente professionale; nondimeno, a fronte di condizioni di rischio particolarmente esplicite e stante le difficoltà che

³⁶⁸ *Ibidem*.

³⁶⁹ DE FRANCESCO G., *Al capezzale della colpa medica*, Rivista Italiana di Medicina Legale, 3, 2015, pag. 880.

³⁷⁰ SALE C., *Analisi penalistica della contenzione del paziente psichiatrico*, cit., pag. 9.

³⁷¹ Così ZANCHETTI M., *Fra l'incudine e il martello: la responsabilità penale dello psichiatra per il suicidio del paziente in una recente pronuncia della Cassazione*, in Cass. Pen., 9, 2004, pag. 2870-2871.

³⁷² DE FRANCESCO G., *Al capezzale della colpa medica*, cit., pag. 883.

connotano il suo mandato di cura, lo psichiatra dovrebbe inoltre poter contare sul supporto delle istituzioni, senza che ciò possa tradursi in un espediente per invocare l'impunità³⁷³.

Può dunque ritenersi³⁷⁴ che lo psichiatra abbia l'obbligo giuridico di praticare la contenzione per tutelare la salute e la vita del paziente; al ricorrere di determinati presupposti, egli ha pertanto il dovere, e non la semplice facoltà, di contenere, potendo in caso contrario essere ritenuto penalmente responsabile per condotta omissiva, ossia per non aver impedito gli atti auto od etero aggressivi del paziente, ex art. 40 comma 2 c.p.

In definitiva, due appaiono le strade alternativamente percorribili: o si ritiene che l'operatore psichiatrico abbia la facoltà di contenere, con conseguente applicabilità delle scriminanti dello stato di necessità, della legittima difesa e dell'adempimento di un dovere³⁷⁵, oppure si asserisce che lo stesso abbia propriamente l'obbligo di contenere, agendo così all'interno di un contesto di liceità, posto che la legge stessa perverrebbe ad imporre la contenzione onde escludere una responsabilità penale per omissione. Conseguentemente, non essendo corretto affermare che la contenzione si può applicare e al contempo ritenere penalmente rilevante la condotta del medico che omette di praticarla qualora ricorrano i presupposti, ove sussista l'obbligo giuridico di impedire l'evento avverso ex art. 40 comma 2 c.p. e questo venga effettivamente impedito, proprio sulla base del contenuto della posizione di garanzia il fatto è da ritenersi lecito e non giustificato, poiché le cause di giustificazione traggono origine da un ambito sostanzialmente illecito: agendo lo psichiatra entro la cornice di un quadro lecito, non è necessario invocare una causa di giustificazione o una scriminante, la cui applicazione scaturisce da una situazione di illiceità³⁷⁶.

Si precisa che il dovere professionale di contenere può comunque incontrare un limite in quelle circostanze in grado di esporre a serio pericolo l'incolumità dell'operatore sanitario stesso, dato che i professionisti sanitari non rientrano nel novero dei soggetti per legge investiti del dovere istituzionale di esporsi al pericolo, al contrario ad esempio di Vigili del Fuoco, appartenenti alle Forze dell'Ordine, agenti della Protezione Civile. Nell'ipotesi di emergenza, non essendo consentito al medico psichiatra rimanere inerte, egli potrà adempiere

³⁷³ PELLEGRINI P., *La posizione di garanzia e il medico psichiatra*, cit., pag. 105-108.

³⁷⁴ SALE C., *Analisi penalistica della contenzione del paziente psichiatrico*, cit., pag. 10.

³⁷⁵ A favore della tesi della condotta scriminata dalla legittima difesa o dallo stato di necessità, cfr. DODARO G., *Il problema della legittimità giuridica dell'uso della forza fisica o della contenzione meccanica nei confronti del paziente psichiatrico aggressivo o a rischio suicidario*, cit., pag. 1505.

³⁷⁶ SALE C., *Analisi penalistica della contenzione del paziente psichiatrico*, cit., pag. 11.

all'obbligo di intervenire anche richiedendo la collaborazione di altri operatori o invocando l'ausilio della forza pubblica³⁷⁷.

Occorre infine evidenziare che, sebbene la contenzione sembri potersi validamente ricondurre al fascio degli obblighi che ex art. 40 comma 2 c.p. compongono la posizione di garanzia³⁷⁸, con riguardo all'intervento in situazioni di emergenza in cui il paziente psichiatrico può porre in essere condotte auto e/o etero aggressive, l'indirizzo maggioritario³⁷⁹ tende ad invocare l'applicazione delle scriminanti della legittima difesa e dello stato di necessità quali fonti di liceità del mezzo contenitivo.

2. LA MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEI SOGGETTI COINVOLTI A VARIO TITOLO NELLA PROCEDURA OPERATIVA DI CONTENZIONE MECCANICA

Prima di approfondire il tema della responsabilità medica, può essere utile, avvalendosi di apposita matrice, prospettare una panoramica generale delle responsabilità e competenze delle diverse figure professionali impegnate nell'esecuzione della procedura operativa relativa alla contenzione meccanica³⁸⁰. Anzitutto, posto che in forza della posizione di garanzia la decisione di prescrivere e attuare la contenzione spetta propriamente al medico psichiatra, la scelta inerente la sua applicazione o meno determina l'assunzione di responsabilità penale o civile. La responsabilità in ordine alla correttezza della procedura operativa e alla sicurezza del paziente sottoposto a contenzione sussiste invece in capo a tutti i componenti dell'equipe clinico-assistenziale che operano e collaborano alla gestione della pratica contenitiva, ciascuno limitatamente alla propria competenza³⁸¹. Ecco dunque che, rispetto alle peculiari attività svolte non solo dagli operatori sanitari ma da tutte le figure professionali coinvolte a vario titolo nell'esecuzione della procedura operativa concernente la contenzione meccanica, può descriversi la seguente matrice delle responsabilità³⁸²:

³⁷⁷ DODARO G., *Il problema della legittimità giuridica dell'uso della forza fisica o della contenzione meccanica nei confronti del paziente psichiatrico aggressivo o a rischio suicidario*, cit., pag. 1505.

³⁷⁸ SALE C., *Analisi penalistica della contenzione del paziente psichiatrico*, cit., pag. 11.

³⁷⁹ CASTIGLIONI R., FLORES A., *Sull'uso dei mezzi di contenzione in ambiente psichiatrico. Considerazioni giuridiche e medico-legali*, cit., pag. 137.

³⁸⁰ Regione del Veneto, *Linee di indirizzo regionali per la contenzione fisica del paziente nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura: prevenzione, monitoraggio e modello di procedura operativa*, cit., pag. 12.

³⁸¹ Regione del Veneto, *Linee di indirizzo regionali per la contenzione fisica del paziente nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura: prevenzione, monitoraggio e modello di procedura operativa*, cit., pag. 5.

³⁸² Regione del Veneto, *Linee di indirizzo regionali per la contenzione fisica del paziente nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura: prevenzione, monitoraggio e modello di procedura operativa*, cit., pag. 12.

Attività / Attori	Medico	Coord. Inf.	Inf.	OSS	Caregiver	Paziente	Forze dell'ordine
Valutazione della problematica contenitiva	R	R	R	C	C	I	-
Informazione/acquisizione consenso	R	C	C	C	C	C	-
Prescrizione della contenzione	R	C	C	I	I	I	-
Registrazione nella cartella clinica	R	C	I	I	-	-	-
Registrazione nella cartella infermieristica	I	C	R	I	-	-	-
Attuazione della contenzione	I/C	I	R	R	I	I	R*
Monitoraggio del paziente	R	I	R	R	I	I	-
Cessazione	R	C	C	I	I	I	-

Legenda: R = responsabile; R* = responsabile se vi è rischio commissione di reati; C = coinvolto; I = informato.

Acronimi: Coord. Inf. = Coordinatore infermieristico; Inf. = Infermiere; OSS = Operatore socio sanitario.

Si coglie l'occasione per ribadire che l'utilizzo dei mezzi di contenzione da parte del personale sanitario ed infermieristico può avvenire soltanto subordinatamente ad una prescrizione medica ex ante, debitamente registrata nella cartella clinica, in cui motivare e circostanziare la durata del trattamento e le modalità di contenzione da osservare. Come si è avuto modo di analizzare più ampiamente nel corso del capitolo 2, soltanto in situazioni urgenti che non consentano di attendere la prescrizione della contenzione da parte del medico o in assenza di quest'ultimo, l'infermiere può contenere il paziente dimostrando di aver agito in stato di necessità ex art. 54 c.p. L'infermiere potrà dunque essere chiamato a rispondere da solo di una pratica coercitiva eseguita in assenza di una prescrizione medica ex ante, mentre potrà ritenersi corresponsabile laddove, sia pur dietro indicazione dello psichiatra, avalli e

attui, magari reiteratamente, misure costringenti incompatibili con un'idea di diligenza contrattuale o anche, eventualmente, con una condotta deontologicamente corretta e penalmente irrilevante³⁸³.

In generale, comunque, sono sostanzialmente due le tipologie di condotta assunte dal personale infermieristico in ordine alle quali occorre saggiarne la rilevanza penale: una attiva, consistente nell'aver concorso a realizzare una contenzione non sorretta dai presupposti di legittimità, considerate le ragioni e le modalità di applicazione; una omissiva, per difetto di cure e di controlli sanitari che il quadro clinico di riferimento avrebbe invece suggerito³⁸⁴.

Si aggiunge che, così come l'operato del medico, anche quello degli infermieri è evidentemente suscettibile di trascendere i confini della colpa, integrando di conseguenza gli estremi del dolo; come si avrà occasione di approfondire successivamente, la struttura sanitaria può rivalersi a fini risarcitori sul singolo in caso di dolo o colpa grave dell'operatore sanitario.

3. CONSIDERAZIONI INTRODUTTIVE ALLA RESPONSABILITÀ MEDICA

La responsabilità dello psichiatra e l'analisi medico-legale del suo operato rappresentano una questione attuale e dibattuta³⁸⁵, soprattutto in ragione dei molteplici risvolti in ambito giuridico determinati principalmente dalle peculiarità della malattia mentale, facendosi in particolare riferimento alle sue manifestazioni cliniche suscettibili talvolta di sfociare in eventi tragici, e alla complessità della gestione terapeutica: allo psichiatra viene infatti richiesta, oltre alle consuete diagnosi, prognosi e terapia, anche una sorta di previsione della condotta che il soggetto affetto da disturbo psichico porrà in essere³⁸⁶.

Come si è avuto precedentemente modo di accennare, la responsabilità penale e civile dello psichiatra concerne la configurabilità in capo al medesimo, ai sensi dell'art. 40 comma 2 c.p., di una posizione di garanzia nei confronti del paziente, anche quando quest'ultimo non sia sottoposto a ricovero coatto mediante TSO³⁸⁷; dal riconoscimento di siffatta posizione di

³⁸³ CACACE S., *Il medico e la contenzione: aspetti risarcitori e problemi d'autodeterminazione*, Rivista Italiana di Medicina Legale, 1, 2013, pag. 223.

³⁸⁴ SALE C., *Analisi penalistica della contenzione del paziente psichiatrico*, cit., pag. 30-31.

³⁸⁵ COLUCCIA A., NUCCI G., CUOMO A., BENVENUTI M., CARABELLESE F., FAGIOLINI A., GABBRIELLI M., *La responsabilità dello psichiatra*, Rivista di Psichiatria, 2017, 52(6), pag. 226-235.

³⁸⁶ FEOLA T., *Responsabilità professionale in psichiatria: aspetti medico-legali*, Minerva Medicina Legale, 2005, 125, pag. 31-43.

³⁸⁷ Cass. Pen., Sez. IV, sent. n. 48292 del 27/11/2008, in De Jure: anche fuori dalle ipotesi di ricovero coatto, sullo psichiatra gravano, in forza della posizione di garanzia, doveri di protezione e di sorveglianza del paziente in relazione al pericolo di condotte autolesive e/o eterolesive. Lo psichiatra, al pari di qualsiasi altro medico

garanzia, si è visto, deriva l'obbligo giuridico del psichiatra di protezione e di sorveglianza, nonché quello di apprestare specifiche cautele ove emerga concretamente il rischio che il soggetto ponga in essere condotte auto e/o eterolesive.

La sussistenza della posizione di garanzia non risulta peraltro sufficiente a far sorgere la responsabilità del medico, rivelandosi necessario l'esame del rapporto di causalità tra la condotta commissiva od omissiva e l'evento lesivo. Il problema medico-legale è proprio quello di valutare l'esistenza o meno del nesso di causalità o concausalità³⁸⁸ tra l'operato dello psichiatra e la condotta del paziente, prestandosi peculiare attenzione alla prevedibilità e alla prevenibilità dell'evento³⁸⁹; a tal riguardo, è fondamentale fornire la prova giuridicamente rilevante circa il fatto che l'intervento psichiatrico, che si assume dovesse essere effettuato e che è mancato per negligenza, imperizia, imprudenza o inosservanza di norme, sarebbe stato idoneo ad evitare l'evento dannoso, potendosi considerare effettivamente prevedibili esclusivamente quelle situazioni in cui la storia clinica e le circostanze caratteristiche facciano ritenere l'evento dannoso molto probabile e non solo teoricamente possibile. Poiché l'art. 40 c.p. rievoca la *conditio sine qua non*, si tratta quindi di dimostrare, con ragionevole certezza, che il fatto penalmente rilevante non si sarebbe verificato senza la condotta commissiva od omissiva incriminata, ovvero se in un particolare momento del decorso storico-clinico del soggetto in terapia fosse stata posta in essere una specifica azione preventiva³⁹⁰.

Ai fini della determinazione della responsabilità penale del medico occorre anche definire la regola cautelare in base alla quale valutare la condotta dell'agente; nel tentativo di attribuire

curante, ha l'obbligo giuridico di curare la malattia mentale nel miglior modo possibile, con tutti gli strumenti che l'ordinamento e la scienza mettono a sua disposizione. Tale obbligo include quello di salvare il paziente dal rischio di condotte autolesive, dovendo ritenersi che le stesse rappresentino un'estrinsecazione, quando non una conseguenza, della patologia che lo affligge. Ne deriva che, se lo psichiatra ha in cura un soggetto che rivela un concreto pericolo di suicidio, la posizione di garanzia fa sorgere l'obbligo di apprestare cautele specifiche, quali la massima sorveglianza da parte del personale infermieristico e l'accompagnamento del paziente che intenda uscire dalla struttura.

³⁸⁸ Art. 41 c.p. *Concorso di cause*. "Il concorso di cause preesistenti o simultanee o sopravvenute, anche se indipendenti dall'azione od omissione del colpevole, non esclude il rapporto di causalità fra l'azione od omissione e l'evento.

Le cause sopravvenute escludono il rapporto di causalità quando sono state da sole sufficienti a determinare l'evento. In tal caso, se l'azione od omissione precedentemente commessa costituisce per sé un reato, si applica la pena per questo stabilita.

Le disposizioni precedenti si applicano anche quando la causa preesistente o simultanea o sopravvenuta consiste nel fatto illecito altrui".

³⁸⁹ COLUCCIA A., NUCCI G., CUOMO A., BENVENUTI M., CARABELLESE F., FAGIOLINI A., GABBRIELLI M., *La responsabilità dello psichiatra*, cit., pag. 228.

³⁹⁰ Per un eventuale approfondimento, cfr. JOURDAN S., *La responsabilità dello psichiatra per le azioni compiute dal paziente: concetto di prevedibilità dell'evento e possibilità di evitarlo*, in JOURDAN S., FORNARI U. (a cura di), *La responsabilità del medico in psichiatria*, Centro Scientifico Editore, Torino, 1997.

maggiore determinatezza alla suddetta regola, forniscono un valido contributo le linee guida, sapere scientifico codificato e accreditato dalla comunità scientifica preposta ad indicare gli standard diagnostico-terapeutici conformi ai criteri dettati dalla migliore scienza medica in un certo settore³⁹¹. Rileva altresì la nozione di rischio consentito³⁹², ovvero quel rischio insito nello svolgimento di un'attività e che non può essere completamente eliminato nonostante le condotte siano adeguate. Nel caso specifico di attività medica, che comporta una pericolosità in tutto o in parte ineliminabile e che, tuttavia, si accetta venga esercitata per garantire la cura del paziente, il rischio non può essere certamente evitato, ma deve essere governato e mantenuto entro limiti prestabiliti: il mantenimento del rischio entro congrui limiti attraverso l'adozione di condotte appropriate, per la cui individuazione possono soccorrere le linee guida, esclude l'addebito per colpa³⁹³.

Dopo aver fornito alcuni spunti di riflessione che permettono di inquadrare la tematica relativa alla responsabilità del medico allo scopo di approfondirla nei paragrafi che seguono, è necessario aggiungere che, in materia di trattamenti sanitari e clinico-assistenziali la disciplina sulla responsabilità medica è stata oggetto di riforma mediante la legge Gelli-Bianco n. 24 del 2017³⁹⁴, la quale include sia elementi civilistici in relazione alla responsabilità civile degli operatori sanitari e al risarcimento del danno biologico non patrimoniale, sia disposizioni in merito alla responsabilità penale del medico. La legge 24/2017, completando coerentemente il disegno abbozzato dalla legge n. 189/2012³⁹⁵ di conversione del decreto-legge Balduzzi n. 158/2012³⁹⁶ ed incardinando la materia, oltre che sull'art. 32 Cost. e sulla legge 219/2017³⁹⁷ inerente il consenso informato, anche sulla ricezione della Convenzione di Oviedo del

³⁹¹ Cass. Pen., Sez. IV, sent. n. 33609 del 14/06/2016, in *Ilpenalista.it*, 19/09/2016.

³⁹² Cass. Pen., Sez. IV, sent. n. 4391 del 22/11/2011, in *De Jure*.

³⁹³ Cass. Pen., Sez. IV, sent. n. 33609 del 14/06/2016, cit.: la sentenza ha condiviso l'impostazione adottata dalla Corte d'Appello, la quale aveva riscontrato la colpa nel fatto che "le condizioni della paziente evidenziatesi nell'imminenza del fatto, le notizie anamnestiche legate alle precedenti esperienze di tentativo di suicidio, unite alla diagnosi di accettazione, rendevano con evidenza largamente prevedibile, e altamente intenso sul piano obiettivo, il rischio di un rinnovato tentativo di suicidio della donna, che viceversa l'imputato ebbe a trascurare e dunque a gestire con manifesta superficialità e scoperta negligenza".

