

§§§§§

### La definizione di contenzione

#### La cornice normativa nazionale, europea ed internazionale:

- ⇒ **Costituzione:** artt.2, 13, 32
- ⇒ **Consiglio d'Europa e Convenzione EDU:** art.5
- ⇒ **Convenzione delle N.U. sui diritti delle persone con disabilità**

#### L'elaborazione giurisprudenziale in Italia (limiti all'uso della contenzione):

- ⇒ **sentenza Cass. 20 giugno 2018 n.50497 (Mastrogiovanni)**

#### Le norme dei codici professionali deontologici:

- ⇒ **medici**
- ⇒ **fisioterapisti**
- ⇒ **educatori professionali**
- ⇒ **infermieri**

§§§§§§§

### LA DEFINIZIONE DI CONTENZIONE

Per contenzione si intende, in generale, la *“restrizione intenzionale dei movimenti o del comportamento volontario del soggetto”*.

Si distinguono diverse tipologie di contenzione:

- ⇒ **contenzione manuale** consistente nelle attività mirate a immobilizzare il paziente (l'intero suo corpo o parte del suo corpo), definita anche “contenzione umana”, laddove per umana si intende l'utilizzo del corpo di chi applica la contenzione;
- ⇒ **contenzione meccanica** consistente nella messa in atto di procedure, mezzi e dispositivi applicati al corpo della persona o nello spazio circostante atti a limitarne la libertà di movimento; vi rientrano i mezzi applicati direttamente sul paziente a letto come le fasce e cinture, le spondine, oppure applicati nelle carrozzine, i mezzi di contenzione per segmento corporeo (cavigliere, polsiere ecc.), i mezzi che obbligano a determinate posture, le cinture pelviche, i divaricatori inguinali. La contenzione meccanica può essere operata anche con dispositivi medicali per finalità terapeutiche (es. apparecchio gessato); la contenzione meccanica è una tipologia di contenzione fisica (quest'ultima comprende lo *holding* tecnica usata dall'operatore per contenere le crisi del malato anche impegnando il proprio corpo...);
- ⇒ **contenzione farmacologica** consiste nella somministrazione di medicinali con la finalità di modificare il comportamento della persona e di limitarne i movimenti e i comportamenti; di difficile definizione, in quanto non può esser fatta coincidere con ogni tipo di sedazione;
- ⇒ **contenzione ambientale** comprende le misure consistenti in sistemi di ritenuta di porte e finestre al dichiarato fine di evitare l'uscita incontrollata dalle strutture.

Benché la contenzione, intesa nella sua accezione più completa, riguardi un gran numero di luoghi di cura - sala operatoria, terapie intensive, psichiatria, reparti di degenza, residenze sanitarie, assistenza domiciliare - non vi è oggi una disposizione di legge che ne regolamenti l'impiego, autorizzandola, fissando limiti al suo utilizzo, stabilendo sanzioni per l'eccesso di mezzi di contenzione.

Con l'introduzione della **Legge n.180/1978** (legge BASAGLIA) e l'abrogazione della precedente legge manicomiale, è venuto meno il riferimento normativo all'unica tipologia di contenzione regolamentata nel nostro ordinamento: la contenzione fisica o meccanica (limitata al settore psichiatrico).

Il **R.D. 16 agosto 1909, n. 615** "*Regolamento sui manicomi e sugli alienati*", di attuazione della Legge 14 febbraio 1904, n. 36. Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati, all'**art.60** stabiliva quanto segue:

*"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.*

*L'autorizzazione indebita dell'uso di detti mezzi rende passibili coloro che ne sono responsabili di una sanzione amministrativa da lire 60.000 a lire 200.000, senza pregiudizio delle maggiori pene comminate dal Codice penale.*

*L'uso dei mezzi di coercizione è vietato nella cura in case private. Chi contravviene a tale disposizione è soggetto alla stessa pena stabilita dal comma precedente."*

Nella sostanza la normativa manicomiale prevedeva la contenzione come evento eccezionale da utilizzarsi solo dietro "autorizzazione scritta del direttore o del medico dell'istituto" con indicata la natura e la durata dei mezzi di "coercizione".

