

RIVISTA ITALIANA DI MEDICINA LEGALE

Anno XXXIII Fasc. 6 - 2011

Giandomenico Dodaro

**IL PROBLEMA DELLA LEGITTIMITÀ
GIURIDICA DELL'USO DELLA
FORZA FISICA O DELLA
CONTENZIONE MECCANICA NEI
CONFRONTI DEL PAZIENTE
PSICHIATRICO AGGRESSIVO O A
RISCHIO SUICIDARIO**

Estratto



Milano • Giuffrè Editore

IL PROBLEMA DELLA LEGITTIMITÀ
GIURIDICA DELL'USO DELLA FORZA
FISICA O DELLA CONTENZIONE MECCANICA
NEI CONFRONTI DEL PAZIENTE PSICHIATRICO
AGGRESSIVO O A RISCHIO SUICIDARIO

*THE ISSUE OF LEGAL LEGITIMACY
OF THE USE OF FORCE OR MECHANICAL
RESTRAINT ON AGGRESSIVE OR
POTENTIAL SUICIDAL PATIENTS*

di GIANDOMENICO DODARO *

Parole chiave: psichiatria; responsabilità penale; aggressività; suicidio; reati del paziente; contenzione fisica.

Key words: psychiatry; criminal liability; aggressiveness; suicide; patient's crimes; physical restraint.

SOMMARIO: 1. Contenzione meccanica del paziente psichiatrico nell'epoca della de-istituzionalizzazione. — 2. Tecniche di contenzione del paziente in psichiatria. — 3. Ragioni della ritenuta inevitabilità della contenzione meccanica in psichiatria. — 4. Posizione di garanzia degli operatori psichiatrici: dalla questione dei doveri giuridici alla questione dei poteri. — 5. Necessità di tornare a tematizzare il problema della liceità giuridica della contenzione meccanica del paziente psichiatrico. — 6. Contenzione fisica e garanzie costituzionali della libertà personale. — 7. La contenzione meccanica del paziente psichiatrico è vietata dalla legge? Ricognizione delle fonti normative. — 8. Metodiche contenitive lecite o illecite secondo le garanzie costituzionali dell'art. 13 Cost. — 9. Coercizione fisica del paziente aggressivo come modalità d'intervento doverosa. — 10. Contenzione meccanica e stato di necessità. Interventi legittimi e interventi vietati. — 11. La sfida del «Club S.P.D.C. aperti no restraint» contro l'idea dell'inevitabilità della contenzione meccanica.

* Ricercatore di Diritto penale presso l'Università degli Studi di Milano - Bicocca.

1. *Contenzione meccanica del paziente psichiatrico nell'epoca della de-istituzionalizzazione.*

Tra gli obiettivi del movimento anti-istituzionale, che portò in Italia alla promulgazione della legge 13 maggio 1978, n. 180 vi era, accanto alla chiusura dei manicomi civili, anche la messa al bando di modalità di gestione del paziente psichiatrico ispirate a logiche custodialistiche, *in primis* della contenzione ai letti d'ospedale con mezzi meccanici. La possente spinta ideale che accompagnò il movimento negli anni dello sviluppo in Italia della psichiatria di comunità ebbe probabilmente l'effetto di rinviare o di marginalizzare la questione del nuovo «statuto giuridico» della professione nella nuova psichiatria de-istituzionalizzata. L'idea o la speranza, che sembra essere stata condivisa e coltivata da molti, era che il profondo cambiamento impresso dalla riforma al modo di considerare i malati di mente e la loro cura, che — come rilevò anche la Corte costituzionale — da problema di pubblica sicurezza passò a essere «problema essenzialmente sanitario o di reinserimento sociale del paziente» (1), avrebbe comportato la cancellazione come con un «tratto di penna», una volta per sempre, di quel complesso di odiosi doveri e strumenti tipici di un sistema di assistenza manicomiale, e con essi il venir meno della possibilità di essere chiamati a rispondere per non aver impedito il suicidio del paziente o i delitti da questo perpetrati. In particolare, la legge n. 180, che secondo la comune opinione avrebbe implicato l'abrogazione delle norme della legislazione manicomiale che regolavano la contenzione, avrebbe dovuto sul piano teorico indurre anche all'adozione di buone pratiche ispirate ai principi della psichiatria di comunità, da cui sarebbe derivata una progressiva riduzione e alla fine la sua definitiva scomparsa. Con il tempo, tutte le questioni rinviate e lasciate aperte sono un po' alla volta fatalmente riemerse. L'intervento della magistratura negli anni immediatamente successivi al 1978, a seguito del verificarsi di gravi incidenti occorsi all'interno o all'esterno dei luoghi di cura, ha dapprima dimostrato che il problema della responsabilità per gesti auto o etero-lesivi del paziente non potesse considerarsi superato una volta per tutte e ha sollecitato medici, infermieri e giuristi a riflettere su quale fosse la configurazione assunta dalla «po-

(1) Corte cost. n. 211 del 1988, in www.cortecostituzionale.it.

sizione di garanzia» degli operatori di salute mentale all'interno del nuovo modello di assistenza, ispirato ai principi di volontarietà e territorializzazione del trattamento psichiatrico.