³⁹⁴ Legge Gelli-Bianco n. 24 dell'8 marzo 2017: *Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*.

³⁹⁵ Legge n. 189 dell'8 novembre 2012: *Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute*.

³⁹⁶ Decreto-legge n. 158 del 13 settembre 2012 (Decreto Balduzzi): *Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute*.

³⁹⁷ Legge 219/2017: *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*, cit.

1997³⁹⁸, fornisce dunque rinnovate declinazioni relativamente alla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie; si prevede altresì che nei procedimenti civili e penali aventi ad oggetto la responsabilità sanitaria, l'autorità giudiziaria affidi l'espletamento della consulenza tecnica e della perizia ad un medico legale³⁹⁹.

4. LA RESPONSABILITÀ PENALE DEL MEDICO

In relazione all'esercizio della professione medica, sussiste la responsabilità penale⁴⁰⁰ nell'ipotesi in cui il professionista sanitario ponga in essere una determinata condotta che corrisponde di per sé a reato o che provoca un fatto che costituisce reato, tale in quanto contemplato dal codice penale o da altra legge dello Stato. Affinché possa assumere rilievo, la condotta commissiva od omissiva deve essere caratterizzata quantomeno dalla colpa da cui deriva un danno al paziente sulla base del summenzionato nesso di causalità materiale ex art. 40 c.p. Con riguardo alla colpa in ambito sanitario, la colpa generica si qualifica secondo i

³⁹⁸ *Convenzione per la protezione dei Diritti dell'Uomo e della dignità dell'essere umano nei confronti dell'applicazione della biologia e della medicina: Convenzione sui Diritti dell'Uomo e la biomedicina*, Oviedo, 4/04/1997.

³⁹⁹ Art. 15, legge 24/2017: *Nomina dei consulenti tecnici d'ufficio e dei periti nei giudizi di responsabilità sanitaria*. Comma 1: "Nei procedimenti civili e nei procedimenti penali aventi ad oggetto la responsabilità sanitaria, l'autorità giudiziaria affida l'espletamento della consulenza tecnica e della perizia a un medico specializzato in medicina legale e a uno o più specialisti nella disciplina che abbiano specifica e pratica conoscenza di quanto oggetto del procedimento, avendo cura che i soggetti da nominare, scelti tra gli iscritti negli albi di cui ai commi 2 e 3, non siano in posizione di conflitto di interessi nello specifico procedimento o in altri connessi e che i consulenti tecnici d'ufficio da nominare nell'ambito del procedimento di cui all'articolo 8, comma 1, siano in possesso di adeguate e comprovate competenze nell'ambito della conciliazione acquisite anche mediante specifici percorsi formativi".

⁴⁰⁰ Art. 42 c.p. *Responsabilità per dolo o per colpa o per delitto preterintenzionale. Responsabilità obiettiva*. "Nessuno può essere punito per un'azione od omissione preveduta dalla legge come reato, se non l'ha commessa con coscienza e volontà.

Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come delitto, se non l'ha commesso con dolo, salvi i casi di delitto preterintenzionale o colposo espressamente preveduti dalla legge.

La legge determina i casi nei quali l'evento è posto altrimenti a carico dell'agente, come conseguenza della sua azione od omissione.

Nelle contravvenzioni ciascuno risponde della propria azione od omissione cosciente e volontaria, sia essa dolosa o colposa".

Art. 43 c.p. *Elemento psicologico del reato*. "Il delitto: è doloso, o secondo l'intenzione, quando l'evento dannoso o pericoloso, che è il risultato dell'azione od omissione e da cui la legge fa dipendere l'esistenza del delitto, è dall'agente preveduto e voluto come conseguenza della propria azione od omissione;

è preterintenzionale, o oltre l'intenzione, quando dall'azione od omissione deriva un evento dannoso o pericoloso più grave di quello voluto dall'agente;

è colposo, o contro l'intenzione, quando l'evento, anche se preveduto, non è voluto dall'agente e si verifica a causa di negligenza o imprudenza o imperizia, ovvero per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline.

La distinzione tra reato doloso e reato colposo, stabilita da questo articolo per i delitti, si applica altresì alle contravvenzioni, ogni qualvolta per queste la legge penale faccia dipendere da tale distinzione un qualsiasi effetto giuridico".

criteri di negligenza, imprudenza ed imperizia, mentre la colpa specifica deriva dall'inosservanza di leggi, regolamenti pubblici o privati, ordini o discipline⁴⁰¹.

La nuova legge Gelli-Bianco opera considerevoli cambiamenti rispetto alla precedente disciplina dettata dal decreto Balduzzi, di cui anzitutto viene abrogato il primo comma dell'art. 3⁴⁰² che prevedeva la non punibilità del medico nei casi di responsabilità per colpa lieve⁴⁰³ laddove, nello svolgimento della propria attività, si fosse attenuto alle linee guida e alle buone pratiche clinico-assistenziali accreditate dalla comunità scientifica.

L'attuale art. 6 della legge 24/2017⁴⁰⁴ introduce l'art. 590-sexies c.p.: oltre ad eliminarsi il precedente riferimento alla colpa lieve, si aggiunge che, qualora l'evento sfavorevole si sia verificato a causa di imperizia, la punibilità è esclusa se sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida, purché adeguate alla specificità del caso concreto, o, in loro mancanza, se sono osservate le buone pratiche clinico-assistenziali, secondo quanto definito dall'art. 5⁴⁰⁵ della legge Gelli-Bianco; al contrario, se la colpa è determinata da negligenza e/o

⁴⁰¹ CAENAZZO L., *Dispense del corso di Medicina Legale*, Scuola di Giurisprudenza, Università degli studi di Padova, 2020, pag. 46.

⁴⁰² Art. 3, comma 1, Decreto-legge n. 158 del 13 settembre 2012: "L'esercente la professione sanitaria che, nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve. In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile. Il giudice, anche nella determinazione del risarcimento del danno, tiene debitamente conto della condotta di cui al primo periodo".

⁴⁰³ Si ha colpa lieve in caso di mancata osservanza, da parte del debitore, della c.d. diligenza del bonus pater familias, che altro non è che una diligenza media.

⁴⁰⁴ Art. 6, legge 24/2017: *Responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria*.

"Dopo l'articolo 590-quinquies del codice penale è inserito il seguente:

«Art. 590-sexies (Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario). - Se i fatti di cui agli articoli 589 e 590 sono commessi nell'esercizio della professione sanitaria, si applicano le pene ivi previste salvo quanto disposto dal secondo comma.

Qualora l'evento si sia verificato a causa di imperizia, la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto».

All'articolo 3 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, il comma 1 è abrogato".

⁴⁰⁵ Art. 5, legge 24/2017: *Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida*.

"Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della salute, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, e da aggiornare con cadenza biennale. In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali.

Nel regolamentare l'iscrizione in apposito elenco delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche di cui al comma 1, il decreto del Ministro della salute stabilisce:

imprudenza, l'operatore sanitario è punibile anche se si è attenuto alle suddette linee guida e buone pratiche. Sostanzialmente, nonostante permangano l'antigiuridicità e la colpevolezza, il comma 2 dell'art. 590-sexies c.p. permette di scriminare la condotta del sanitario, escludendone la punibilità, in caso di sua ottemperanza alle linee guida e buone pratiche clinico-assistenziali soltanto se si tratta di colpa per imperizia; conseguentemente, al fine di evitare l'imputabilità per colpa dovuta ad imprudenza e/o negligenza, e quindi per adempiere validamente all'obbligo di custodia, il medico, per poter dimostrare di essere stato prudente e diligente, non potrà limitarsi a sostenere di aver aderito alle linee guida e alle buone pratiche, esigendosi altresì un'ulteriore condotta cautelare e preventiva⁴⁰⁶.

4.1 RESPONSABILITA' PER ATTI AUTO E/O ETEROLESIVI DEL PAZIENTE

Lo psichiatra può essere chiamato a rispondere penalmente delle conseguenze dell'omessa custodia e vigilanza per gli atti auto e/o eterolesivi posti in essere dal paziente⁴⁰⁷.

Ciò che propriamente viene richiesto allo psichiatra è cercare di evitare il suicidio o gli atti aggressivi del soggetto affetto da disagio psichico, avvalendosi di attenzioni, prudenza, diligenza e perizia proporzionate alla gravità della situazione e ai rischi che il medico è consapevole di dover gestire. A tal riguardo va precisato che sia i gesti eterolesivi, sia gli eventi suicidari discendono da una molteplicità di fattori, e pertanto, nell'ambito della valutazione di eventuali profili di responsabilità professionale, appare imprescindibile tenere

-
- a) i requisiti minimi di rappresentatività sul territorio nazionale;
 - b) la costituzione mediante atto pubblico e le garanzie da prevedere nello statuto in riferimento al libero accesso dei professionisti aventi titolo e alla loro partecipazione alle decisioni, all'autonomia e all'indipendenza, all'assenza di scopo di lucro, alla pubblicazione nel sito istituzionale dei bilanci preventivi, dei consuntivi e degli incarichi retribuiti, alla dichiarazione e regolazione dei conflitti di interesse e all'individuazione di sistemi di verifica e controllo della qualità della produzione tecnico-scientifica;
 - c) le procedure di iscrizione all'elenco nonché le verifiche sul mantenimento dei requisiti e le modalità di sospensione o cancellazione dallo stesso.

Le linee guida e gli aggiornamenti delle stesse elaborati dai soggetti di cui al comma 1 sono integrati nel Sistema nazionale per le linee guida (SNLG), il quale è disciplinato nei compiti e nelle funzioni con decreto del Ministro della salute, da emanare, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, con la procedura di cui all'articolo 1, comma 28, secondo periodo, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, e successive modificazioni, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. L'Istituto superiore di sanità pubblica nel proprio sito internet le linee guida e gli aggiornamenti delle stesse indicati dal SNLG, previa verifica della conformità della metodologia adottata a standard definiti e resi pubblici dallo stesso Istituto, nonché della rilevanza delle evidenze scientifiche dichiarate a supporto delle raccomandazioni.

Le attività di cui al comma 3 sono svolte nell'ambito delle risorse umane, finanziarie e strumentali già disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica”.

⁴⁰⁶ <https://www.dirittoconsenso.it/2019/03/19/la-responsabilita-medica/>

⁴⁰⁷ COLUCCIA A., NUCCI G., CUOMO A., BENVENUTI M., CARABELLESE F., FAGIOLINI A., GABBRIELLI M., *La responsabilità dello psichiatra*, cit., pag. 228.

in debito conto l'effettiva possibilità dello psichiatra di controllare tutte le variabili causali dell'evento: la problematica legata ai concetti di prevedibilità e conseguente evitabilità dell'evento lesivo o suicidario nella pratica clinica sta nel fatto che, se in un ipotetico giudizio a posteriori appare semplice, rispetto alla storia di un paziente, identificare i fattori di rischio che rendevano l'evento prevedibile cogliendone i comportamenti sospetti, molto più complesso è il ruolo dello psichiatra consistente nell'attribuire ex ante a determinate condotte altrettanto determinati significati corrispondenti⁴⁰⁸.

Quanto ai parametri per l'analisi della potenziale condotta autolesiva del paziente, lo psichiatra può avvalersi delle linee guida ministeriali⁴⁰⁹ dedicate proprio alla prevenzione del suicidio in ospedale, le quali prevedono, al momento della presa in carico del soggetto, la raccolta di un'accurata anamnesi allo scopo di individuare tempestivamente i fattori di rischio da monitorare ed eventuali precedenti idee o tentativi di suicidio. Sia durante il percorso clinico-assistenziale, sia alla dimissione si raccomanda il coinvolgimento di più figure professionali e dei familiari, al fine di un efficace supporto e della maggiore continuità terapeutica.

Proprio per la sua connaturata complessità, la questione della responsabilità penale del medico psichiatra per gli atti auto ed eterolesivi del paziente è stata ampiamente affrontata dalla giurisprudenza di legittimità.

In ambito di atti autolesivi⁴¹⁰, può costituire ipotesi esemplificativa la sentenza n. 33609 del 14/06/2016 con cui la Cassazione ha riconosciuto lo psichiatra penalmente responsabile del suicidio della paziente affetta da disturbo bipolare, in quanto il medico avrebbe violato i criteri della colpa generica⁴¹¹. Specificamente, è stato ritenuto che il professionista sanitario possa subire una condanna per omicidio colposo ex art. 589 c.p. nel caso in cui venga dimostrato che l'evento era prevedibile a causa dell'elevato rischio suicidario, conseguentemente potendosi evitare l'esito tragico tramite la predisposizione di una serie di adeguate cautele. Infatti, l'obbligo giuridico di impedire l'evento lesivo, gravante sul sanitario

⁴⁰⁸ BARBIERI C., DANESINO P., *La responsabilità professionale dello psichiatra per i reati violenti commessi dal paziente: riflessioni su una casistica peritale*, Rivista Italiana di Medicina Legale, 3, 2012, pag. 1103-1124.

⁴⁰⁹ Ministero della Salute, Raccomandazione n. 4, 03/2008, *Prevenzione di suicidio di paziente in ospedale*.

⁴¹⁰ Per un approfondimento, cfr. MASPERO M., *La responsabilità del medico per il suicidio del paziente alla luce della recente giurisprudenza di merito*, Rivista Italiana di Medicina Legale, 2005, 4-5, pag. 777-833.

⁴¹¹ Cass. Pen., Sez. IV, sent. n. 33609 del 14/06/2016, cit.: è stato considerato responsabile di omicidio colposo, per violazione dei parametri della colpa generica, il medico psichiatra in servizio presso il reparto di neuropsichiatria di una casa di cura il quale ha omesso di adottare adeguate misure di protezione idonee ad impedire che una paziente, ricoverata con diagnosi di disturbo bipolare in fase depressiva e con ideazione negativa a sfondo suicidario, si allontanasse dalla stanza in cui era ricoverata per raggiungere un'impalcatura esterna lasciandosi cadere nel vuoto e trovando così la morte.

in forza della posizione di garanzia, è qualificabile al contempo come obbligo di controllo, equiparando il paziente ad una fonte di pericolo rispetto alla quale il garante avrebbe il dovere di neutralizzarne gli effetti lesivi verso terzi, ed obbligo di protezione del paziente medesimo da comportamenti pregiudizievoli per sé stesso⁴¹². In merito al rapporto di causalità, si è ravvisata la sussistenza di un nesso causale tra la condotta omissiva dello psichiatra ed il suicidio della paziente riconoscendosi che “laddove l'imputato avesse assicurato una stretta e continua sorveglianza, l'evento lesivo non si sarebbe verificato con certezza, secondo una valutazione prognostica ex ante condotta in coerenza al principio dell'elevata probabilità logica e credibilità razionale”⁴¹³. Occorre dunque verificare se, ove il medico avesse tenuto la corretta condotta alternativa, l'evento non si sarebbe verificato, ossia se il comportamento alternativo conforme alla regola cautelare sarebbe stato concretamente idoneo ad impedire l'evento dannoso, il quale deve costituire la concretizzazione del rischio che la stessa regola cautelare intende invero prevenire⁴¹⁴. Il nesso di causalità tra la condotta omissiva e l'evento deve essere pertanto accertato mediante un apposito giudizio controfattuale, capace di rispondere, sulla base del sapere scientifico acquisito nel tempo, al quesito se, una volta che sia stato mentalmente rimosso il mancato compimento dell'azione doverosa, l'evento lesivo sarebbe effettivamente venuto meno⁴¹⁵.

Per quel che concerne invece gli atti eterolesivi, la giurisprudenza di legittimità ha ammesso un concorso colposo del medico nel delitto doloso del paziente sia nel caso in cui la condotta colposa del medico concorra con quella dolosa del paziente psichiatrico alla causazione dell'evento lesivo secondo lo schema del concorso di cause indipendenti, sia nel caso di vera e propria cooperazione colposa, purché in entrambe le ipotesi il reato del partecipe sia previsto dalle legge anche nella forma colposa (ad esempio lesioni personali od omicidio) e nella sua condotta siano realmente presenti tutti gli elementi che tipicamente connotano la colpa; in particolare, è necessario che la regola cautelare violata sia diretta ad evitare anche il rischio dell'atto doloso da parte del paziente, risultando esso prevedibile dal medico⁴¹⁶. Infine,

⁴¹² Cass. Pen., Sez. IV, sent. n. 14766 del 4/02/2016, in *Ilpenalista.it*, 19/09/2016.

⁴¹³ Cass. Pen., Sez. IV, sent. n. 33609 del 14/06/2016, cit.

⁴¹⁴ Cass. Pen., Sez. IV, sent. n. 48292 del 27/11/2008, cit.

⁴¹⁵ Cass. Pen., Sez. Unite, sent. n. 30328 del 10/07/2002, in *Ilpenalista.it*, 19/09/2016.

⁴¹⁶ Cass. Pen., Sez. IV, sent. n. 10795 del 14/11/2007, in *De Jure*: risponde di omicidio colposo lo psichiatra che, senza acquisire le conoscenze disponibili relative al percorso patologico del paziente e senza essersi informato in modo continuativo sull'evoluzione della malattia al fine di verificare l'esistenza di sintomi “allarmanti” conseguenti alla modifica del trattamento, con modalità diverse da quelle prescritte dalla migliore scienza psichiatrica riduce e poi sospende imprudentemente il trattamento farmacologico neurolettico nei confronti del paziente psicotico, determinandone così uno scompenso, ritenuto la causa della crisi nel corso della quale lo stesso paziente aveva aggredito ed ucciso uno degli operatori che lo accudivano.

“la responsabilità del medico psichiatra a titolo di concorso colposo nel delitto doloso commesso dal paziente psichiatrico è un ipotesi configurabile in astratto nel nostro ordinamento, che va in concreto vagliata alla luce delle raccomandazioni contenute nelle linee guida che consentono di determinare il perimetro del rischio consentito, nonché sulla base di una valutazione ex ante dell’adeguatezza delle scelte terapeutiche poste in essere”⁴¹⁷.