Dal 1978 anche questa limitata previsione normativa è scomparsa dall'ordinamento; anche se, nel vuoto normativo, ad essa viene fatto ancora oggi riferimento.

## **LA CORNICE NORMATIVA NAZIONALE, EUROPEA ED INTERNAZIONALE**

Sul piano dell'ordinamento interno, occorre fare riferimento agli articoli della **Costituzione** che sanciscono:

**Art.2:** "*La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale*"; tra i diritti inviolabili dell'uomo, vi è il diritto all'**autodeterminazione**;

**Art.13:** "*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.*

*E' punita ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizioni di libertà.*

*La legge stabilisce i limiti massimi della carcerazione preventiva."*

La norma sancisce dunque il diritto all'**inviolabilità della libertà personale**, che è limitabile solo con riserva assoluta di legge e con atto motivato dell'Autorità Giudiziaria, salvo casi eccezionali di necessità ed urgenza (riserva di legge) che legittimano l'adozione di provvedimenti provvisori da parte dell'Autorità di Pubblica Sicurezza, che dovranno essere convalidati dall'Autorità Giudiziaria entro i limiti temporali indicati.

**Art.32:** *"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."*

L'articolo tutela dunque il diritto alla salute e alla dignità personale.

Non vi sono disposizioni normative specifiche sull'uso della forza fisica e dei mezzi di contenzione, se non al di fuori dell'ambito sanitario, nel contesto carcerario.

L'**art. 41 dell'Ordinamento Penitenziario** (Legge 354/75) disciplina l'utilizzo della forza fisica e dei mezzi di "coercizione" all'esclusivo fine di "evitare danni a persone o cose o di garantire la incolumità dello stesso soggetto"

*"Impiego della forza fisica e uso dei mezzi di coercizione.*

*Non é 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."*

Il fine che giustifica l'impiego della forza fisica in carcere è solo quello di impedire tentativi di evasione, impedire atti di violenza, vincere la resistenza anche passiva agli ordini impartiti.

A livello dell'**Unione europea** numerose disposizioni della **carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea** (Carta di Nizza, solennemente proclamata una prima volta il 7 dicembre 2000 a Nizza e una seconda volta, in una versione adattata, il 12 dicembre 2007 a Strasburgo da Parlamento, Consiglio e Commissione; è diritto dell'Unione e di tutti gli Stati membri) sanciscono il rispetto dei diritti della persona, del malato, dell'anziano.

Il Capo I della Carta intitolato "**DIGNITA'**", dedica le seguenti disposizioni a tutela della stessa.

**Art.1:** *“Dignità umana. La dignità umana è inviolabile. Essa deve essere rispettata e tutelata.”*

**Art.2:** *“Diritto alla vita 1. Ogni individuo ha diritto alla vita. 2. Nessuno può essere condannato alla pena di morte, né giustiziato.”*

**Art.3:** *“Diritto all’integrità della persona 1. Ogni individuo ha diritto alla propria integrità fisica e psichica. 2. Nell’ambito della medicina e della biologia devono essere in particolare rispettati: il consenso libero e informato della persona interessata, secondo le modalità definite dalla legge (...).”*

**Art.4:** *“Proibizione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti Nessuno può essere sottoposto a tortura, né a pene o trattamenti inumani o degradanti.”*

Il Capo II della Carta intitolato **“LIBERTÀ”** detta i seguenti principi:

**Art.6:** *“Diritto alla libertà e alla sicurezza Ogni individuo ha diritto alla libertà e alla sicurezza.”*

**Art.7:** *“Rispetto della vita privata e della vita familiare. Ogni individuo ha diritto al rispetto della propria vita privata e familiare, del proprio domicilio e delle sue comunicazioni.”*

Il Capo III **“UGUAGLIANZA”**, prevede:

**Art.25:** *“Diritti degli anziani. L’Unione riconosce e rispetta il diritto degli anziani di condurre una vita dignitosa e indipendente e di partecipare alla vita sociale e culturale.”*

**Art.26:** *“Inserimento dei disabili. L’Unione riconosce e rispetta il diritto dei disabili di beneficiare di misure intese a garantirne l’autonomia, l’inserimento sociale e professionale e la partecipazione alla vita della comunità.”*

Al Capo III **“SOLIDARIETA”**:

**Art.35:** *“Protezione della salute Ogni individuo ha il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali. Nella definizione e nell’attuazione di tutte le politiche ed attività dell’Unione È garantito un livello elevato di protezione della salute umana”.*

A livello del **Consiglio d’Europa**, la Convenzione dei diritti umani e delle libertà fondamentali (firmata nel 1950), al Titolo I intitolato **“DIRITTI E LIBERTÀ”**, sancisce, oltre al **“diritto alla vita”** (art.2) ed alla **“proibizione della tortura”** e di ogni pena o trattamento inumani o degradanti (art.3):

**Art.5:** *“Diritto alla libertà e alla sicurezza*

*1. 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*

*illegalmamente nel territorio, oppure di una persona contro la quale è in corso un procedimento d'espulsione o d'estradizione.” (...)*

La disposizione prosegue prescrivendo che ogni persona arrestata sia informata, al più presto e in una lingua a lei comprensibile, dei motivi dell'arresto e di ogni accusa formulata a suo carico; che ogni persona arrestata o detenuta (conformemente alle condizioni previste dal paragrafo 1 c), sia tradotta al più presto dinanzi ad un magistrato, sia giudicata entro un termine ragionevole o messa in libertà durante la procedura; che ogni persona privata della libertà mediante arresto o detenzione abbia 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; che ogni persona vittima di arresto o di detenzione in violazione di una delle disposizioni del presente articolo abbia diritto a una riparazione.

La **Carta Sociale Europea** (trattato del Consiglio d'Europa, adottato a Torino nel 1961 e rivisto a Strasburgo nel 1996, in vigore dal 1999) stabilisce:

**Art.23:** *“Diritto delle persone anziane ad una protezione sociale.*

*Per assicurare l'effettivo esercizio del diritto delle persone anziane ad una protezione sociale, le Parti s'impegnano a prendere o a promuovere, sia direttamente sia in cooperazione con le organizzazioni pubbliche o private, adeguate misure volte in particolare:*

*– a consentire alle persone anziane di rimanere il più a lungo possibile membri a pieno titolo della società, mediante: a) risorse sufficienti ad assicurare un'esistenza dignitosa ed a consentir loro di partecipare attivamente alla vita pubblica, sociale e culturale; b) la divulgazione di informazioni relative ai servizi ed alle agevolazioni esistenti a favore delle persone anziane ed alla possibilità per le stesse di avvantaggiarsene;*

*– a consentire alle persone anziane di scegliere liberamente il loro modo di vita e di svolgere un'esistenza indipendente nel loro ambiente abituale per tutto il tempo che desiderano e che ciò sia possibile, mediante: a) la disponibilità di abitazioni appropriate ai loro bisogni ed alle loro condizioni di salute o di adeguati aiuti per la sistemazione dell'abitazione; b) le cure medico-sanitarie et i servizi eventualmente richiesti dal loro stato;*

*– a garantire alle persone anziane che vivono in istituto un'adeguata assistenza nel rispetto della vita privata, e la possibilità di partecipare alla determinazione delle condizioni di vita nell'istituto.”*

Sul piano **internazionale** di fondamentale importanza è la **Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle Persone con Disabilità** (adottata il 13.12.2006 durante la sessantunesima sessione dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite con la risoluzione A/RES/61/106), ratificata dall'Italia con Legge n°18 del 3 marzo 2009.