4.2 RESPONSABILITA' PER OMESSA CONTENZIONE

Il medico psichiatra può essere penalmente responsabile per l’abbandono del paziente incapace, nello specifico il disabile psichico, ai sensi dell’art. 591 c.p.⁴¹⁸ Precisamente, la giurisprudenza ritiene configurabile il delitto di abbandono, condotta consistente nel lasciare il soggetto passivo in balia di se stesso o di personale inidoneo con derivato potenziale pericolo per la vita o l’incolumità del paziente stesso⁴¹⁹, laddove il sanitario, venendo meno al rispetto dei propri doveri di diligenza e di prudenza, ometta di applicare una contenzione a fronte della sussistenza dei presupposti per la sua adozione⁴²⁰. Il delitto di abbandono di persona incapace si configura come reato di pura condotta del quale si risponde prescindendo dalla realizzazione dell’evento dannoso che possa derivare dall’abbandono; nel caso in cui ne conseguano lesioni personali o morte del paziente, il medico potrà rispondere dell’aggravante prevista dall’art. 591 comma 3 c.p. Alla luce di tali considerazioni, l’applicazione dell’art. 591 c.p. è consentita indipendentemente dall’eventuale compimento di atti auto od etero aggressivi da parte del paziente psichiatrico, circostanza estrinseca successiva al reato per cui si procede e di cui il giudice potrà tener conto appunto per l’inflizione di una pena più severa⁴²¹. Ancora, trattandosi di un reato di pericolo⁴²², è sufficiente sussista un mero pericolo

⁴¹⁷ Cass. Pen., Sez. IV, sent. n. 28187 del 20/04/2017, in BioDiritto. <https://www.biodiritto.org/Biolaw-pedia/Giurisprudenza/Corte-di-Cassazione-sez.-IV-pen.-sent.-28187-17-applicabilita-della-legge-Gelli-Bianco>

⁴¹⁸ Art. 591 c.p. *Abbandono di persone minori o incapaci*. “Chiunque abbandona una persona minore degli anni quattordici, ovvero una persona incapace, per malattia di mente o di corpo, per vecchiaia, o per altra causa, di provvedere a sé stessa, e della quale abbia la custodia o debba avere cura, è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni.

Alla stessa pena soggiace chi abbandona all'estero un cittadino italiano minore degli anni diciotto a lui affidato nel territorio dello Stato per ragioni di lavoro.

La pena è della reclusione da uno a sei anni se dal fatto deriva una lesione personale, ed è da tre a otto anni se ne deriva la morte.

Le pene sono aumentate se il fatto è commesso dal genitore, dal figlio, dal tutore o dal coniuge, ovvero dall'adottante o dall'adottato”.

⁴¹⁹ Cass. Pen., Sez. V, sent. n. 3905 del 20/03/1990, in De Jure, Rv. 183774.

⁴²⁰ CATANESI R., TROCCOLI G., CARABELLESE F., *La contenzione in psichiatria; profili di responsabilità professionale*, in Rivista Italiana di Medicina Legale, 6, 2003, pag. 1005 e seguenti.

⁴²¹ SALE C., *Analisi penalistica della contenzione del paziente psichiatrico*, cit., pag. 21.

potenziale, e non effettivo, di danno, per cui la condotta dell'agente deve essere oggettivamente idonea a determinare, anche potenzialmente, l'aggressione del bene protetto dalla norma incriminatrice. L'art. 591 c.p. rimane comunque inapplicabile ad ipotesi di responsabilità professionale derivanti da una condotta colposa, essendo l'autore della fattispecie delittuosa punibile soltanto a titolo di dolo⁴²³.

L'imputazione del reato di abbandono di persone incapaci affette da disturbi psichici ha avuto esiti altalenanti nella giurisprudenza, dando luogo sia a pronunce di condanna che di assoluzione.

Tra i precedenti giurisprudenziali di condanna può segnalarsi, a titolo di esempio, la sentenza Lampreu del 2008⁴²⁴. Gli operatori sanitari di una casa protetta avevano abbandonato a loro stessi i degenti, soggetti affetti da patologie mentali croniche gravi e per tale motivo privi di autonomia funzionale e di raziocinio, nonché sovente della capacità di orientamento spazio-temporale. In particolare, tali operatori avevano omesso ogni vigilanza nelle ore notturne, così come di assumere misure di adeguata sorveglianza durante le uscite dalla struttura assistenziale. La Suprema Corte ha quindi ribadito, a sostegno della sussistenza del reato di abbandono di persona incapace, che esso si caratterizza per la natura di reato di pericolo, sottolineando come il criterio distintivo della condotta di effettivo abbandono di incapace debba essere rapportato concretamente alla natura dell'incapacità. Non è pertanto necessario che si verifichi un danno nei confronti dell'abbandonato, ma è sufficiente il pericolo, la probabilità del suo realizzarsi.

Sul fronte assolutorio, un caso esemplificativo interessante è quello trattato dalla Cassazione nella sentenza n. 19310 del 2010⁴²⁵. Un paziente, affetto da schizofrenia, viene ricoverato presso un centro terapeutico assistito in quanto manifesta crisi di aggressività dovute soprattutto ai difficili rapporti familiari. Nonostante gli ordini di sorveglianza impartiti al personale, volti ad impedire che il paziente esca dalla clinica se non accompagnato, il soggetto si allontana dalla struttura sottraendosi alla vigilanza degli infermieri e, dopo qualche giorno, si suicida. Alla responsabile della struttura viene contestato il reato di cui all'art. 591 comma 3 c.p. per aver omesso di mettere in atto procedure idonee alla vigilanza del paziente.

⁴²² COLUCCIA A., NUCCI G., CUOMO A., BENVENUTI M., CARABELLESE F., FAGIOLINI A., GABBRIELLI M., *La responsabilità dello psichiatra*, cit., pag. 227.

⁴²³ Cass. Pen., Sez. IV, sent. n. 19310 del 20/05/2010, in SALE C., *Analisi penalistica della contenzione del paziente psichiatrico*, cit., pag. 21.

⁴²⁴ Cass. Pen., Sez. VI, sent. n. 6581 del 12/02/2008, in COLUCCIA A., NUCCI G., CUOMO A., BENVENUTI M., CARABELLESE F., FAGIOLINI A., GABBRIELLI M., *La responsabilità dello psichiatra*, cit., pag. 227.

⁴²⁵ Cass. Pen., Sez. IV, sent. n. 19310 del 20/05/2010, in SALE C., *Analisi penalistica della contenzione del paziente psichiatrico*, cit., pag. 21.

La Corte d'appello, riformando la sentenza di assoluzione di primo grado, dichiara l'imputata responsabile del delitto di omicidio colposo, mentre la Cassazione annulla senza rinvio la sentenza di secondo grado perché il fatto non sussiste. In tutti e tre i gradi di giudizio non vengono dunque ravvisati gli estremi del reato di abbandono di incapace dato che, in qualità di responsabile del reparto, la direttrice si è adoperata per organizzare un'adeguata sorveglianza dei pazienti.

Conclusivamente, la giurisprudenza in materia mostra una certa tendenza ad applicare l'art. 591 c.p. qualora, ricorrendo i presupposti per la contenzione, il sanitario ometta di praticarla⁴²⁶. Tuttavia, se dalla condotta omissiva dovessero derivare la morte o le lesioni del paziente, occorrerebbe chiedersi se sia consono invocare la fattispecie relativa all'abbandono di persone incapaci oppure quelle che incriminano l'omicidio doloso ex art. 575 c.p. o le lesioni personali dolose ex art. 582 c.p. Posto che nel fascio di obblighi che compongono la posizione di garanzia dell'operatore psichiatrico parrebbe rientrare anche quello di contenere per garantire la tutela psicofisica del paziente, se a causa della mancata contenzione conseguono la morte o le lesioni dell'interessato, il sanitario potrebbe allora essere chiamato a risponderne non a titolo di abbandono di incapace, seguito da morte o lesioni, quanto piuttosto a titolo di omicidio doloso o lesioni personali dolose, ove abbia accettato anche soltanto il rischio del verificarsi degli eventi infausti. Certamente non risulta semplice dimostrare la sussistenza del dolo con riguardo agli eventi morte e lesioni, soprattutto in un ambito quale quello medico, in cui regna la colpa⁴²⁷. La dottrina⁴²⁸ è dell'opinione che quando il soggetto attivo agisce rappresentandosi e volendo l'evento morte o lesioni, almeno a titolo di dolo eventuale, non si invoca l'art. 591 comma 3 c.p., bensì si applicano gli artt. 575 o 582 c.p. rispetto ai quali l'abbandono costituirebbe semplicemente una modalità con cui si estrinseca la condotta.

4.3 RESPONSABILITA' DERIVANTE DA CONTENZIONE IMPROPRIAMENTE ATTUATA

La responsabilità del medico può discendere anche dall'ipotesi di contenzione attuata lecitamente ma con modalità improprie⁴²⁹. L'inadeguata ed erronea gestione della contenzione

⁴²⁶ SALE C., *Analisi penalistica della contenzione del paziente psichiatrico*, cit., pag. 22.

⁴²⁷ SALE C., *Analisi penalistica della contenzione del paziente psichiatrico*, cit., pag. 23.

⁴²⁸ BASILE F., *Il delitto di abbandono di persone minori o incapaci (art. 591 c.p.)*. *Teoria e prassi*, Milano, 2008, pag. 120.

⁴²⁹ CATANESI R., TROCCOLI G., CARABELLESE F., *La contenzione in psichiatria; profili di responsabilità professionale*, cit.

può compromettere sensibilmente la salute psicofisica del paziente, ragion per cui, una volta disposta la misura contenitiva, occorre vigilare sull'evolversi del quadro clinico e monitorare costantemente la situazione. Difatti, qualora derivino danni al paziente, quali lesioni o morte, possono configurarsi i reati di lesioni personali colpose e di omicidio colposo, previsti rispettivamente dagli artt. 590 e 589 c.p.

Considerando la fattispecie dell'omicidio colposo, può utilizzarsi esemplificativamente la sentenza n. 48313/2009 della Cassazione⁴³⁰. La paziente, degente presso una struttura sanitaria e sottoposta incongruamente a contenzione meccanica, riesce ad utilizzare un accendino con cui appicca intenzionalmente un incendio in più punti del letto, riportando gravi ustioni su gran parte del corpo a causa delle quali decede, nonostante l'intervenuto soccorso. La legale rappresentante della struttura viene imputata del delitto di omicidio colposo. Il primo ed il secondo grado di giudizio si concludono con l'assoluzione perché il fatto non sussiste; le sentenze sono confermate in Cassazione, secondo la quale le conclusioni cui sono giunte le pronunce di merito sono immuni da censure: viene negata la sussistenza del nesso causale, ritenendosi inoltre che la presenza di più personale non avrebbe comunque impedito l'evento, in aggiunta al fatto che vi era stato un tempestivo, sia pur inutile, intervento di soccorso.

4.4 RESPONSABILITA' DERIVANTE DALL'APPLICAZIONE DELLA CONTENZIONE IN ASSENZA DEI PRESUPPOSTI DI LEGITTIMITA'

In mancanza dei presupposti di legittimità che autorizzano il ricorso a procedure coercitive, la contenzione non solo rappresenta un'ingiustificata limitazione dei diritti fondamentali della persona, ma si traduce anche in una condotta penalmente rilevante, integrando varie fattispecie di reato che prevedono come elemento soggettivo il dolo⁴³¹.

Anzitutto, si prenda in considerazione il reato di violenza privata di cui all'art. 610 c.p.⁴³²

La norma tutela la libertà di autodeterminazione del soggetto e, conseguentemente, la libertà di azione rispetto a costrizioni e limitazioni illegittimamente poste. Trattasi di reato a forma vincolata in cui la costrizione della capacità di determinarsi e di agire da parte del soggetto

⁴³⁰ Cass. Pen., Sez. IV, sent. n. 48313 del 17/12/2009, in SALE C., *Analisi penalistica della contenzione del paziente psichiatrico*, cit., pag. 24.

⁴³¹ CATANESI R., TROCCOLI G., CARABELLESE F., *La contenzione in psichiatria; profili di responsabilità professionale*, cit.

⁴³² Art. 610 c.p. *Violenza privata*. "Chiunque, con violenza o minaccia, costringe altri a fare, tollerare od omettere qualche cosa è punito con la reclusione fino a quattro anni.

La pena è aumentata se concorrono le condizioni previste dall'articolo 339".

passivo si realizza attraverso una violenza personale, fisica o psichica. Costituisce violenza personale penalmente rilevante ai sensi dell'art. 610 c.p. anche qualunque compressione immotivata della libertà di movimento, sia pur in assenza di contatto fisico tra l'agente e la vittima; l'ipotesi potrebbe essere quella del paziente psichiatrico rinchiuso ingiustificatamente all'interno di una stanza senza possibilità di muoversi all'interno di essa secondo le proprie determinazioni⁴³³. Questione dibattuta è se i destinatari della fattispecie delittuosa debbano essere capaci di percepire l'offesa ricevuta. Secondo l'opinione maggioritaria, il reato sarebbe ipotizzabile anche nei confronti dell'incapace di intendere e di volere, fatta eccezione per l'incapacità totale (come nel caso di neonato o di paziente in stato comatoso) poiché si incorrerebbe nella fattispecie di reato impossibile^{434,435}.

Per quanto concerne la più recente giurisprudenza della Cassazione, essa non tratta frequentemente il tema dell'applicabilità dell'art. 610 c.p.⁴³⁶ Si può menzionare la vicenda, sia pur risalente, analizzata dalla giurisprudenza di merito nel 1978: il direttore di un ospedale psichiatrico viene accusato di violenza privata per aver utilizzato il letto di contenzione e consentito l'uso di psicofarmaci in assenza dei presupposti previsti dalla legge, rimproverandosi anche di aver disposto, accettato e non impedito l'impiego di tali mezzi contenitivi, costringendo così i pazienti a subire ingiustamente una limitazione della libertà personale⁴³⁷.

Diversamente, laddove l'atto coercitivo non rimanga circoscritto al tempo strettamente necessario, esso diviene illegittimo comportando l'applicazione dell'art. 605 c.p.⁴³⁸

⁴³³ SALE C., *Analisi penalistica della contenzione del paziente psichiatrico*, cit., pag. 15-16.

⁴³⁴ Cfr. ZINCANI M., *Libertà morale*, in GIUNTA F. (a cura di), *Diritto penale*, Il sole 24 ore, Milano, 2008, pag. 626 e seguenti.

⁴³⁵ Per un'analisi approfondita dell'art. 610 c.p. cfr. VIGANÒ F., in MARINUCCI G., DOLCINI E. (a cura di), *Codice Penale Commentato*, Tomo III, terza edizione, IPSOA, 2011, pag. 5908 e seguenti.

⁴³⁶ SALE C., *Analisi penalistica della contenzione del paziente psichiatrico*, cit., pag. 16.

⁴³⁷ Tribunale di Santa Maria Capua Vetere, sent. del 9/05/1978, in *Il Foro Italiano*, vol. 104, n. 3, 3/1981, pag. 169-170.

⁴³⁸ Art. 605 c.p. *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.

Se il fatto di cui al primo comma è commesso in danno di un minore, si applica la pena della reclusione da tre a dodici anni. Se il fatto è commesso in presenza di taluna delle circostanze di cui al secondo comma, ovvero in danno di minore di anni quattordici o se il minore sequestrato è condotto o trattenuto all'estero, si applica la pena della reclusione da tre a quindici anni.

Se il colpevole cagiona la morte del minore sequestrato si applica la pena dell'ergastolo.

Le pene previste dal terzo comma sono altresì diminuite fino alla metà nei confronti dell'imputato che si adopera concretamente:

riguardante il sequestro di persona. Come si è avuto modo di trattare nel corso del capitolo 2, attraverso la sentenza n. 50497/2018 relativa al caso Mastrogiovanni⁴³⁹, la Cassazione ha confermato il dispositivo della pronuncia di appello, in particolare statuendo la colpevolezza degli imputati per il reato di sequestro di persona realizzato mediante contenzione meccanica al letto in assenza dei presupposti, annullando invece la sentenza di merito con la quale erano stati ravvisati gli estremi del reato di morte come conseguenza di altro delitto ex art. 586 c.p. Segnatamente, la giurisprudenza ritiene che il delitto di cui all'art. 605 c.p. sussista non soltanto quando il soggetto venga privato della libertà di movimento nello spazio, ma anche quando sia sottoposto a misure coercitive sul corpo, poiché in questo caso le stesse “di per sé ed obiettivamente sottraggono l'essere fisico alle relazioni spaziali, intercludendolo”⁴⁴⁰. Altresì, ai fini della configurabilità della fattispecie non rileva che la persona offesa sia o meno dotata di capacità psichica, in quanto secondo la Cassazione “deve prescindersi dall'esistenza nell'offeso di una capacità volitiva di movimento e di istintiva percezione della privazione della libertà, per cui il delitto è ipotizzabile anche nei confronti degli infermi di mente o di paralitici”⁴⁴¹; nello stesso senso, la Suprema Corte ha asserito che il delitto di cui all'art. 605 c.p. “è realizzabile in danno sia dell'individuo sano, cosciente e capace di esprimere il proprio aperto dissenso, come dell'infante e del demente, del comatoso, del delirante, del dormiente e del paralitico i quali, in quanto persone, devono sempre e comunque vedere garantita la libertà di misure coercitive sul corpo indipendentemente dalla consapevolezza che possono avere di queste”⁴⁴².

Dal punto di vista soggettivo, dato che la fattispecie in esame postula il dolo generico costituito dalla coscienza e volontà di contenere il paziente, si richiama una pronuncia della Cassazione con cui la medesima ha sottolineato che “il reato di sequestro di persona richiede, sotto il profilo soggettivo, la consapevolezza di infliggere alla vittima una illegittima privazione della libertà personale”, consapevolezza che discende “[...] certamente dalla mancata annotazione della contenzione in cartella clinica”⁴⁴³.

1) affinché il minore riacquisti la propria libertà;

2) per evitare che l'attività delittuosa sia portata a conseguenze ulteriori, aiutando concretamente l'autorità di polizia o l'autorità giudiziaria nella raccolta di elementi di prova decisivi per la ricostruzione dei fatti e per l'individuazione o la cattura di uno o più autori di reati;

3) per evitare la commissione di ulteriori fatti di sequestro di minore”.

⁴³⁹ Cass. Pen., Sez. V, sent. n. 50497 del 20/06/2018, cit.

⁴⁴⁰ Tribunale di Vallo della Lucania, 27/04/2013, pag. 36, con nota di SALE C., in *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 1, 2014, pag. 202.

⁴⁴¹ Cass. Pen., Sez. V, sent. n. 15194 del 19/11/1990, in CED, Rv. 185799.

⁴⁴² Cass. Pen., Sez. V, sent. n. 6488 del 22/02/2005, in CED, Rv. 231422.

⁴⁴³ Cass. Pen., Sez. VI, sent. n. 1808 del 16/01/2003, in CED, Rv. 223585.

Altra ipotesi delittuosa configurabile a fronte di una contenzione attuata in mancanza dei presupposti di legittimità è il reato di maltrattamenti contro familiari o conviventi di cui all'art. 572 c.p.⁴⁴⁴ Attraverso la summenzionata sentenza Lampreu del 2008⁴⁴⁵, gli operatori sanitari non soltanto sono stati condannati in quanto ritenuti responsabili di abbandono dell'incapace affetto da grave patologia mentale ex art. 591 c.p., ma la Cassazione ha ritenuto sussistente anche la fattispecie delittuosa di cui all'art. 572 c.p.: gli operatori della casa protetta maltrattavano i pazienti psichiatrici con percosse ed ingiurie, infliggendo punizioni fisiche o tenendoli in precarie condizioni igieniche, e somministravano loro eccessive quantità di sedativi onde evitare di doversene prendere cura, specialmente durante il servizio notturno; dall'approfondita lettura dei quaderni di consegna era emerso lo stato di "artificioso intorpidimento" dei degenti, "uno stordimento costante che li inabilitava alle più elementari attività della vita quotidiana"⁴⁴⁶, in quanto tali idonei a realizzare la condotta tipica del reato di cui all'art. 572 c.p.

5. LA RESPONSABILITÀ CIVILE DEL MEDICO

A fronte della responsabilità penale del professionista sanitario, salvo quest'ultimo abbia agito nell'adempimento di un'obbligazione contrattuale assunta con il paziente, sussiste una speculare responsabilità civile per fatto illecito doloso o colposo ai sensi dell'art. 2043 c.c.⁴⁴⁷ dalla quale scaturisce l'obbligo di risarcimento del danno in favore della vittima dell'illecito o, nell'ipotesi in cui sia deceduta, dei suoi aventi diritto. La responsabilità aquiliana del medico ha trovato espressamente riconoscimento nell'art. 7⁴⁴⁸ comma 3 della legge Gelli-

⁴⁴⁴ Art. 572 c.p. *Maltrattamenti contro familiari o conviventi*. "Chiunque, fuori dei casi indicati nell'articolo precedente, maltratta una persona della famiglia o comunque convivente, o una persona sottoposta alla sua autorità o a lui affidata per ragioni di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, o per l'esercizio di una professione o di un'arte, è punito con la reclusione da tre a sette anni.

La pena è aumentata fino alla metà se il fatto è commesso in presenza o in danno di persona minore, di donna in stato di gravidanza o di persona con disabilità come definita ai sensi dell'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, ovvero se il fatto è commesso con armi.

Se dal fatto deriva una lesione personale grave, si applica la reclusione da quattro a nove anni; se ne deriva una lesione gravissima, la reclusione da sette a quindici anni; se ne deriva la morte, la reclusione da dodici a ventiquattro anni.

Il minore di anni diciotto che assiste ai maltrattamenti di cui al presente articolo si considera persona offesa dal reato".

⁴⁴⁵ Cass. Pen., Sez. VI, sent. n. 6581 del 12/02/2008 cit., in SALE C., *Analisi penalistica della contenzione del paziente psichiatrico*, cit., pag. 19.

⁴⁴⁶ *Ibidem*.

⁴⁴⁷ Art. 2043 c.c. *Risarcimento per fatto illecito*. "Qualunque fatto doloso o colposo, che cagiona ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno".

⁴⁴⁸ Art. 7, legge 24/2017: *Responsabilità civile della struttura e dell'esercente la professione sanitaria*.

Bianco, in cui si prevede che il giudice, accertato il nesso di causalità tra l'evento lesivo e l'azione commissiva od omissiva incriminata, nella quantificazione del risarcimento del danno deve tener conto della condotta del professionista sanitario conformemente all'art. 5 della legge 24/2017 e all'art. 590-sexies c.p. introdotto dall'art. 6 della stessa. Ciò significa che, come precedentemente si è avuto modo di esporre, il rigoroso rispetto delle raccomandazioni contenute nelle linee guida e delle buone pratiche clinico-assistenziali consente di escludere la responsabilità colposa per imperizia, conservandosi tuttavia le conseguenze di natura risarcitoria; la corretta osservanza delle medesime linee guida e buone pratiche, in assenza dell'adempimento di un'ulteriore attività cautelare e preventiva, potrebbe invece non essere sufficiente ad evitare la punibilità dovuta ad una colpa per negligenza o imprudenza ed una conseguente condanna al risarcimento dei danni. Resta fermo che, trattandosi di responsabilità extracontrattuale, l'onere della prova incombe sul paziente, il quale è tenuto a dimostrare dinnanzi al giudice l'esistenza del danno patito, l'illiceità della condotta del professionista sanitario nonché, in forza del rispettivo nesso causale, la riconducibilità dell'evento ad una condotta imputabile al medico; il diritto al risarcimento del danno derivante dall'illecito soggiace ad un termine di prescrizione di 5 anni dal giorno in cui si è verificato l'illecito stesso (art. 2947, comma 1 c.c.)⁴⁴⁹.

Giungendo al caso peculiare della corretta quantificazione del danno da contenzione, la questione diviene particolarmente problematica, posto che l'avvenuta lesione dell'integrità del paziente è suscettibile di presentare aspetti sia fisici che psichici, mentre la sofferenza correlata alla misura contenitiva arbitraria può essere considerata unitamente al disagio di cui

“La struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose. La disposizione di cui al comma 1 si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero nell'ambito di attività di sperimentazione e di ricerca clinica ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché attraverso la telemedicina. L'esercente la professione sanitaria di cui ai commi 1 e 2 risponde del proprio operato ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile, salvo che abbia agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente. Il giudice, nella determinazione del risarcimento del danno, tiene conto della condotta dell'esercente la professione sanitaria ai sensi dell'articolo 5 della presente legge e dell'articolo 590-sexies del codice penale, introdotto dall'articolo 6 della presente legge. Il danno conseguente all'attività della struttura sanitaria o sociosanitaria, pubblica o privata, e dell'esercente la professione sanitaria è risarcito sulla base delle tabelle di cui agli articoli 138 e 139 del codice delle assicurazioni private, di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, integrate, ove necessario, con la procedura di cui al comma 1 del predetto articolo 138 e sulla base dei criteri di cui ai citati articoli, per tener conto delle fattispecie da esse non previste, afferenti alle attività di cui al presente articolo. Le disposizioni del presente articolo costituiscono norme imperative ai sensi del codice civile”.

⁴⁴⁹ CAENAZZO L., *Dispense del corso di Medicina Legale*, cit., pag. 49.

il trattamento subito si dimostra la causa⁴⁵⁰. Ne deriva la possibile liquidazione dei pregiudizi patrimoniali e, dinnanzi alla mancata lesione di interessi meramente economici, la liquidazione dei pregiudizi non patrimoniali, laddove il danno non patrimoniale è onnicomprensivo di quello biologico, fisico e psichico, di quello morale consistente nella sofferenza transeunte ovvero tradizionalmente il *pretium doloris*, nonché del disagio esistenziale⁴⁵¹.

Rivolgendo più approfonditamente l'attenzione al danno non patrimoniale, che ai sensi dell'art. 2059 c.c.⁴⁵² deve essere risarcito nelle sole ipotesi previste dalla legge facendosi riferimento nel caso di specie proprio alla legge 24/2017, esso assume rilievo in quanto ha costituito oggetto delle note sentenze gemelle del 2008 della Cassazione⁴⁵³. Oltre a ribadire la tipicità del danno non patrimoniale ex art. 2059 c.c. in quanto predeterminato dal legislatore, a differenza della più ampia nozione di danno ingiusto atipico ex art. 2043 c.c., le Sezioni Unite della Suprema Corte, attraverso un'interpretazione vincolante dell'art. 2059 c.c., aggiungono un ulteriore significativo elemento ai fini del riconoscimento della risarcibilità del danno non patrimoniale: anche ove esso non sia previsto da alcuna precedente legge, il giudice ordinario, sulla base di una lettura costituzionalmente orientata dell'art. 2059 c.c., deve ammettere la risarcibilità del danno non patrimoniale qualora siano stati lesi diritti della persona direttamente tutelati dalla Costituzione, specificamente per quel che qui interessa, trattasi dell'art. 32 Cost.⁴⁵⁴

Sempre con riguardo alla risarcibilità del danno, poiché le cause di giustificazione valgono ad impedire l'illiceità del fatto, se la contenzione si rivela legittima in quanto giustificata dallo stato di necessità, è escluso l'obbligo risarcitorio, residuando soltanto una conseguenza, peraltro insussistente se si è agito in legittima difesa ex art. 52 c.p.: secondo quanto stabilito dall'art. 2045 c.c.⁴⁵⁵, la persona danneggiata da fatto altrui commesso in stato di necessità ha

⁴⁵⁰ CACACE S., *Il medico e la contenzione: aspetti risarcitori e problemi d'autodeterminazione*, cit., pag. 222.

⁴⁵¹ *Ibidem*.

⁴⁵² Art. 2059 c.c. *Danni non patrimoniali*. "Il danno non patrimoniale deve essere risarcito solo nei casi determinati dalla legge".

⁴⁵³ Cass. Civ., Sez. Unite, sent. n. 26972, n. 26973, n. 26974, n. 26975 dell'11/11/2008.

⁴⁵⁴ Cass. Civ., Sez. Unite, sent. n. 26975 dell'11/11/2008, in *Leggi d'Italia, Danno e Responsabilità*, 2009, 1, 19, nota di PROCIDA MIRABELLI DI LAURO A.: "Il danno non patrimoniale è risarcibile nei soli casi previsti dalla legge, i quali si dividono in due gruppi: le ipotesi in cui la risarcibilità è prevista in modo espresso (ad es., nel caso in cui il fatto illecito integri gli estremi di un reato); e quella in cui la risarcibilità del danno in esame, pur non essendo espressamente prevista da una norma di legge ad hoc, deve ammettersi sulla base di una interpretazione costituzionalmente orientata dell'art. 2059 c.c., per avere il fatto illecito vulnerato in modo grave un diritto della persona direttamente tutelato dalla Costituzione".

⁴⁵⁵ Art. 2045 c.c. *Stato di necessità*. "Quando chi ha compiuto il fatto dannoso vi è stato costretto dalla necessità di salvare sé o altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona e il pericolo non è stato da lui

diritto alla liquidazione di un'indennità, la cui misura è rimessa all'equo apprezzamento del giudice⁴⁵⁶. È lecito ipotizzare che il danno biologico rilevante sia destinato a motivare gran parte di tale ristoro indennitario, laddove una contenzione eseguita in stato di necessità non dovrebbe normalmente comportare una grave violazione della libertà e della dignità personali⁴⁵⁷.

Infine, l'omessa applicazione di una misura costringitiva nonostante i presupposti per la sua adozione e a maggior ragione al ricorrere di uno stato di necessità, configura una responsabilità extracontrattuale ex art. 2047 c.c.⁴⁵⁸ prevista propriamente in capo a colui che è tenuto alla sorveglianza dell'incapace per il danno da questi commesso, salvo dimostrare di non aver potuto impedire il fatto. Sostanzialmente, allorché sia necessario contenere il paziente, il medico deve provvedervi senza indugio, proprio in ragione della posizione di garanzia che egli ricopre nei confronti del soggetto⁴⁵⁹. Si evince quindi che i presupposti di questa responsabilità sono il danno compiuto dall'incapace e l'esistenza di un obbligo di sorveglianza che grava sul professionista sanitario. In giurisprudenza⁴⁶⁰ è stato ritenuto che la responsabilità prevista dall'art. 2047 c.c. riguardi soltanto l'ipotesi in cui l'incapace cagioni un danno ad un terzo, e non il diverso caso in cui il paziente procuri un danno a sé stesso. L'accoglimento del suddetto orientamento giurisprudenziale comporterebbe alcune notevoli conseguenze pratiche per quel che concerne la responsabilità penale, poiché il sanitario potrebbe essere considerato responsabile soltanto degli eventuali delitti di omicidio o lesioni cagionati dal proprio paziente a terzi, ma non del suicidio dello stesso. Tuttavia, appare opportuno evidenziare che dalla lettera della disposizione in esame di fatto non trapela alcuna limitazione circa la direzione del danno, non essendo richiesto che esso sia rivolto necessariamente verso terzi, quanto piuttosto che semplicemente si realizzi⁴⁶¹.

volontariamente causato né era altrimenti evitabile, al danneggiato è dovuta un'indennità, la cui misura è rimessa all'equo apprezzamento del giudice”.

⁴⁵⁶ DODARO G., FERRANNINI L., *Contenzione meccanica in psichiatria. Introduzione al focus*, cit., pag. 172.

⁴⁵⁷ CACACE S., *Il medico e la contenzione: aspetti risarcitori e problemi d'autodeterminazione*, cit., pag. 222.

⁴⁵⁸ Art. 2047 c.c. *Danno cagionato dall'incapace*. “In caso di danno cagionato da persona incapace di intendere o di volere, il risarcimento è dovuto da chi è tenuto alla sorveglianza dell'incapace, salvo che provi di non aver potuto impedire il fatto.

Nel caso in cui il danneggiato non abbia potuto ottenere il risarcimento da chi è tenuto alla sorveglianza, il giudice, in considerazione delle condizioni economiche delle parti, può condannare l'autore del danno a un'equa indennità”.

⁴⁵⁹ CACACE S., *Il medico e la contenzione: aspetti risarcitori e problemi d'autodeterminazione*, cit., pag. 224.

⁴⁶⁰ Cass. Civ., Sez. III, sent. n. 11245 del 18/07/2003, in *Giustizia civile-Massimario annotato della Cassazione*, 2003, pag. 7-8.

⁴⁶¹ SALE C., *Analisi penalistica della contenzione del paziente psichiatrico*, cit., pag. 14.

Occorre da ultimo precisare che l'assunzione di una posizione di garanzia in capo al professionista sanitario può scaturire non soltanto dalla legge, l'art. 40 c.p., ma anche da un atto di autonomia privata cui l'art. 1372 c.c. riconosce forza di legge tra le parti, ossia il contratto ex art. 1321 c.c. concluso tra l'operatore psichiatrico libero professionista ed il paziente⁴⁶². Si badi però che, qualora il contratto sia stipulato tra il paziente e la struttura sanitaria, pubblica o privata, il professionista sanitario, in qualità di dipendente della medesima, rimane del tutto estraneo al contratto stesso, conservando soltanto un rapporto giuridicamente indiretto con il paziente; la giurisprudenza⁴⁶³ ritiene che, nel caso di specie, la fonte della posizione di garanzia in capo al medico non sia il contratto, ma il cosiddetto contatto sociale, in virtù della relazione terapeutica tra medico e paziente⁴⁶⁴.

Rimane comunque che la formazione del contratto nel settore psichiatrico incontra alcune difficoltà dovute alla circostanza che spesso uno dei contraenti, la persona affetta da disagio psichico, non è in grado di esprimere validamente la propria volontà, per cui deve essere rappresentata da un soggetto che la sostituisca per il compimento di un determinato negozio giuridico, acconsentendo così alle cure⁴⁶⁵. In tale ipotesi, l'eventuale responsabilità civile del medico che esercita privatamente la professione in virtù di un contratto d'opera professionale autonomo è tipicamente contrattuale⁴⁶⁶ ex art. 1218 c.c.⁴⁶⁷ in quanto fonda i propri presupposti nel suddetto rapporto contrattuale tra il professionista sanitario ed il paziente psichiatrico; oggetto dell'obbligazione del medico è la prestazione sanitaria, la quale deve essere eseguita secondo diligenza qualificata, superiore alla diligenza dell'uomo medio, parametrata al settore professionale del debitore nonché alla difficoltà della prestazione⁴⁶⁸.

⁴⁶² *Ibidem*.

⁴⁶³ Cass. Pen., Sez. IV, sent. n. 25527 del 4/07/2007, in SALE C., *La posizione di garanzia del medico tra fonti sostanziali e formali*, 21/06/2013. <https://archiviodpc.dirittopenaleuomo.org/d/2307-la-posizione-di-garanzia-del-medico-tra-fonti-sostanziali-e-formali>: “[...] è sufficiente richiamare sinteticamente la ormai consolidata giurisprudenza civilistica che ha individuato obbligazioni di natura contrattuale ma non fondate sul contratto, bensì sul contatto sociale. Tali obbligazioni sono agevolmente riconducibili all'ambito della posizione di garanzia”.

⁴⁶⁴ SALE C., *Analisi penalistica della contenzione del paziente psichiatrico*, cit., pag. 15.

⁴⁶⁵ *Ibidem*.

⁴⁶⁶ NAPOLI G., *La responsabilità sanitaria nel sistema civilistico. Punti fermi e nuove linee di riforma*, Rivista Italiana di Medicina Legale, 1, 2017, pag. 66.

⁴⁶⁷ Art. 1218 c.c. *Responsabilità del debitore*. “Il debitore che non esegue esattamente la prestazione dovuta è tenuto al risarcimento del danno, se non prova che l'inadempimento o il ritardo è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa a lui non imputabile”.

⁴⁶⁸ Art. 1176 c.c. *Diligenza nell'adempimento*. “Nell'adempimento dell'obbligazione il debitore deve usare la diligenza del buon padre di famiglia. Nell'adempimento delle obbligazioni inerenti all'esercizio di un'attività professionale, la diligenza deve valutarsi con riguardo alla natura dell'attività esercitata”.

Art. 2236 c.c. *Responsabilità del prestatore d'opera*. “Se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, il prestatore d'opera non risponde dei danni, se non in caso di dolo o di colpa grave”.