**Art.14:** *“Libertà e sicurezza della persona.*

*1. Gli Stati Parti devono garantire che le persone con disabilità, su base di eguaglianza con gli altri: (a) Godano del diritto alla libertà e alla sicurezza della persona; (b) Non siano private della loro libertà illegalmente o arbitrariamente e che qualsiasi privazione della libertà sia conforme alla legge e che l'esistenza di una disabilità in nessun caso dovrà giustificare la privazione della libertà.*

*2. Gli Stati Parti assicureranno che, se le persone con disabilità sono private della libertà tramite qualsiasi processo, esse restino, su base di eguaglianza con gli altri, titolari delle garanzie in conformità della legislazione internazionale sui diritti umani e siano trattate in conformità degli scopi e dei principi della presente Convenzione, ivi compresi quelli di ricevere un accomodamento ragionevole.”*

**Art.15:** *“Diritto di non essere sottoposto a torture, a pene o a trattamenti crudeli, inumani o degradanti.*

*1. Nessuna persona sarà sottoposta a torture, a pene o a trattamenti crudeli, inumani o degradanti. In particolare, nessuno sarà sottoposto senza il proprio libero consenso a sperimentazioni mediche o scientifiche.*

*2. Gli Stati Parti prenderanno ogni efficace misura legislativa, amministrativa, giudiziaria o di altra natura per impedire che persone con disabilità, su base di eguaglianza con gli altri, subiscano tortura o trattamento o punizione crudele, inumana o degradante.*

**Art.16:** *“Diritto di non essere sottoposto a sfruttamento, violenza e maltrattamenti.*

*1. Gli Stati Parti prenderanno tutte le misure legislative, amministrative, sociali, educative e di altra natura adeguate per proteggere le persone con disabilità, all'interno e all'esterno dell'ambiente domestico, contro ogni forma di sfruttamento, di violenza e di abuso, compresi quegli aspetti basati sul genere.*

*2. Gli Stati Parti prenderanno altresì tutte le misure appropriate per impedire ogni forma di sfruttamento, di violenza e di maltrattamenti, assicurando, tra l'altro, appropriate forme di assistenza e sostegno adatte al genere ed all'età a beneficio delle persone con disabilità, delle loro famiglie e di chi se ne prende cura, ivi compresa la messa a disposizione di informazioni e servizi educativi circa i modi di evitare, riconoscere e denunciare casi di sfruttamento, violenza e abuso. Gli Stati Parti assicureranno che i servizi di protezione tengano conto dell'età, del genere e della disabilità.*

*3. Allo scopo di prevenire il verificarsi di ogni forma di sfruttamento, violenza e abuso, **gli Stati Parti assicureranno che tutte le strutture e i programmi destinati al servizio delle persone con disabilità siano efficacemente controllati da autorità indipendenti.***

*4. Gli Stati Parti prenderanno tutte le misure appropriate per facilitare il recupero fisico, cognitivo e psicologico, la riabilitazione e la reintegrazione sociale delle persone con disabilità che siano vittime di qualsiasi forma di sfruttamento, violenza o maltrattamenti, in particolare attraverso l'offerta di servizi di protezione. Il recupero e la reintegrazione dovranno avere luogo in un ambiente che promuova la salute, il benessere, il rispetto verso sé stessi, la dignità e l'autonomia della persona e che prenda in considerazione le esigenze specifiche legate al genere, al sesso ed all'età.*

*5. Gli Stati Parti dovranno porre in essere legislazioni e politiche efficaci, comprese le legislazioni e le politiche specifiche per le donne ed i bambini, per assicurare che i casi di sfruttamento, di violenza e di abuso contro le persone con disabilità siano identificati, inquisiti e, dove appropriato, perseguiti.”*

**Art.17:** *“Protezione dell'integrità della persona.*

*Ogni persona con disabilità ha il diritto al rispetto della propria integrità fisica e mentale sulla base dell'eguaglianza con gli altri.”*

Esiste dunque un compendio di principi, formulati dagli ordinamenti nazionale internazionale ed europeo, intesi ad assicurare pari libertà e pari dignità ad ogni individuo, ed in particolare alle persone in stato di minorata difesa, per età o condizioni patologiche.