Trattandosi di responsabilità contrattuale, il paziente che assume di aver subito il danno ha soltanto l'onere di provare l'esistenza del rapporto contrattuale allegando l'inadempimento del debitore astrattamente idoneo a cagionare il pregiudizio lamentato, ma nei casi di speciali difficoltà la sussistenza di dolo o colpa grave e di imperizia deve essere dimostrata, mediante inversione dell'onere probatorio, dal paziente stesso. Sul medico grava la prova che tale inadempimento non vi è stato ovvero che, seppur esistente, esso non ha avuto alcuna rilevanza eziologica⁴⁶⁹. Il diritto al risarcimento del danno si prescrive in questo caso nel termine ordinario decennale (art. 2946 c.c.).

Conclusivamente, al fine di rendere effettiva l'eventuale condanna al risarcimento dei danni cagionati al paziente, i commi 2 e 3 dell'art. 10⁴⁷⁰ della legge 24/2017 introducono precisi obblighi di assicurazione in capo sia ai professionisti sanitari che esercitano in regime di libera professione, sia ai professionisti sanitari dipendenti dalle strutture sanitarie pubbliche o private. Specificamente, l'obbligo assicurativo per la responsabilità civile sussiste in capo all'esercente la professione sanitaria che svolga la propria attività al di fuori di una struttura o che presti la sua opera all'interno della stessa in regime libero-professionale, ovvero che si avvalga della medesima nell'adempimento della propria obbligazione contrattuale assunta con il paziente; tale obbligo di stipulare un'adeguata polizza di assicurazione per responsabilità civile per colpa grave viene introdotto anche per coloro che esercitano a qualunque titolo la professione sanitaria in strutture pubbliche o private. L'obiettivo è di garantire in tal modo l'efficacia dell'azione di rivalsa o dell'azione amministrativa della Corte dei conti nei confronti dell'esercente la professione sanitaria, secondo quanto previsto dall' art. 9⁴⁷¹ della

⁴⁶⁹ CACACE S., *Il medico e la contenzione: aspetti risarcitori e problemi d'autodeterminazione*, cit., pag. 221.

⁴⁷⁰ Art. 10, legge 24/2017: *Obbligo di assicurazione*.

Comma 2: "Per l'esercente la professione sanitaria che svolga la propria attività al di fuori di una delle strutture di cui al comma 1 del presente articolo o che presti la sua opera all'interno della stessa in regime libero-professionale ovvero che si avvalga della stessa nell'adempimento della propria obbligazione contrattuale assunta con il paziente ai sensi dell'articolo 7, comma 3, resta fermo l'obbligo di cui all'articolo 3, comma 5, lettera e), del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, all'articolo 5 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 7 agosto 2012, n. 137, e all'articolo 3, comma 2, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189".

Comma 3: "Al fine di garantire efficacia alle azioni di cui all'articolo 9 e all'articolo 12, comma 3, ciascun esercente la professione sanitaria operante a qualunque titolo in strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche o private provvede alla stipula, con oneri a proprio carico, di un'adeguata polizza di assicurazione per colpa grave".

⁴⁷¹ Art. 9, legge 24/2017: *Azione di rivalsa o di responsabilità amministrativa*. "L'azione di rivalsa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria può essere esercitata solo in caso di dolo o colpa grave.

Se l'esercente la professione sanitaria non è stato parte del giudizio o della procedura stragiudiziale di risarcimento del danno, l'azione di rivalsa nei suoi confronti può essere esercitata soltanto successivamente al risarcimento avvenuto sulla base di titolo giudiziale o stragiudiziale ed è esercitata, a pena di decadenza, entro un

legge 24/2017. L'art. 11⁴⁷² della legge Gelli-Bianco si occupa infine di definire alcuni requisiti che le polizze assicurative dei professionisti sanitari devono soddisfare, in particolare definendone i limiti temporali.

6. CENNI SULLA RESPONSABILITÀ DELLA STRUTTURA SANITARIA

Scopo del presente paragrafo vorrebbe essere quello di accennare alla questione della responsabilità della struttura sanitaria, soprattutto per completezza di trattazione, ma senza alcuna pretesa di approfondire una tematica così complessa, il che peraltro potrebbe esulare dall'oggetto specifico dell'elaborato.

anno dall'avvenuto pagamento. La decisione pronunciata nel giudizio promosso contro la struttura sanitaria o sociosanitaria o contro l'impresa di assicurazione non fa stato nel giudizio di rivalsa se l'esercente la professione sanitaria non è stato parte del giudizio. In nessun caso la transazione è opponibile all'esercente la professione sanitaria nel giudizio di rivalsa. In caso di accoglimento della domanda di risarcimento proposta dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica, ai sensi dei commi 1 e 2 dell'articolo 7, o dell'esercente la professione sanitaria, ai sensi del comma 3 del medesimo articolo 7, l'azione di responsabilità amministrativa, per dolo o colpa grave, nei confronti dell'esercente la professione sanitaria è esercitata dal pubblico ministero presso la Corte dei conti. Ai fini della quantificazione del danno, fermo restando quanto previsto dall'articolo 1, comma 1-bis, della legge 14 gennaio 1994, n. 20, e dall'articolo 52, secondo comma, del testo unico di cui al regio decreto 12 luglio 1934, n. 1214, si tiene conto delle situazioni di fatto di particolare difficoltà, anche di natura organizzativa, della struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica, in cui l'esercente la professione sanitaria ha operato. L'importo della condanna per la responsabilità amministrativa e della surrogazione di cui all'articolo 1916, primo comma, del codice civile, per singolo evento, in caso di colpa grave, non può superare una somma pari al valore maggiore della retribuzione lorda o del corrispettivo convenzionale conseguiti nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo, moltiplicato per il triplo. Per i tre anni successivi al passaggio in giudicato della decisione di accoglimento della domanda di risarcimento proposta dal danneggiato, l'esercente la professione sanitaria, nell'ambito delle strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche, non può essere preposto ad incarichi professionali superiori rispetto a quelli ricoperti e il giudicato costituisce oggetto di specifica valutazione da parte dei commissari nei pubblici concorsi per incarichi superiori.

In caso di accoglimento della domanda proposta dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o sociosanitaria privata o nei confronti dell'impresa di assicurazione titolare di polizza con la medesima struttura, la misura della rivalsa e quella della surrogazione richiesta dall'impresa di assicurazione, ai sensi dell'articolo 1916, primo comma, del codice civile, per singolo evento, in caso di colpa grave, non possono superare una somma pari al valore maggiore del reddito professionale, ivi compresa la retribuzione lorda, conseguito nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo, moltiplicato per il triplo. Il limite alla misura della rivalsa, di cui al periodo precedente, non si applica nei confronti degli esercenti la professione sanitaria di cui all'articolo 10, comma 2.

Nel giudizio di rivalsa e in quello di responsabilità amministrativa il giudice può desumere argomenti di prova dalle prove assunte nel giudizio instaurato dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o sociosanitaria o dell'impresa di assicurazione se l'esercente la professione sanitaria ne è stato parte”.

⁴⁷² Art. 11, legge 24/2017: *Estensione della garanzia assicurativa*. “La garanzia assicurativa deve prevedere una operatività temporale anche per gli eventi accaduti nei dieci anni antecedenti la conclusione del contratto assicurativo, purché denunciati all'impresa di assicurazione durante la vigenza temporale della polizza. In caso di cessazione definitiva dell'attività professionale per qualsiasi causa deve essere previsto un periodo di ultrattività della copertura per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta entro i dieci anni successivi e riferite a fatti generatori della responsabilità verificatisi nel periodo di efficacia della polizza, incluso il periodo di retroattività della copertura. L'ultrattività è estesa agli eredi e non è assoggettabile alla clausola di disdetta”.

In primo luogo, secondo quanto previsto dal comma 1 dell'art. 7⁴⁷³ della legge Gelli-Bianco, la struttura sanitaria o sociosanitaria, sia essa pubblica o privata, la quale si avvale, nell'adempimento della propria obbligazione, dell'opera di esercenti la professione sanitaria, ancorché scelti dal paziente o non dipendenti della struttura medesima, risponde ai sensi degli articoli 1218 c.c. e 1228 c.c.⁴⁷⁴ delle loro condotte dolose o colpose; il comma 2 dell'art. 7 estende la suddetta regola inerente la responsabilità civile della struttura anche ai casi di prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria o nell'ambito di attività di sperimentazione e di ricerca clinica oppure in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale.

Ciò significa anzitutto che la struttura sanitaria, la cui prestazione erogata viene assoggettata all'obbligo di trasparenza⁴⁷⁵, è contrattualmente obbligata nei confronti del paziente, dovendosi applicare in caso di inadempimento il regime di cui all'art. 1218 c.c.⁴⁷⁶, dimostrandosi quindi ex post che il personale sanitario coinvolto nella vicenda clinica si è adoperato con tutti i mezzi idonei alla gestione del caso o che l'evento dannoso è determinato da altre cause indipendenti dall'operato dei sanitari⁴⁷⁷.

⁴⁷³ Art. 7, legge 24/2017: *Responsabilità civile della struttura e dell'esercente la professione sanitaria*, cit.

⁴⁷⁴ Art. 1228 c.c. *Responsabilità per fatto degli ausiliari*. “Salva diversa volontà delle parti, il debitore che nell'adempimento dell'obbligazione si vale dell'opera di terzi, risponde anche dei fatti dolosi o colposi di costoro”.

⁴⁷⁵ Art. 4, legge 24/2017: *Trasparenza dei dati*. “Le prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e private sono soggette all'obbligo di trasparenza, nel rispetto del codice in materia di protezione dei dati personali, di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196. La direzione sanitaria della struttura pubblica o privata, entro sette giorni dalla presentazione della richiesta da parte degli interessati aventi diritto, in conformità alla disciplina sull'accesso ai documenti amministrativi e a quanto previsto dal codice in materia di protezione dei dati personali, di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, fornisce la documentazione sanitaria disponibile relativa al paziente, preferibilmente in formato elettronico; le eventuali integrazioni sono fornite, in ogni caso, entro il termine massimo di trenta giorni dalla presentazione della suddetta richiesta. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le strutture sanitarie pubbliche e private adeguano i regolamenti interni adottati in attuazione della legge 7 agosto 1990, n. 241, alle disposizioni del presente comma. Le strutture sanitarie pubbliche e private rendono disponibili, mediante pubblicazione nel proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management) di cui all'articolo 1, comma 539, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, come modificato dagli articoli 2 e 16 della presente legge. All'articolo 37 del regolamento di polizia mortuaria, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1990, n. 285, dopo il comma 2 è inserito il seguente: «2-bis. I familiari o gli altri aventi titolo del deceduto possono concordare con il direttore sanitario o sociosanitario l'esecuzione del riscontro diagnostico, sia nel caso di decesso ospedaliero che in altro luogo, e possono disporre la presenza di un medico di loro fiducia»”.

⁴⁷⁶ PARZIALE A., *Rischio clinico e responsabilità civile del personale sanitario e della struttura per difetto di organizzazione*, in *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 4, 2020, pag. 2016.

⁴⁷⁷ CACACE S., *Il medico e la contenzione: aspetti risarcitori e problemi d'autodeterminazione*, cit., pag. 233.

Trattasi di responsabilità contrattuale poiché l'accettazione di un paziente all'interno della struttura comporta la conclusione di un contratto di ospitalità o di assistenza sanitaria⁴⁷⁸ che la giurisprudenza di legittimità⁴⁷⁹ designa come contratto misto atipico in forza del quale sorgono, a carico della struttura, accanto ad obblighi in senso lato alberghieri, obblighi di messa a disposizione del personale medico, del personale ausiliario e paramedico e di apprestamento di tutte le attrezzature idonee.

Se un primo orientamento giurisprudenziale qualificava la responsabilità contrattuale della struttura sanitaria richiamando la disciplina del contratto d'opera professionale⁴⁸⁰, la successiva elaborazione del rapporto struttura-paziente nei termini di una prestazione complessa ha comportato il sorgere di una responsabilità contrattuale della struttura, nei confronti del paziente danneggiato, non solo per il fatto del personale medico dipendente, ma anche del personale sanitario non dipendente e di quello ausiliario⁴⁸¹. La responsabilità contrattuale della struttura sanitaria deve dunque designarsi come autonoma, diversa e ulteriore rispetto alla responsabilità per fatto altrui ex art. 1228 c.c., alla quale comunque si affianca, in quanto la struttura si avvale dell'opera dei professionisti sanitari nell'adempimento della propria obbligazione, rispondendo pertanto dei loro fatti dolosi o colposi⁴⁸². Nell'ipotesi in cui sussista la responsabilità extracontrattuale del medico, il paziente danneggiato può comunque avvalersi della più favorevole tutela contrattuale agendo nei confronti della struttura sanitaria, solidalmente⁴⁸³ responsabile con il professionista

⁴⁷⁸ Cass. Civ., Sez. III, sent. n. 6914 dell'8/05/2012 con nota di SARDELLA I., in *Rivista Italiana Di Medicina Legale*, 2, 2013.

⁴⁷⁹ Cass. Civ., Sez. III, sent. n. 8826 del 13/04/2007, in *Responsabilità civile e previdenza*, 9, 2007, pag. 1824; Cass. Civ., Sez. III, sent. n. 1698 del 26/01/2006, in *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 6, 2006, pag. 1223.

⁴⁸⁰ Cass. Civ., sent. n. 2144 del 1/03/1988, in *Foro.it.*, 1988, pag. 2296 e seguenti, con nota di RINCIGALLI P., *Medici pubblici dipendenti responsabili come liberi professionisti?*; nell'individuare nella legge la fonte dell'obbligazione tra ente ospedaliero e paziente si qualifica la responsabilità del primo come contrattuale di tipo professionale in quanto "responsabilità insorta nel compimento di una attività dovuta nell'ambito di un preesistente rapporto giuridico, privato o pubblico, tra i due soggetti [...] con la conseguenza che vanno applicate, analogicamente, le norme che regolano le responsabilità in tema di prestazione professionale medica in esecuzione d'un contratto d'opera professionale, in particolare quella di cui all'art. 2236".

⁴⁸¹ ONNIS CUGIA F., *Responsabilità civile del medico, responsabilità della struttura sanitaria e contratto di assicurazione dopo la legge Balduzzi*, in *Responsabilità civile e previdenza*, 5, 2016, pag. 1761.

⁴⁸² PARZIALE A., *Rischio clinico e responsabilità civile del personale sanitario e della struttura per difetto di organizzazione*, cit., pag. 2019.

⁴⁸³ Art. 2055 c.c. *Responsabilità solidale*. "Se il fatto dannoso è imputabile a più persone, tutte sono obbligate in solido al risarcimento del danno. Colui che ha risarcito il danno ha regresso contro ciascuno degli altri, nella misura determinata dalla gravità della rispettiva colpa e dall'entità' delle conseguenze che ne sono derivate. Nel dubbio, le singole colpe si presumono uguali".

sanitario per i fatti dolosi o colposi da esso commessi⁴⁸⁴; l'assetto delineato dalla legge 24/2017 avrebbe in effetti lo scopo di incentivare i danneggiati ad agire prioritariamente contro le strutture per ottenere il risarcimento del danno⁴⁸⁵.

In merito alla responsabilità della struttura, essa non si fonda esclusivamente, ai sensi dell'art. 1228 c.c., sui comportamenti dolosi o colposi dei singoli operatori sanitari, riconoscendosi difatti anche una responsabilità civile della struttura per carenze di organizzazione: a partire da una sentenza del Tribunale di Monza del 1995⁴⁸⁶ si è sancito il principio secondo cui la "responsabilità contrattuale della struttura sanitaria può non essere dovuta ai comportamenti dei singoli facenti parte della propria organizzazione, ma far capo alla struttura ospedaliera complessivamente organizzata". Tale principio è stato successivamente accolto dalla giurisprudenza di legittimità⁴⁸⁷. Nel tentativo di ricavare da questo filone giurisprudenziale un criterio generalizzabile, in dottrina è stato affermato che occorre che la struttura "dia la sicurezza di uno standard organizzativo tollerabile corrispondente a quello che il paziente di buona fede può ragionevolmente attendersi e ragionevolmente prevedere, tenuto conto del luogo, del tempo, delle circostanze e delle altre strutture ospedaliere affini"⁴⁸⁸. La diligenza dell'operato della struttura e dei suoi dirigenti richiede quindi, tanto più in un ambito delicato quale quello psichiatrico, la previsione e la predisposizione di misure e accorgimenti volti ad impedire ed immediatamente sanare eventuali deficienze organizzative, seppur di natura eccezionale⁴⁸⁹. Ancora, dato che si riscontra una certa tendenza a presumere la responsabilità organizzativa delle strutture in ipotesi di mancata o inadeguata documentazione che dimostri l'effettiva applicazione delle misure preventive previste dalla legge o dalle linee guida scientifiche⁴⁹⁰, diviene fondamentale per le stesse strutture sanitarie dotarsi di una documentazione specifica e dettagliata riguardante la concreta implementazione delle misure di gestione del rischio clinico, secondo quanto previsto dall'art. 1⁴⁹¹ della legge Gelli-Bianco

⁴⁸⁴ ONNIS CUGIA F., *Responsabilità civile del medico, responsabilità della struttura sanitaria e contratto di assicurazione dopo la legge Balduzzi*, cit.

⁴⁸⁵ PARZIALE A., *Rischio clinico e responsabilità civile del personale sanitario e della struttura per difetto di organizzazione*, cit., pag. 2016.

⁴⁸⁶ Tribunale di Monza, sent. del 7/06/1995, in *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 4, 2020.

⁴⁸⁷ Cass. Civ., Sez. Unite, sent. n. 9556 del 1/07/2002, in *Foro.it.*, 2002;

Cass. Civ., Sez. Unite, sent. n. 577 dell'11/01/2008, 7, in *Responsabilità civile e previdenza*, 4, 2008.

⁴⁸⁸ IUDICA G., *Danno alla persona per inefficienza della struttura sanitaria*, in *Responsabilità civile e previdenza*, 2001, pag. 3 e seguenti.

⁴⁸⁹ CACACE S., *Il medico e la contenzione: aspetti risarcitori e problemi d'autodeterminazione*, cit., pag. 223.

⁴⁹⁰ PARZIALE A., *Rischio clinico e responsabilità civile del personale sanitario e della struttura per difetto di organizzazione*, cit., pag. 2019.

⁴⁹¹ Art. 1, legge 24/2017: *Sicurezza delle cure in sanità*. "La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività. La sicurezza delle cure si realizza

e dalle linee guida; soltanto la prova documentata dell'effettiva adozione delle misure preventive può così liberare la struttura da responsabilità, per colpa specifica o generica, ex art. 1218 c.c.⁴⁹²

Per quanto concerne l'azione di rivalsa⁴⁹³ prevista dall'art. 9 della legge Gelli-Bianco e alla quale si è precedentemente accennato, in estrema sintesi la struttura sanitaria convenuta in giudizio può rivalersi sul professionista sanitario unicamente in caso di dolo o colpa grave di quest'ultimo, per un ammontare non superiore al triplo della retribuzione annuale lorda. Il citato art. 9 prevede, inoltre, che “ai fini della quantificazione del danno [...] si tiene conto delle situazioni di fatto di particolare difficoltà, anche di natura organizzativa, della struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica, in cui l'esercente la professione sanitaria ha operato”.

Da ultimo, poiché, come si è visto, la legge 24/2017 non trascura il necessario complemento assicurativo all'impianto di responsabilità civile così delineato, l'art. 10⁴⁹⁴ impone, non solo ai professionisti sanitari ma anche alle strutture, un'assicurazione obbligatoria per la responsabilità civile, i cui requisiti minimi sono determinati da appositi decreti ministeriali⁴⁹⁵.

A chiusura del sistema è introdotto un fondo di garanzia, finanziato dagli assicuratori, che interviene essenzialmente laddove il danno superi i massimali assicurativi, l'assicuratore sia in stato di liquidazione coatta amministrativa o la copertura assicurativa non operi (art. 14, legge 24/2017).

anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative. Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale”.

⁴⁹² PARZIALE A., *Rischio clinico e responsabilità civile del personale sanitario e della struttura per difetto di organizzazione*, cit., pag. 2019.

⁴⁹³ Per un approfondimento cfr. FACCI G., *L'azione di “recupero” della struttura sanitaria ed il c.d. doppio binario del giudice ordinario e della Corte dei conti*, in *Responsabilità civile e previdenza*, 1, 2021.

⁴⁹⁴ Art. 10, legge 24/2017: *Obbligo di assicurazione*.

Comma 1: “Le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private devono essere provviste di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera, ai sensi dell'articolo 27, comma 1-bis, del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114, anche per danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso le strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche e private, compresi coloro che svolgono attività di formazione, aggiornamento nonché di sperimentazione e di ricerca clinica. La disposizione del primo periodo si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché attraverso la telemedicina. Le strutture di cui al primo periodo stipulano, altresì, polizze assicurative o adottano altre analoghe misure per la copertura della responsabilità civile verso terzi degli esercenti le professioni sanitarie anche ai sensi e per gli effetti delle disposizioni di cui al comma 3 dell'articolo 7, fermo restando quanto previsto dall'articolo 9. Le disposizioni di cui al periodo precedente non si applicano in relazione agli esercenti la professione sanitaria di cui al comma 2”.

⁴⁹⁵ PARZIALE A., *Rischio clinico e responsabilità civile del personale sanitario e della struttura per difetto di organizzazione*, cit., pag. 2018.

7. IL RUOLO FONDAMENTALE DELLE LINEE GUIDA

In forza del consolidamento dell'autonomia professionale, che permette di valorizzare le competenze specifiche di medici ed infermieri, è imposto ai professionisti sanitari di dotarsi di un adeguato “bagaglio” tecnico da utilizzare in ambito clinico ed organizzativo, il che consentirebbe di proceduralizzare l'attività medica, frazionando inoltre il peso della responsabilità all'interno di un sistema in cui confluisce l'operato di varie categorie di professionisti⁴⁹⁶. Per raggiungere tali obiettivi, è importante anzitutto basare valutazione, decisione e azione clinica non solo sui risultati della ricerca, ma anche su adeguati indicatori e standard mediante il ricorso alle fondamentali linee guida, accreditate dalla miglior scienza del settore e periodicamente aggiornate secondo quanto previsto dall'art. 5 della legge Gelli-Bianco. È bene sottolineare che attraverso tali linee guida non si intende imporre alcun comportamento clinico, piuttosto lo si raccomanda, al fine di assistere i medici nelle decisioni inerenti la gestione più appropriata delle diverse e peculiari condizioni, inclusa la contenzione, orientando così i sanitari nei comportamenti da porre in essere nei casi concreti^{497,498}. L'esistenza delle linee guida pare così garantire un più adeguato equilibrio tra un'imprescindibile elasticità e l'esigenza di indicazioni comportamentali, preservando in tal modo la medicina dal rischio di un legislatore che, seppur minuzioso ed attento, preveda tecniche e modalità attuative di un trattamento in maniera cogente, “di necessità evocando ipotesi generiche, che mal si adattano alle peculiarità di ogni singola fattispecie”⁴⁹⁹.

I parametri forniti dalle linee guida rappresentano inoltre strumenti basilari di governo clinico, nonché validi indicatori di qualità, appropriatezza ed economicità delle prestazioni sanitarie, consentendo di mettere a confronto la mentalità tipicamente medica con quella medico-legale⁵⁰⁰.

In conclusione, collocandosi a metà strada tra regole di carattere deontologico, giuridico ed etico ed ispirandosi al principio dell'aggiornamento scientifico, espressivo del dovere di

⁴⁹⁶ SALE C., *Analisi penalistica della contenzione del paziente psichiatrico*, cit., pag. 31.

⁴⁹⁷ *Ibidem*.

⁴⁹⁸ La centralità delle linee guida è stata ribadita dalla Cassazione Penale Sez. IV nella sent. n. 28187 del 20/04/2017; l'occasione viene fornita da un caso di responsabilità colposa di un medico psichiatra, dirigente di un centro di salute mentale, per gli atti eterolesivi compiuti da un paziente nei confronti di un altro malato inserito nella medesima struttura. I giudici focalizzano l'attenzione proprio sulla necessità di verificare se l'operato dello psichiatra si sia basato su “eventuali codificate procedure formali ovvero protocolli o linee guida”. Nella sentenza viene osservato che le linee guida sono per natura delle “direttive di massima, che devono confrontarsi con la peculiarità di ciascuna situazione concreta, adattandovisi”.

⁴⁹⁹ NORELLI G.A., MAGLIONA B., BONELLI A., *La contenzione dell'anziano tra pratica clinica e violenza: aspetti medico-legali*, in *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 1999, pag. 1063 e seguenti.

⁵⁰⁰ SALE C., *Analisi penalistica della contenzione del paziente psichiatrico*, cit., pag. 32.

diligenza rivolto ad ogni operatore sanitario nell'esercizio della propria attività, l'impiego delle linee guida comporta, come sopra approfondito, rilevanti conseguenze pratiche sul piano dell'accertamento della responsabilità colposa di ogni professionista sanitario^{501,502}, fornendo altresì al giudice, mediante l'individuazione della regola cautelare, puntuali indicazioni in ordine all'esercizio del giudizio di responsabilità⁵⁰³.

⁵⁰¹ *Ibidem*.

⁵⁰² Per un approfondimento cfr. CAMPANA T., *La correlazione tra inosservanza e/o applicazione delle "linee guida" e responsabilità penale del medico*, in Cass. Pen., 2, 2012, pag. 547 e seg.; MARRA G., *L'osservanza delle c.d. "linee guida" non esclude di per sé la colpa del medico*, in Cass. Pen., 2, 2012, pag. 557 e seg.; DI LANDRO A., *Linee guida e colpa professionale*, in Foro.it., II, 2011, pag. 424 e seg.; PIRAS P., CARBONI A., *Linee guida e colpa specifica del medico*, in Medicina e diritto penale, ETS, Pisa, 2009, pag. 285 e seg.

⁵⁰³ COLUCCIA A., NUCCI G., CUOMO A., BENVENUTI M., CARABELLESE F., FAGIOLINI A., GABBRIELLI M., *La responsabilità dello psichiatra*, cit., pag. 234.

CONCLUSIONI

Il TSO si traduce in un'eccezione alla regola generale del diritto alla salute come diritto fondamentale all'autodeterminazione nelle cure e nella disposizione del proprio corpo, considerandosi costituzionalmente legittime le misure sanitarie volte a salvaguardare, oltre all'interesse collettivo alla salute, il diritto individuale alla medesima, presupponendosi ed ammettendosi così la doverosità di un trattamento sanitario coattivo.

Nel rispetto della dignità e dei diritti del soggetto coinvolto, nonché nell'ottemperanza di specifiche condizioni di legge necessarie ai fini della sua attuazione, il TSO si prefigge dunque di rappresentare un atto medico eccezionale a tutela del diritto costituzionalmente garantito alla salute psicofisica della persona che, in quanto affetta da disturbo psichico, in un determinato momento della sua vita può non essere in grado di esercitarlo in autonomia.

Nondimeno, l'involontarietà della cura psichiatrica, attraverso cui si supera l'obbligo del consenso cosciente ed informato al trattamento, sottende l'interesse della società al recupero del paziente con grave patologia psichiatrica.

Entro la cornice di queste considerazioni, gli articoli 33-34-35 della legge 833/1978 prevedono puntualmente le modalità di esecuzione del TSO, ma non si occupano espressamente di disciplinare la contenzione, né implicitamente la autorizzano. Considerandosi l'assenza di una previsione legislativa capace di legittimare la misura contenitiva in ambito medico-sanitario, gli articoli summenzionati potrebbero pervenire ad ammetterla ove ciò sia assolutamente necessario per garantire l'efficacia del trattamento. Tuttavia, questo non consente in alcun modo di perdere di vista la nitida distinzione tra contenzione e TSO, il quale non implica ineluttabilmente il ricorso alla suddetta pratica. L'equivoco costituito dalla loro sovrapposizione origina proprio dall'archetipo legale, non unanimemente ritenuto abrogato, costituito dall'articolo 60 del R.D. 615/1909.

La criticità di questi aspetti, coniugata alla complessità dei delicati risvolti giuridici, medico-legali ed etici, contribuisce a fare della contenzione, peraltro non solo nel panorama italiano ma a livello internazionale, una questione ragionevolmente ed ampiamente discussa in ambito prevalentemente psichiatrico e sanitario-assistenziale. Essa si inserisce così all'interno di un esteso dibattito, eminentemente giuridico ed etico, concernente il progresso delle cure mediche e la tutela dei diritti fondamentali della persona nei trattamenti sanitari, divenendo altresì oggetto di una valutazione particolarmente complicata da parte del medico legale, il quale si trova a dover realizzare un adeguato temperamento tra l'esigenza di analizzare un

dato tecnico-scientifico diagnosticando l'eventuale lesività correlata alla contenzione, e quella di rispettare le previsioni giuridiche e deontologiche che, connotando tipicamente la materia, riguardano sia la liceità della pratica sia la responsabilità professionale in ambito sanitario.

Appare doveroso premettere come talora non difetti l'utilizzo scorretto ed inaccettabile delle conoscenze mediche laddove lo scopo ultimo del trattamento od il contesto in cui esso viene posto in essere appaiano eticamente e moralmente inammissibili. Altre volte si riscontra un impiego accettabile delle conoscenze mediche per finalità non propriamente mediche, come accade ad esempio nell'utilizzo delle tecniche del DNA per l'identificazione personale: anche se lo scopo dell'attività del medico non è evidentemente la tutela della salute, le conoscenze di cui si avvale concorrono al bene del singolo e della collettività.

Infine, esiste un uso delle medesime conoscenze mediche, ancora una volta per finalità non terapeutiche, accettabile soltanto in determinate eccezionali circostanze; il loro impiego deve essere sottoposto ad un rigoroso vaglio critico ed ancorato ad un solido sistema di garanzie giurisdizionali nei confronti del paziente. All'interno di questa fattispecie troverebbe collocazione la contenzione.

Effettivamente, il medico che ricorre a questa pratica, estrema non solo per chi la subisce ma anche per chi la deve porre in essere, inevitabilmente amplifica i limiti di per sé già imposti dalla malattia o dalla peculiare condizione di salute psicofisica avversa, sia pur circostanziata. Non potrebbe comunque contestarsi la sussistenza di specifiche ipotesi, le quali dovrebbero connotarsi per la loro eccezionalità, in cui la contenzione si rivela concretamente necessaria per tutelare la salute del paziente (si pensi a patologie neurodegenerative che portano a gesti di automutilazione o all'esigenza di garantire terapie salvavita), posto che l'atto medico trova la propria giustificazione ove l'intenzionalità sia la cura del soggetto, congiunta all'utilizzo di trattamenti scientificamente validati; eppure, si è avuto modo di sottolineare come i più recenti orientamenti giurisprudenziali sviluppatasi a seguito della summenzionata sentenza n.50497 del 2018 della Cassazione escludano la natura medica e la finalità terapeutica della contenzione. Per tale motivo, se da un lato appare irrealistico potersi prioritariamente rifiutare sempre ed in ogni caso il ricorso alla contenzione, mostrandosi talvolta opportuna anziché la completa abolizione in assenza di valide alternative, una sua riduzione o rimozione per quei soggetti rispetto ai quali si ritiene di poter facilmente implementare soluzioni differenti secondo una scala di valutazione strutturata e personalizzata (si pensi ad esempio ai pazienti affetti da wandering), dall'altro diviene imprescindibile non solo definire buone pratiche per la prevenzione della contenzione promuovendo l'umanizzazione e la sicurezza delle cure alla persona assistita cui garantirsi il rispetto della libertà e della dignità anche in presenza di

condizioni clinico-assistenziali critiche, ma anche fissare linee guida e criteri inequivoci ed uniformi che, senza così legittimare un eventuale abuso della contenzione, ne giustifichino l'utilizzo; d'altronde, non è consentito fare appello ad indebite e colpose carenze istituzionali, come il mancato investimento in strutture adeguate, l'insufficienza di organici e risorse o la scarsa formazione del personale, il quale, probabilmente, richiederebbe di essere maggiormente supportato. La contenzione dovrebbe pertanto potersi giustificare, in mancanza del consenso del soggetto interessato, esclusivamente in quanto prioritariamente finalizzata alla tutela della salute del paziente, configurandosi altrimenti come uno sfruttamento di conoscenze mediche per scopi non medici, tra l'altro inaccettabili poiché non concorrono al bene del singolo, minando oltretutto la credibilità del sistema psichiatrico e clinico-assistenziale. Inoltre, trattandosi di risorsa ultima cui rivolgersi in presenza di uno stato di necessità, essa non può tradursi in una pratica ordinaria agevolata dalle cosiddette porte chiuse e dalle criticità inerenti la presa in carico da parte del sistema di Salute Mentale, nutrendosi del silenzio di istituzioni politiche e comunità professionali, dell'assenza di un sostanziale monitoraggio esterno e della mancata annotazione precisa in cartella clinica; ciò nonostante, stando a quanto si è potuto osservare attraverso l'esame del contributo della giurisprudenza e di alcuni dati epidemiologici, non può ammettersi che la contenzione, specialmente meccanica, costituisca in effetti un'extrema ratio, se è vero che in media il 10% dei ricoverati in crisi psichiatrica viene contenuto, a maggior ragione se si prendono in considerazione le strutture in cui la percentuale di pazienti contenuti raggiunge il 25%. Anche la motivazione di carattere generico comunemente addotta a giustificazione della pratica contenitiva, ovvero l'"agitazione psicomotoria", farebbe supporre che non si tratti sempre di un evento così eccezionale; a convalida di questo si aggiunge la constatazione che gli operatori sanitari non forniscono abitualmente le ragioni stringenti a supporto dell'esigenza di contenere.

Guardandosi poi al dato relativo alla durata della pratica, la quale dovrebbe essere adottata, oltre che in ossequio al principio di proporzionalità, in mancanza di efficaci alternative meno invasive e solo per il tempo strettamente necessario a fronteggiare il pericolo di condotte auto e/o eterolesive, contenere meccanicamente una persona per periodi di tempo prolungati esulerebbe invero dall'attualità del suddetto pericolo di grave danno auto od etero diretto non altrimenti evitabile quale requisito per poter contenere cui si riferisce l'art. 54 c.p. Non mancano neppure evidenze inerenti la possibile nocività della pratica contenitiva, non solo per i negativi effetti psicofisici ad essa correlati nell'immediato, ma anche nel più lungo termine, tra cui in particolare rilevano perdita di autonomia, regressione fisica e/o psichica, aumento

della morbilità e della mortalità. Se attraverso la contenzione è plausibilmente possibile arrecare un danno, fisico e/o psicologico al paziente, appare ad ogni modo molto difficile agire in nome del principio di non maleficenza, posto che anche dalla mancata adozione della contenzione stessa possono discendere conseguenze avverse per il paziente o per altri, conseguenze che proprio mediante la contenzione si sarebbero forse potute evitare, gravando inoltre sul medico l'obbligo di intervenire poiché, in forza della posizione di garanzia ex art. 40 c.p., non applicare la contenzione laddove invece essa avrebbe dovuto essere attuata per tutelare la salute del paziente, sia pur come *extrema ratio*, potrebbe configurare ipotesi delittuosa.

Il processo decisionale che conduce alla contenzione deve quindi soppesare accuratamente tutte le possibili ripercussioni derivanti dall'applicazione della medesima, nella convinzione che, ove a ciò si aggiunga la garanzia dell'assunzione delle responsabilità, la contenzione non può trasformarsi in un alibi dietro il quale celare le numerose difficoltà di natura culturale, etica ed antropologica riscontrabili nell'affrontare la malattia, il disturbo psichico e la sofferenza nelle loro forme più gravi e menomanti.