Come questi principi si riflettono nella pratica di ospedali, case di cura, residenze protette, residenze per anziani.

Vediamone l'applicazione che ne ha fatto la giurisprudenza.

## L'ELABORAZIONE DELLA GIURISPRUDENZA IN ITALIA

La giurisprudenza si è occupata pressoché esclusivamente della contenzione fisica/meccanica. Con **Sentenza 20 giugno 2018 n.50497**, la S.C. (V Sezione) nel caso **Mastrogiovanni** si è pronunciata sui limiti della contenzione, sulla scriminante del suo impiego, sulle fattispecie criminose ravvisabili nel caso di paziente ricoverato in un reparto di psichiatria ospedaliero e contenuto per 87 ore continuative.

In ordine alla **natura della contenzione**, la S.C. osserva che:

- ⇒ mentre l'“atto medico” gode di diretta copertura costituzionale (art.32 Cost.) in quanto caratterizzato da finalità terapeutica, cui va assimilato quello avente natura diagnostica, nonché quello destinato ad alleviare le sofferenze del malato; l'uso della contenzione non rientra in nessuna delle categorie sopra indicate, trattandosi di un presidio restrittivo della libertà personale che non ha né finalità curativa, né produce l'effetto di migliorare le condizioni di salute del paziente (anzi può provocare lesioni anche gravi all'organismo); svolge mera funzione cautelare, in quanto diretto a salvaguardare l'integrità fisica del paziente, o di coloro che vengono a contatto con quest'ultimo, allorché ricorra una situazione di concreto pericolo per i medesimi;
- ⇒ la contenzione è sempre stata considerata una pratica da circoscrivere a situazioni del tutto straordinarie nei manicomi, ed assolutamente vietata nelle case di cura private, come stabiliva l'art.60 del regolamento manicomiale (abrogato con Legge.180/78 di riforma dell'assistenza psichiatrica) i cui criteri ispirativi – di limitare l'uso della contenzione a situazioni del tutto eccezionali – sono oggi ancor più vincolanti per effetto delle disposizioni di cui agli artt.13 e 32 Cost.. Già prima della Legge Basaglia, era stata emanata con il medesimo spirito la Legge 354/1975 che all'art.41 – unica norma di legge ordinaria che contempla la contenzione – ne limitava l'uso ai soli fini di evitare danni a persone o cose o garantire l'incolumità dello stesso soggetto, per il tempo strettamente necessario e sotto controllo del sanitario;
- ⇒ l'uso della contenzione non può considerarsi lecito tout court solo perché l'operatore di salute mentale è titolare di una posizione di garanzia nei confronti del paziente psichiatrico, che fa scattare l'obbligo giuridico, ex art.40 comma II C.P., di attivarsi per neutralizzare il pericolo di atti auto ed etero aggressivi da parte del malato; tale posizioni di garanzia non consente comunque di superare i limiti previsti dalla legge per l'uso della contenzione e ciò in considerazione dei beni costituzionalmente protetti: libertà personale, integrità fisica, dignità umana;
- ⇒ ne consegue che la massima privazione della libertà che deriva dall'uso della contenzione “può” e “deve” essere disposta dal sanitario – il quale per le sue competenze tecnico-scientifiche, più degli altri è a conoscenza dei gravi pregiudizi che potrebbe comportare per il paziente – solo in situazioni straordinarie e per il tempo strettamente necessario dopo aver esercitato la massima sorveglianza sul paziente;
- ⇒ l'uso della contenzione meccanica può essere ritenuto lecito solo al ricorrere delle condizioni di cui all'art.54 C.P.<sup>1</sup>, allorché sussista una **concreta situazione di pericolo attuale** di un **danno grave alla persona** (del paziente o di coloro che con lui interagiscono durante la degenza), **non altrimenti evitabile** e rispondente al criterio di **proporzionalità**; non è sufficiente un pericolo eventuale, futuro, meramente probabile o temuto (Cass.Sez.5 n.28704 dd.14.04.2015);