Di fatto, si svela una sostanziale dicotomia tra la realtà sanitaria, necessariamente correlata alla situazione organizzativa, la quale non corrisponde certamente all'ottimale teorizzazione del problema, e la dimensione propriamente giuridica, in cui taluni comportamenti dell'operatore sanitario, magari opportuni dal punto di vista clinico, evocano, invece, ipotesi suscettibili di censura giurisprudenziale. Ecco perché, se la contenzione può non essere atto rifiutabile a priori, diviene fondamentale definire precisi ambiti di liceità, ossia l'indicazione puntuale di un confine fra l'uso e l'abuso del mezzo di contenzione, conciliando il diritto sostanziale di ognuno all'autodeterminazione e alla libertà con la necessità di garantire, oltre che l'incolumità di tutti i soggetti coinvolti, il rispetto della vita, della salute psicofisica e della dignità della persona. Proprio in questo contesto specificamente giuridico ed etico-deontologico, in cui la capacità decisionale del soggetto rappresenta il fulcro delle scelte in ambito sanitario anche quando tale soggetto versi in una condizione di fragilità temporanea o permanente e sul presupposto che la malattia mentale non lo priva della dignità e della titolarità dei diritti, non può trascurarsi come ciascuno, affidato innanzitutto a se stesso, alla propria libertà e volontà singolare ed irripetibile, sia portatore di un insostituibile "sapere su di sé". Come messo saggiamente in luce dal Comitato danese di Etica, l'instaurazione di una sana, rispettosa e paritaria relazione tra curato e curante, impedendo che l'asimmetria di conoscenze tecnico-scientifiche si traduca in una sopraffazione, rappresenta probabilmente il principale strumento terapeutico, spesso sottovalutato e, al contrario, ricco di potenzialità per

una crescita umana e personale ove si riesca a cogliere che, in questa relazione alla pari, non vi è alcun soggetto che “dà” ed alcun soggetto che viceversa “riceve”, piuttosto contribuendo entrambi i membri della relazione “alla pari” alla costruzione della medesima attraverso il loro apporto individuale ed insostituibile.

In conclusione, di fronte ad una marcata eterogeneità nell’uso della contenzione tra i vari servizi, soprattutto psichiatrici e geriatrici, che pure operano su territori con caratteristiche e tipologie di utenza simili, non mostrandosi realistico che le discriminanti siano gravità, espressività comportamentali e profili psicopatologici diversi dei pazienti ricoverati presso strutture restraint e no-restraint, queste ultime peraltro non ricorrendo ad un uso più massiccio di psicofarmaci per eludere la contenzione meccanica, avvalendosi piuttosto di validi metodi non coercitivi di presa in carico e di cura, a giocare un ruolo cruciale nella decisione di ricorrere o meno alla contenzione sembrano essere l’organizzazione dei servizi, lo stile di lavoro degli operatori sanitari professionalmente preparati, senza tralasciare il coinvolgimento delle istituzioni e dei familiari del paziente, nonché, lo si ribadisce, la fondamentale costruzione di una relazione tra curato e curante pienamente rispettosa dei canoni di un rapporto umano ispirato alla pari dignità e libertà dei soggetti coinvolti.

È proprio allo scopo di instaurare e proseguire una virtuosa alleanza terapeutica tra medico e paziente che assumono un significato essenziale le linee guida, alle quali fa espressamente riferimento l’art. 5 della legge Gelli-Bianco.

Riscontrandosi, in campo medico-assistenziale, un potenziamento dell’autonomia professionale capace così di liberare medici ed infermieri dalla mera esecutività tecnica e di valorizzarne le loro specifiche competenze, le linee guida divengono parte di un patrimonio inestimabile di conoscenze da sfruttare in ambito clinico ed organizzativo, traducendosi in raccomandazioni comportamentali finalizzate a supportare il personale sanitario nella decisione inerente le modalità assistenziali più appropriate da adottare nelle circostanze cliniche concrete, soprattutto quelle più critiche come la contenzione.

Poiché le linee guida consentono di delineare le specifiche competenze, ne deriva una contestualizzazione dell’attività medica procedimentalizzata e frazionata, il che permette di condividere il peso delle responsabilità. Per questo motivo, esse divengono uno strumento operativo irrinunciabile, capace di conciliare regole di carattere etico, deontologico e giuridico, orientando e armonizzando la condotta dei professionisti sanitari, la quale altrimenti rischia sovente di ritrovarsi eccessivamente irrigidita entro gli schemi rigorosi di previsioni legislative che, per quanto puntuali, appaiono talvolta incapaci di adattarsi alle peculiarità delle singole fattispecie. Le linee guida comportano inoltre rilevanti conseguenze pratiche in

merito all'accertamento della responsabilità medica degli operatori coinvolti a vario titolo nella pratica della contenzione, fornendo altresì al giudice valide indicazioni per giungere ad una miglior formulazione del giudizio di responsabilità e configurandosi pertanto quale supporto decisionale imprescindibile per far fronte alle criticità che inesorabilmente la pratica della contenzione disvela anche quando si tratta di valutare i profili di responsabilità dei professionisti sanitari.

BIBLIOGRAFIA

- ACCATTATIS V., *L'impatto della legge 180 nell'ordinamento italiano*, in Cendon P. (a cura di), *Un altro diritto per il malato di mente*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 1988.
- ALEXANDER J., BOWERS L., *Acute psychiatric ward rules: a review of the literature*, in Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2004, 11.
- APPELBAUM PS., RUMPF T., *Civil commitment of the anorexia patient*, Gen Hosp Psychiatry, 1998.
- BARBIERI C., DANESINO P., *La responsabilità professionale dello psichiatra per i reati violenti commessi dal paziente: riflessioni su una casistica peritale*, Rivista Italiana di Medicina Legale, 3, 2012.
- BARNETT R., STIRLING C., PANDYAN A.D., *A review of the scientific literature related to the adverse impact of physical restraint: gaining a clearer understanding of the physiological factors involved in cases of restraint-related death*, Medicine, Science and the Law, 2012.
- BASILE F., *Il delitto di abbandono di persone minori o incapaci (art. 591 c.p.). Teoria e prassi*, Milano, 2008.
- BEGIN S., *Isolement et contentions: revue de littérature et focus sur leurs impacts et les normes qui les régissent*, The Canadian Journal of Psychiatry, 12/1991, 36.
- BELMONDO E., *Problemi urgenti di tecnica manicomiale (restraint-isolamento-osservazione)*, VI seduta, V tema generale, Atti del XII Congresso della Società Freniatrica Italiana, Rivista Sperimentale di Freniatria e Medicina Legale delle Alienazioni Mentali, Genova, 18-22 ottobre 1904.
- BENCI L., *Legare i pazienti? Liceità e illiceità giuridica e deontologica della contenzione*, in quotidianosanità.it, 5/05/2019.
- BOWERS L., NIJMAN H., SIMPSON A., JONES J., *The relationship between leadership, team-working, structure, burnout and attitude to patients on acute psychiatric wards*, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2011.
- BOWIS J., *Migliorare la salute mentale della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione europea*, Risoluzione del Parlamento Europeo (Risoluzione Bowis), 2006, 2058(INI).
- CACACE S., *Il medico e la contenzione: aspetti risarcitori e problemi d'autodeterminazione*, Rivista Italiana di Medicina Legale, 1, 2013.
- CAENAZZO L., *Dispense del corso di Medicina Legale*, Scuola di Giurisprudenza, Università degli studi di Padova, 2020.

- CAMPANA T., *La correlazione tra inosservanza e/o applicazione delle "linee guida" e responsabilità penale del medico*, in Cass. Pen., 2, 2012.
- CANOSA R., *Storia del manicomio in Italia dall'Unità d'Italia ad oggi*, Milano, 1990.
- CANOVA G.S., *Pronazione del paziente critico in terapia intensiva*, Nurse24.it, 06/05/2020.
- CAPPARONI A., *Intervento alla tavola rotonda sul tema: "Evoluzione del concetto di malattia mentale e suoi risvolti in riferimento alla legge 180"*, in Atti e memorie dell'Accademia di Storia dell'arte sanitaria n. 38, 1982.
- CARDAMONE G., GUARNIERI A., MARI L., *Un'elaborazione critica dei dati sui SPDC. Riflessioni sul senso della crisi e del ricovero in psichiatria*, Rivista Sperimentale di Freniatria, 2003, vol. CXXVII, supplemento n. 2/2003.
- CASTIGLIONI R., FLORES A., *Sull'uso dei mezzi di contenzione in ambiente psichiatrico. Considerazioni giuridiche e medico-legali*, in Rivista Sperimentale di Freniatria, CXI, n. 1, 1987.
- CASTLE N.G., ENGBERG J., *The health consequences of using physical restraints in nursing homes*, Medical Care, 2009.
- CASTLE N.G., FOGEL B., *Characteristics of nursing homes that are restraint free*, The Gerontologist, 1998.
- CATANESI R., TROCCOLI G., CARABELLESE F., *La contenzione in psichiatria; profili di responsabilità professionale*, in Rivista Italiana di Medicina Legale, 6, 2003.
- COLLINS N., BLANCHARD M.R., TOOKMAN A., SAMPSON E.L., *Detection of delirium in the acute hospital*, Age and Ageing, 01/2010, volume 39.
- COLUCCIA A., NUCCI G., CUOMO A., BENVENUTI M., CARABELLESE F., FAGIOLINI A., GABBRIELLI M., *La responsabilità dello psichiatra*, Rivista di Psichiatria, 2017, 52(6).
- CORNAGGIA C.M., BEGHI M., PAVONE F., BARALE F., *Aggression in psychiatry wards: a systematic review*, Psychiatry Research, 08/2011, volume 189.
- COSTANTINI S., *L'emergenza contenzione nelle residenze sanitarie per anziani*, in ANZIVINO F., BONATI P.A. (a cura di), *Il demente nelle istituzioni: le realtà e le prospettive*, Atti Congresso SIGG, Piacenza, 1996.
- DE FRANCESCO G., *Al capezzale della colpa medica*, Rivista Italiana di Medicina Legale, 3, 2015.
- DE GIROLAMO G., BARBATO A., BRACCO R., GADDINI A., MIGLIO R., MOROSINI P., NORCIO B., PICARDI A., ROSSI E., RUCCI P., SANTONE G., DELL'ACQUA G., *Caratteristiche e attività delle strutture di ricovero per pazienti psichiatrici acuti: i risultati dell'indagine nazionale "Progres- Acuti"*, Italian Journal of Psychopathology, 2007, 13.

- DE LETTER E.A., VANDEKERKHOVE B., LAMBERT W., VAN VARENBERGH D., PIETTE M.H., *Hospital bed related fatalities: a review*, *Medicine, Science and the Law*, 2008.
- DE VRIES O.J., LIGTHART G.J., NIKOLAUS T., *Differences in period prevalence of the use of physical restraints in elderly inpatients of European hospitals and nursing homes*, *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 2004.
- DI LANDRO A., *Linee guida e colpa professionale*, in *Foro.it.*, II, 2011.
- DI SCIASCIO G., *La contenzione farmacologica in psichiatria*, in CATANESI R., FERRANNINI L., PELOSO P.F. (a cura di), *La contenzione fisica in psichiatria*, Giuffrè, Milano, 2006.
- DODARO G., *Abolire la contenzione dei pazienti psichiatrici e degli anziani. A proposito del parere del Comitato Nazionale per la Bioetica su "La contenzione: problemi bioetici", 23 aprile 2015*, 5/06/2015, <https://archiviodpc.dirittopenaleuomo.org/d/3948-abolire-la-contenzione-dei-pazienti-psichiatrici-e-degli-anziani>
- DODARO G., *Coercizione in psichiatria tra esigenze sanitarie, sicurezza dei luoghi di cura e diritti fondamentali del paziente*, in ROSSI S. (a cura di), *Il nodo della contenzione. Diritto, psichiatria e dignità della persona*, Alpha & Beta, Merano, 2015.
- DODARO G., FERRANNINI L., *Contenzione meccanica in psichiatria. Introduzione al focus*, in *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 2013, 35.
- DODARO G., *Il problema della legittimità giuridica dell'uso della forza fisica o della contenzione meccanica nei confronti del paziente psichiatrico aggressivo o a rischio suicidario*, in *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 2011.
- DODARO G., *La posizione di garanzia degli operatori psichiatrici. Giurisprudenza e clinica a confronto*, Milano, 2011.
- ENGBERG J., CASTLE N.G., MCCAFFREY D., *Physical restraint initiation in nursing homes and subsequent resident health*, *Gerontologist*, 2008.
- EVANS D., FITZGERALD M., *Reasons for physically restraining patients and residents: a systematic review and content analysis*, *International Journal of Nursing Studies*, 2002.
- EVANS D., WOOD J., LAMBERT L., FITZGERALD M., *Physical restraint in acute and residential care: a systematic review*, 2002.
- FACCI G., *L'azione di "recupero" della struttura sanitaria ed il c.d. doppio binario del giudice ordinario e della Corte dei conti*, in *Responsabilità civile e previdenza*, 1, 2021.
- FEARING M.A., INOUE S.K., *Delirium*, *Focus: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, American Psychiatric Association, 2009.

- FEOLA T., *Responsabilità professionale in psichiatria: aspetti medico-legali*, Minerva Medicina Legale, 2005, 125.
- FISHER W.A., *Restraint and seclusion: a review of the literature*, The American Journal of Psychiatry, 1994, 151.
- FORNARI U., *Il trattamento del malato di mente e la legge 180/78: aspetti psichiatrico-forensi e medico-legali*, in Rivista Italiana di Medicina Legale n. 6, 1984.
- IADECOLA G., *Responsabilità del direttore di una casa di cura per il suicidio di una paziente affetta da sindrome depressiva*, in Dir. pen. proc., 2004.
- INOUYE S.K., WESTENDORP R.G., SACZYNSKI J.S., *Delirium in elderly people*, The Lancet, 03/2014, volume 383.
- IRVING K., *Inappropriate restraint practices in Australian teaching hospitals*, The Australian Journal of Advanced Nursing, 2004.
- IUDICA G., *Danno alla persona per inefficienza della struttura sanitaria*, in Responsabilità civile e previdenza, 2001.
- J. CONOLLY, *The Treatment of the Insane without Mechanical Restraints*, Londra, 1856.
- JOURDAN S., *La responsabilità dello psichiatra per le azioni compiute dal paziente: concetto di prevedibilità dell'evento e possibilità di evitarlo*, in JOURDAN S., FORNARI U. (a cura di), *La responsabilità del medico in psichiatria*, Centro Scientifico Editore, Torino, 1997.
- MARINOZZI L., TROIANI S., BORSETTI G., RODRIGUEZ D., *Alimentazione forzata nei pazienti anoressici tra etica e Scienza*, Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie, 2000.
- MARRA G., *L'osservanza delle c.d. "linee guida" non esclude di per sé la colpa del medico*, in Cass. Pen., 2, 2012.
- MASPERO M., *La responsabilità del medico per il suicidio del paziente alla luce della recente giurisprudenza di merito*, Rivista Italiana di Medicina Legale, 2005.
- MASSA M., *Diritti fondamentali e contenzione nelle emergenze psichiatriche*, in Rivista Italiana di Medicina Legale, 2013, 35, 1.
- MILANO W., COTUGNO A., DALLE GRAVE R., GENTILE M.G., GRAVINA G., RENNA C., SALVO P., TODISCO P., DONINI L.M., *Il trattamento sanitario obbligatorio come salvavita in presenza di disturbi dell'alimentazione: una scelta complessa*, Rivista di Psichiatria, settembre-ottobre 2017, vol. 52, n. 5.
- MILES S.H., IRVINE P., *Deaths caused by physical restraints*, Gerontologist, 1992.

- MINNICK A.F., MION L.C., JOHNSON M.E., CATRAMBONE C., LEIPZIG R., *Prevalence and variation of physical restraint use in acute care setting in the US*, Journal of Nursing Scholarship, 2007.
- NAPOLI G., *La responsabilità sanitaria nel sistema civilistico. Punti fermi e nuove linee di riforma*, Rivista Italiana di Medicina Legale, 1, 2017.
- NORELLI G.A., MAGLIONA B., BONELLI A., *La contenzione dell'anziano tra pratica clinica e violenza: aspetti medico-legali*, in Rivista Italiana di Medicina Legale, 1999.
- O'FLATHARTA T., HAUGH J., ROBINSON S.M., O'KEEFFE S.T., *Prevalence and predictors of bedrail use in an acute hospital*, Age and Ageing, 2014.
- ONNIS CUGIA F., *Responsabilità civile del medico, responsabilità della struttura sanitaria e contratto di assicurazione dopo la legge Balduzzi*, in Responsabilità civile e previdenza, 5, 2016.
- PACCIARDI B., MAURI M., CARGIOLI C., BELLI S., COTUGNO B., DI PAOLO L., PINI S., *Issues in the management of acute agitation: how much current guidelines consider safety?*, in Frontiers in psychiatry, 2013.
- PARZIALE A., *Rischio clinico e responsabilità civile del personale sanitario e della struttura per difetto di organizzazione*, in Rivista Italiana di Medicina Legale, 4, 2020.
- PELLEGRINI P., *La posizione di garanzia e il medico psichiatra*, in Psichiatria Oggi: fatti e opinioni dalla Lombardia, Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo), n. 1, gennaio-giugno 2019.
- PELOSO P.F., CAPPELLARI L., DE ROSA C., FERRANNINI L., PERCUDANI M.E., *Raccomandazioni inerenti la contenzione fisica*, Società Italiana di Psichiatria, Milano, 10/05/2016.
- PIRAS P., CARBONI A., *Linee guida e colpa specifica del medico*, in Medicina e diritto penale, ETS, Pisa, 2009.
- SALE C., *Analisi penalistica della contenzione del paziente psichiatrico*, 27/04/2014, https://archiviodpc.dirittopenaleuomo.org/upload/1397728933SALE_2014.pdf
- SANGIORGIO P., POLSELLI G.M., *Matti da (non) legare. Come prevenire le contenzioni e migliorare la qualità e l'assistenza al paziente*, Alpes, Roma, 2009.
- SANTONASTASO P., *Il trattamento sanitario obbligatorio nell'anoressia nervosa*, Giornale Italiano di Psicopatologia, 2009.
- SBORDONI S., *Il contesto normativo del trattamento sanitario obbligatorio*, in *Devianza primaria e devianza secondaria - Il caso del trattamento sanitario obbligatorio*, ADIR – L'altro diritto, 1998.

SPECCHIA M.C., *La giurisprudenza della Corte costituzionale italiana in materia di disabili e trattamenti sanitari obbligatori (TSO)*, <https://dice.univ-amu.fr/sites/dice.univ-amu.fr/files/public/21-specchia.pdf>.

TORESINI L., *Dalla legge Mariotti a Basaglia. L'evoluzione dell'assistenza psichiatrica italiana e il superamento dell'esperienza manicomiale nel decennio 1968–1978*, *Storia e Regione*, n. 17, 2008.

TOZZO P., *Il diritto di non essere “legati”: la liceità della contenzione in ambito clinico – assistenziale*, in CAENAZZO L., GINO S. (a cura di), *La medicina legale nella protezione dei diritti umani*, Piccin-Nuova Libreria, settembre 2020.

VOLTERRA V., *Brevi considerazioni sulla legge n. 180 del 13 maggio 1978 sugli accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*, in *Note e Riviste di Psichiatria* n. 71, 1978.

WITLOX J., EURELINGS L.S.M., DE JONGHE J.F., KALISVAART K.J., EIKELENBOOM P., VAN GOOL P.A., *Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: a meta-analysis*, National Library of Medicine, 2010.

ZACCARIELLO R., *Questioni in tema di responsabilità penale dello psichiatra per condotte auto ed eterolesive poste in essere dal paziente*, in www.psichiatria.it.

ZANCHETTI M., *Fra l'incudine e il martello: la responsabilità penale dello psichiatra per il suicidio del paziente in una recente pronuncia della Cassazione*, in *Cass. Pen.*, 9, 2004.

ZANETTI E., CASTALDO A., MICELI R., MAGRI M., MARIANI L., GAZZOLA M., GOBBI P., CARNIEL G., CAPODIFERRO N., MUTTILLO G., *L'utilizzo della contenzione fisica negli ospedali e nelle Residenze Sanitarie Assistenziali: indagine multicentrica di prevalenza*, *Rivista L'infermiere* n. 2, 2012.

ZINCANI M., *Libertà morale*, in GIUNTA F. (a cura di), *Diritto penale*, Il sole 24 ore, Milano, 2008.

SITOGRAFIA

Associazione Italiana Fisioterapisti (A.I.Fi.), *Codice Deontologico*, 2011. <https://aifi.net/professione/codice-deontologico/>

Associazione Nazionale Educatori Professionali (ANEP), *Codice Deontologico dell'Educatore Professionale*, 2016. https://ape.agenas.it/documenti/provider/ANEP_Educatore_professionale.pdf

Avvocatura Generale della Sanità, *Richiesta di chiarimenti sul TSO per soggetti con patologia mentale*, 21/9/1992. http://www.aitsam.it/public/tso/prefettura_TV_protocollo_intesa_TSO.pdf

Centers for Medicare and Medicaid Services. *State Operations Manual, Appendix PP. Guidance to Surveyors for Long Term Care Facilities*, 2011. https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/downloads/som107ap_pp_guidelines_ltcf.pdf

Comitato europeo per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti (CPT), *Estratto dal 16° Rapporto Generale del CPT pubblicato il 2006, Mezzi di contenzione in istituti psichiatrici per adulti*, (CPT/Inf(2006)35-part). <https://rm.coe.int/16806cceab>

Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), *Bioetica e diritti degli anziani*, 20/01/2006. https://bioetica.governo.it/media/3112/p70_2006_diritti-anziani_it.pdf

Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), *Il trattamento dei pazienti psichiatrici: problemi bioetici. Parere del CNB sul Libro Bianco del Consiglio d'Europa dedicato al trattamento dei pazienti psichiatrici*, 24/09/1999. https://bioetica.governo.it/media/1888/p39_1999_pazienti-psichiatrici_it.pdf

Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), *La contenzione: problemi bioetici*, 23/04/2015. https://bioetica.governo.it/media/1808/p120_2015_la-contenzione-problemi-bioetici_it.pdf

Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), *Le demenze e la malattia di Alzheimer: considerazioni etiche*, 20/06/2014.

https://bioetica.governo.it/media/1819/p117_2014_demenze_malattia_alzheimer_it.pdf

Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), *Psichiatria e salute mentale: orientamenti bioetici*, 24/11/2000. https://bioetica.governo.it/media/1881/p46_2000_psichiatria-e-salute-mentale_it.pdf

Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani presieduta dal Presidente Manconi, *La contenzione meccanica*, 2016.

[https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/file/repository/commissioni/dirittiumaniXV II/RAPPORTO_CONTENZIONE_COMMISSIONE_DIRITTI_UMANI_SENATO.pdf](https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/file/repository/commissioni/dirittiumaniXV%20II/RAPPORTO_CONTENZIONE_COMMISSIONE_DIRITTI_UMANI_SENATO.pdf)

Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, 10/081/CR07/C7, *Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione*, Roma, 29/07/2010, <http://www.regioni.it/conferenze/2010/08/02/doc-approvato-psichiatria-contenzione-fisica-una-strategia-per-la-prevenzione-104535/>.

Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, 17/178/CR06a/C7, *Documento da rappresentare alla Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani nell'ambito dell'indagine conoscitiva sui livelli e i meccanismi di tutela dei diritti umani, vigenti in Italia e nella realtà internazionale, sulla contenzione meccanica*, Roma, 6/12/2017. [https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/file/repository/commissioni/dirittiumaniXV II/RELAZIONE_FINALE_COMMISSIONE_DIRITTI_UMANI_SENATO.pdf](https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/file/repository/commissioni/dirittiumaniXV%20II/RELAZIONE_FINALE_COMMISSIONE_DIRITTI_UMANI_SENATO.pdf)

Convenzione per la protezione dei Diritti dell'Uomo e della dignità dell'essere umano nei confronti dell'applicazione della biologia e della medicina: Convenzione sui Diritti dell'Uomo e la biomedicina, Oviedo, 4/04/1997. <https://rm.coe.int/168007d003>

Council of Europe, *Recommendation Rec (2004) 10 of the Committee of Ministers to member States concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder and its Explanatory Memorandum*, 22/09/2004.

https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/08_Psychiatry_and_human_rights_en/Rec%282004%2910%20EM%20E.pdf

European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT), *Means of restraint in psychiatric establishments for adults*, 21/03/2017, (CPT/Inf(2017)6). <https://rm.coe.int/16807001c3>

FDA Code of Federal Regulations, Title 21, Part 801, Government Printing Office, 04/2002. <https://www.accessdata.fda.gov/scripts/cdrh/cfdocs/cfcr/CFRSearch.cfm?CFRPart=801>

Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO), *Codice di Deontologia Medica*, 2014. <https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2018/03/CODICE-DEONTOLOGIA-MEDICA-2014.pdf>

Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (FNOPI), *Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche*, 2019.

<https://www.fnopi.it/norme-e-codici/deontologia/#1571846131365-8f70c763-6358>

<http://www.espsicologia.it/index.php/aggressivita/il-ciclo-dellaggressivita>

<https://www.dirittoconsenso.it/2019/03/19/la-responsabilita-medica/>

<https://www.nurse24.it/infermiere/la-contenzione.html>

Mental Health Act Commission, *Guidance on the treatment of anorexia nervosa under the Mental Health Act 1983 (Guidance Note 3)*, Nottingham, 1997. <https://www.bl.uk/collection-items/guidance-on-the-treatment-of-anorexia-nervosa-under-the-mental-health-act-1983>

Ministero dell'Interno, Circolare n. 3/2001 del 20/7/2001, *Compiti della P.M. nei trasferimenti di persone assoggettate ai TSO*.

https://sogniebisogni.it/images/Leggi_e_Normative/leggi/pdf/Circolare_3-001_del_20_luglio_2001.pdf

Ministero della Salute, *Raccomandazione n. 4, 03/2008, Prevenzione di suicidio di paziente in ospedale*. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_592_allegato.pdf

Ministero della Salute, *Raccomandazione n. 8, novembre 2007: Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari*.

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_721_allegato.pdf

National Institute for Health and Care Excellence (NICE), *NICE guideline [NG10], Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings*, 28/05/2015. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10>

NICE, *Delirium: prevention, diagnosis and management, clinical guideline*, 03/2019. [nice.org.uk/guidance/cg103](https://www.nice.org.uk/guidance/cg103)

Organizzazione Mondiale della Sanità, *Conferenza Ministeriale europea sulla Salute mentale, Dichiarazione sulla Salute mentale per l'Europa; Affrontare le sfide, creare le soluzioni*, Helsinki, gennaio 2005. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_561_allegato.pdf

Raccomandazione Rac (2004) 10 del Comitato dei Ministri agli Stati membri sulla tutela dei diritti umani e della dignità delle persone affette da disturbi mentali. <http://www.rassegnapenitenziaria.it/cop/8729.pdf>

Regione del Veneto, Bur. n. 130 del 25/08/2020, DGR. 1106 del 06/08/2020, *Adozione delle Linee di indirizzo regionale per la riduzione e per il progressivo superamento della contenzione fisica del paziente nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura*.

<https://bur.regione.veneto.it/BurVServices/Pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=426131#:~:text=Bur%20n.,130%20del%2025%20agosto%202020&text=Adozione%20delle%20Linee%20di%20indirizzo,Psichiatico%20di%20Diagnosi%20e%20Cura.>

Regione del Veneto, DGR n. 847 del 31/03/2009, allegato A: *Linee Guida Regionali per i Dipartimenti di Salute Mentale in materia di Trattamento Sanitario Obbligatorio e Accertamento Sanitario Obbligatorio*.

<https://bur.regione.veneto.it/BurVServices/pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=214444>

Regione del Veneto, DGR. 1106 del 06/08/2020, allegato A: *Linee di indirizzo regionali per la contenzione fisica del paziente nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura: prevenzione, monitoraggio e modello di procedura operativa*.

<https://bur.regione.veneto.it/BurVServices/Pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=426131>

Regione Emilia-Romagna, Direzione Generale cura della persona, salute e welfare, Servizio Assistenza Ospedaliera, *Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale*, Bologna, 02/2021. <https://bur.regione.emilia-romagna.it/bur/area-bollettini/bollettini-in-lavorazione/n-74-del-18-03-2021-parte-seconda.2021-03-18.7881794670/approvazione-del-documento-di-indirizzo-tecnico-alle-strutture-sanitarie-della-regione-in-materia-di-buone-pratiche-per-la-prevenzione-della-contenzione/allegato-det-linee-indirizzo-b.2021-03-18.1616052836>

Regione Liguria, Azienda Unità Sanitaria Locale n. 3 “Genovese”, deliberazione n. 127 del 28/02/2013, Allegato A.

https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/file/repository/commissioni/dirittiumaniXV/II/RAPPORTO_CONTENZIONE_COMMISSIONE_DIRITTI_UMANI_SENATO.pdf

Registered Nurses’ Association of Ontario, *Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints*, Toronto, 2012.

https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Promoting_Safety_-_Alternative_Approaches_to_the_Use_of_Restraints_0.pdf

Royal College of Nursing, *Let’s talk about restraint: rights, risks and responsibility*, 2008. <https://restraintreductionnetwork.org/wp-content/uploads/2016/11/Lets-talk-about-restraint.pdf>

SIGN 157, *Risk reduction and management of delirium; A national clinical guideline*, 03/2019. <https://www.sign.ac.uk/media/1423/sign157.pdf>

The Danish Council of Ethics’ statement on coercion in psychiatry, *Power and powerlessness in psychiatry*, 06/2012. <https://www.etiskraad.dk/~media/Etisk-Raad/en/Publications/Coercion-in-psychiatry-2012.pdf?la=da>

World Health Organization, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, *Guidelines for the promotion of human rights of persons with mental disorders*, 1996. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41880>

World Health Organization, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, *Mental health care law: ten basic principles: with annotations suggesting selected actions to promote their implementation*, 1996. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63624>

World Health Organization, *Strategies to end the use of seclusion, restraint and other coercive practices: WHO Quality Rights training to act, unite and empower for mental health (pilot version)*, Geneva, 2017. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329747>

GIURISPRUDENZA

Cass. Civ., sent. n. 2144 del 1/03/1988, in Foro.it., 1988.

Cass. Civ., Sez. III, sent. n. 11245 del 18/07/2003, in Giustizia civile-Massimario annotato della Cassazione, 2003.

Cass. Civ., Sez. III, sent. n. 1698 del 26/01/2006, in Rivista Italiana di Medicina Legale, 6, 2006.

Cass. Civ., Sez. III, sent. n. 6914 dell’8/05/2012, in Rivista Italiana Di Medicina Legale, 2, 2013.

Cass. Civ., Sez. III, sent. n. 8826 del 13/04/2007, in Responsabilità civile e previdenza, 9, 2007.

Cass. Civ., Sez. Unite, sent. n. 26972, n. 26973, n. 26974, n. 26975 dell'11/11/2008.

Cass. Civ., Sez. Unite, sent. n. 26975 dell'11/11/2008, in *Leggi d'Italia, Danno e Responsabilità*, 2009.

Cass. Civ., Sez. Unite, sent. n. 577 dell'11/01/2008, 7, in *Responsabilità civile e previdenza*, 4, 2008.

Cass. Civ., Sez. Unite, sent. n. 9556 del 1/07/2002, in *Foro.it.*, 2002.

Cass. Pen., Sez. IV, sent. n. 10795 del 14/11/2007, in *De Jure*.

Cass. Pen., Sez. IV, sent. n. 14766 del 4/02/2016, in *Ilpenalista.it*, 19/09/2016.

Cass. Pen., Sez. IV, sent. n. 25527 del 4/07/2007.

Cass. Pen., Sez. IV, sent. n. 28187 del 20/04/2017, in *BioDiritto*.

Cass. Pen., Sez. IV, sent. n. 33609 del 14/06/2016, in *Ilpenalista.it*, 19/09/2016.

Cass. Pen., Sez. IV, sent. n. 4391 del 22/11/2011, in *De Jure*.

Cass. Pen., Sez. IV, sent. n. 48292 del 27/11/2008, in *De Jure*.

Cass. Pen., Sez. Unite, sent. n. 30328 del 10/07/2002, in *Ilpenalista.it*, 19/09/2016.

Cass. Pen., Sez. V, sent. n. 15194 del 19/11/1990, in *CED*, Rv. 185799.

Cass. Pen., Sez. V, sent. n. 26159 del 30/04/2010, in *CED Cassazione penale 2010 e Cass. Pen. 2011*, 5, 1772.

Cass. Pen., Sez. V, sent. n. 28704 del 14/04/2015, in *CED Cassazione penale*, 2015.

Cass. Pen., Sez. V, sent. n. 3905 del 20/03/1990, in *De Jure*, Rv. 183774.

Cass. Pen., Sez. V, sent. n. 50497 del 20/06/2018, in *De Jure*.

Cass. Pen., Sez. V, sent. n. 6488 del 22/02/2005, in *CED*, Rv. 231422.

Cass. Pen., Sez. VI, sent. n. 1808 del 16/01/2003, in *CED*, Rv. 223585.

Cass., Sez. Unite, sent. n. 7958 del 27/03/1992.

Corte Cost., sent. n. 30 del 27/03/1962.

TAR Sicilia-Catania, Sez. II, sent. n. 799 del 6/05/2005.

Tribunale di Bologna, Corte d'Appello, Sez. III penale, sent. del 4/04/2007, in *Corriere del merito* 2007, 11, 1288.

Tribunale di Monza, sent. del 7/06/1995, in *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 4, 2020.

Tribunale di Santa Maria Capua Vetere, sent. del 9/05/1978, in *Il Foro Italiano*, vol. 104, n. 3, 3/1981.

Tribunale di Vallo della Lucania, 27/04/2013, in *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 1, 2014.

Alla mia mamma Doriana, amorevole ed instancabile guerriera.

Grazie per il tuo amore infinito, premuroso ed incondizionato con il quale mi hai cresciuta e mi sei stata pazientemente accanto, rispettando i miei silenzi e i miei tempi, comprendendo la persona complicata ed insopportabile che a volte sono. Grazie per tutti i sacrifici che hai fatto per rendermi felice, perché questo è stato sempre il tuo desiderio più grande.

Grazie per essere il mio scudo, il mio punto di riferimento costante su cui ho la certezza di poter sempre contare, qualunque cosa accada. Grazie per tutti i tuoi sorrisi radiosi.

Grazie per l'esempio di forza che sei, quella forza che hai cercato di infondere anche in me, quando invece eri tu la prima ad averne bisogno.

Grazie per avermi spronato a reagire, per avermi stretta in un abbraccio protettivo, per le tue dolci carezze, per avermi cullato ogni giorno nel calore del tuo cuore, anche quando l'ho ferito.

Al mio papà Nico, il mio sorridente angelo custode.

Grazie per avermi insegnato ad apprezzare il valore incommensurabile delle piccole cose.

Grazie per la tenacia, la speranza, il sorriso genuino con cui hai lottato, dimostrando che nonostante la profonda sofferenza, la preoccupazione per il domani e la consapevolezza del destino infausto, la vita, per quanto ingiusta, è gran bella.

Al mio amore Filippo, avvolta tra le tue braccia il mio rifugio, il mio posto nel mondo.

Grazie per aver sempre mantenuto viva la luce nei miei occhi e per esserti preso cura di me con premura anche quando mi sono voluta meno bene, amando per due.

Grazie per aver sopportato il dolore che talvolta ti ho ingiustamente procurato, per esserti spesso sacrificato per me, combattendo strenuamente per la mia serenità e facendo di me la priorità della tua stessa vita. Grazie per guardarmi con gli occhi che brillano e per trattarmi come fossi il tesoro più prezioso. Grazie per essermi ancora qui accanto, dopo tutti i momenti travagliati, per vivere quotidianamente la favola meravigliosa che è la nostra storia.

Grazie per farmi assaporare appieno il significato della felicità, per essere il sole della mia vita.

Grazie, anima gentile e buona, per avermi preso per mano camminando al mio fianco.

Alla mia dolce compagna di vita Nora, creatura speciale.

Grazie per la sincerità del tuo sguardo innocente, per la gioia e lo stupore con cui affronti tutte le giornate. Grazie per la serenità che sai donarmi semplicemente rimanendomi vicino, per la purezza e la fedeltà del tuo amore immenso, che nulla chiede mai in cambio.

Perdonatemi per le preoccupazioni che qualche volta vi ho arrecato, per avervi trascurato, per non avervi saputo regalare un sorriso, un momento di felicità o di spensieratezza in più.

Perdonatemi se non ho saputo essere migliore.

A voi, che siete la forza della mia vita. Siate sempre felici, io ci sarò. Vi amo profondamente.