Gli elementi portanti dello stato di necessità sono quindi:

a) **attualità del pericolo**: non è consentita l'applicazione della contenzione in via precauzionale/preventiva; l'attualità del pregiudizio deve esser riscontrata dal sanitario in

---

<sup>1</sup> “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”.

modo “puntuale e dettagliato”; la valutazione dell’attualità del pericolo richiede un attento monitoraggio del paziente da parte del medico, che deve dar conto in modo fedele delle condizioni del pz e delle scelte che lo riguardano in cartella clinica tale dato, in modo da consentire ai sanitari che gli subentrano di avere a loro volta un quadro preciso dell’evoluzione clinica;

b) **inevitabilità altrimenti del pericolo** che deve essere valutata dal medico in relazione a strumenti alternativi alla contenzione; la contenzione deve rappresentare l’extrema ratio del trattamento;

c) **proporzionalità** riguarda le modalità di applicazione della contenzione, essendo evidente che – per la sua estrema invasività – tale presidio deve essere applicato verificando se sia sufficiente il blocco solo di alcuni arti o se il pericolo di pregiudizio sia tale da imporre il blocco di entrambi i polsi e caviglie.

Di tutto ciò si dovrà dare conto nella **cartella clinica**, di modo che il percorso motivazionale che ha determinato il medico all’applicazione della contenzione, sia comprensibile anche agli altri medici che gli subentrino nei turni, al fine di monitorare l’evolversi della situazione con possibilità di modificare e ridurre la contenzione o addirittura rimuoverla.

La sentenza richiama le linee guida sulla contenzione adottate da alcune strutture ospedaliere (es. Ospedale Niguarda di Milano); tra le prescrizioni di tali linee guida, vi è quella che la decisione di porre un pz in contenzione deve essere riportata in cartella clinica, così come analogo obbligo di motivazione è previsto con riferimento alla durata ed alle modalità di applicazione.

In sintesi: il medico ed il personale sanitario che applicano la contenzione prescindendo dalla rigorosa osservanza dei presupposti di cui all’art.54 c.p., sottopongono il pz ad una illegittima privazione della libertà personale, integrando gli estremi del reato di cui all’art.605 c.p.

Nel valutare le tesi difensive, la S.C. rileva come dalle stesse si desume che la contenzione presso l’Ospedale di Vallo della Lucania facesse parte integrante del protocollo di trattamento dei pazienti psichiatrici, in ossequio ad una **impostazione custodiale del pz psichiatrico**, ritenuto comunque pericoloso per sé e per gli altri anche a prescindere dalle concrete manifestazioni di aggressività, facendo tout court coincidere il pericolo per l’incolumità del medesimo e per i terzi con la fase acuta della patologia psichiatrica, indipendentemente dall’esame specifico e concreto della condotta del pz.

L’elemento soggettivo del delitto di sequestro di persona – **dolo generico** – lo si desume da:

- ⇒ mancata annotazione della contenzione nella cartella clinica, scelta volontaria dettata dalla consapevolezza dell’assenza dei presupposti legittimanti;
- ⇒ il fatto che la contenzione fosse una sorta di prassi cui tacitamente si uniformava il personale medico in servizio nel reparto di psichiatria, giustificata per lo più da motivi di praticità.

In conclusione, ritiene la S.C. che richiedendo l’elemento psicologico del reato di cui all’art.605 c.p. il dolo generico, i giudici di merito hanno correttamente valutato non l’intenzionalità della condotta (non necessaria), bensì la semplice consapevolezza in capo agli imputati di avere illegittimamente privato i pazienti (Mastrogiovanni e Mancoletti) della loro libertà al di fuori dei casi di effettiva necessità.



Quanto alla responsabilità degli **infermieri**, la S.C. ha ritenuto non applicabile la scriminante di cui all'art.51 C.P.<sup>2</sup> (che si attaglia a sistemi organizzativi fondati sul principio gerarchico e sulla insindacabilità degli ordini del superiore).

E ciò alla luce delle disposizioni del Codice deontologico – artt.30 e 33 – che richiedono a questi ultimi un comportamento attivo nella verifica della legittimità della contenzione sia sotto il profilo sostanziale (carattere assolutamente straordinario della situazione clinica), sia dal punto di vista formale (esistenza di una prescrizione medica o di una valutazione diagnostica) ed un dovere di protezione del pz.

L'**art.30** dispone che *“l’infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia un evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali”*; mentre l'**art.33** prescrive che *“l’infermiere che rilevi maltrattamenti o privazioni a carico dell’assistito mette in opera tutti i mezzi per proteggerlo, segnalando le circostanze, ove necessario, all’autorità competente”*.

Il codice deontologico richiede dunque agli infermieri un comportamento attivo di verifica della legittimità dell’uso della contenzione, ed un obbligo di protezione del pz, ; obblighi giuridici autonomi in virtù di quanto prescritto dall’art. 1 Legge n.251/2000 (disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione...): *“gli operatori delle professioni sanitarie ....svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva...”*

Dunque, pur essendo evidente che rientra nella competenza del medico disporre o mantenere la contenzione, la posizione dell’infermiere non è affatto quella di un operatore subordinato, dovendo questi adoperarsi per verificare che si faccia uso straordinario del mezzo contenitivo, e che tale presidio si fondi su una prescrizione medica; dovendo egli attivarsi per far cessare la coercizione quando ne vengano meno i presupposti legittimanti; dovendo inoltre segnalare le violazioni che abbia a riscontrare.

## LE NORME DEI CODICI DEONTOLOGICI PROFESSIONALI

Da molti anni la deontologia di alcune professioni sanitarie si è occupata del problema “contenzione”.

Le professioni che, a oggi, hanno articoli sulla contenzione sono quattro: i fisioterapisti, i medici, gli educatori professionali e gli infermieri. L’ordine seguito è relativo alla data di emanazione del codice, ma i primi a inserirla in un loro codice sono stati gli infermieri.

Il **codice deontologico dei fisioterapisti** (2011) dedica l’articolo 43 alla contenzione, rubricandolo proprio come tale: *Contenzione. “La contenzione è una pratica clinica eccezionale che deve salvaguardare il rispetto della dignità e della libertà della persona. Nel caso di persone incapaci, ancorché non sottoposte a misure di sostegno giuridico, la*

---

<sup>2</sup> (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 é 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 é punibile chi esegue l'ordine illegittimo, quando la legge non gli consente alcun sindacato sulla legittimità dell'ordine.

*contenzione deve proporsi l'obiettivo di tutelare la salute della persona e non può essere mezzo vicariante le carenze assistenziali dell'organizzazione".*

**Il codice di deontologia medica (2014)** dedica l'articolo 32 ultimo comma alla contenzione: *Doveri del medico nei confronti dei soggetti fragili. "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".*

All'art.51 prevede che *"Il medico che assista un cittadino in condizioni limitative della libertà personale è tenuto al rispetto rigoroso dei diritti della persona... In caso di T.S.O. il medico non deve richiedere o porre in essere misure coattive, salvo casi di effettiva necessità, nel rispetto della dignità della persona e nei limiti previsti dalla legge".*

**Il codice degli Educatori professionali (2015)**, nella sezione dedicata alla "Responsabilità nei confronti dell'utente" all'articolo 2 prevede: *"Non deve utilizzare tecniche che risultino di costrizione o manipolative. Soltanto nell'ambito di una programmazione interdisciplinare, può intervenire con autorevolezza e determinazione laddove l'azione della persona è auto/etero lesiva, ricorrendo a metodi e tecniche d'intervento che non danneggino la dignità dell'utente".*

In questo caso il termine usato è "costrizione", ma dal contenuto del secondo comma è da considerarsi sinonimo di contenzione.

**Il nuovo codice deontologico delle professioni infermieristiche (2019)** dedica l'articolo 35 alla contenzione: *"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".*

\*\*\*\*\*