Negli anni successivi alla riforma l'ideale di trasformazione che aveva animato il movimento anti-istituzionale sembra aver perso, almeno in parte, il suo significato e valore originario di «liberazione dei folli» (2). Ciò, unitamente al diffondersi all'interno di numerosi DSM di modelli di gestione delle acuzie fortemente «medicalizzati» e «ospedalizzati», ha probabilmente favorito la permanenza nell'operatività dei servizi di pratiche contenitive e varie forme di restrittività (ad es. la chiusura delle porte d'ingresso del reparto nelle ore diurne) (3). Si tratta di evenienze più frequenti di quanto si pensi all'interno dei contesti di cura psichiatrica (4), dietro le quali — è stato osservato — si maschererebbe il rischio di nuovi processi di manicomialità (5). Sebbene oggi la contenzione con mezzi meccanici venga praticata in forme e con frequenza nettamente inferiore al passato, essa è penetrata persino all'interno delle strutture territoriali residenziali.

Dalla ricerca «Progres Acuti», commissionata dall'Istituto Superiore di Sanità e relativa alle contenzioni effettuate a livello nazionale nell'anno 2001, è emerso che ben l'80% dei 289 S.P.D.C. censiti ha praticato almeno una contenzione con mezzi meccanici (6). La seconda fase dell'indagine si è focalizzata sull'osservazione di un campione casuale di 112 servizi per un periodo di osservazione di due settimane (coorte di pazienti osservati $n=1227$). È emerso che la contenzione meccanica è stata usata nel 46% dei servizi. Sono stati «contenuti» almeno una volta 101 pazienti, corrispondenti all'8% della coorte osservata. Quanto ai motivi che hanno suggerito

(2) L. TORESINI, *L'SPDC no restraint. La sfida della cura*, in www.centrobassaglia.provincia.arezzo.it.

(3) B. NORCIO, *L'emergenza nell'organizzazione e nelle strategie del dipartimento di salute mentale: l'esperienza di Trieste*, in *Riv. sper. fren.*, 2002, p. 89.

(4) F. LUGO, E. SARZI AMADÈ, S. FRENI, A. ERLICHER, *La gestione del comportamento violento in ospedale e la contenzione meccanica*, in *Psichiatria oggi*, 1, 2006, p. 28.

(5) R. PICCIONE e S. MILANO, *La neo-manicomialità dipartimentale e la contenzione fisica nei reparti psichiatrici di diagnosi e cura*, in *Riv. sper. fren.*, 2002, p. 69 ss.

(6) I dati della ricerca «Progres Acuti» sono gli unici dati disponibili raccolti in modo omogeneo a livello nazionale con esclusione della Regione Sicilia.

il ricorso alla contenzione, in 19 casi è stato il comportamento violento del paziente, in 28 casi un comportamento genericamente definibile « ostile » nei confronti del personale o degli altri ospiti, in 54 casi sono state « altre cause ». Se si considera che nel periodo d'osservazione pazienti violenti almeno una volta sono stati 37, che pazienti « ostili » almeno una volta sono stati 129, si evince che la contenzione meccanica ha costituito la risposta che il servizio ha dato alla violenza del paziente nel 51% dei casi, nel 22% di situazioni di generica ostilità e nel 5% di pazienti mai ostili. Per quanto riguarda, infine, la durata della contenzione, nel 36% dei casi è stata pari o inferiore a 6 ore, mentre nel 42% dei casi ha avuto una durata compresa tra le 6 e le 24 ore e nel 23% dei casi si è protratta oltre le 24 ore.

I dati suggeriscono alcune prudenti osservazioni in relazione alle più evidenti criticità nell'uso della contenzione meccanica, che possono essere considerate « eventi sentinella » su cui riflettere. La contenzione parrebbe venir praticata con una frequenza superiore a quella che potrebbe reputarsi fisiologica per uno strumento pensato per situazioni straordinarie. Sembrerebbe, inoltre, impiegata sovente in funzione preventiva rispetto a comportamenti aggressivi, ossia come forma d'intervento anticipato rispetto all'insorgenza di un pericolo attuale per la vita o l'incolumità fisica del personale sanitario o degli altri ospiti della struttura. Infine, la contenzione meccanica non rappresenterebbe nella maggior parte dei casi una soluzione di breve durata rispetto a un problema di sicurezza. Il fatto che la contenzione risulti una metodica di intervento presente nell'operatività della maggior parte dei servizi psichiatrici non deve far dimenticare che esiste un 20% di servizi che nel periodo considerato non ha operato alcuna contenzione. Il dato è in tutto o in parte riconducibile all'esistenza di un gruppo di S.P.D.C. che rifiuta di principio l'impiego di pratiche contenitive nei confronti di pazienti aggressivi.

2. *Tecniche di contenzione del paziente.*

La contenzione del paziente con mezzi meccanici è una misura universalmente applicata in medicina e chirurgia. Nel *Nursing Home Reform Act* (OBRA, Omnibus Reconciliation, 1978) la contenzione è definita 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 movimenti ovvero la normale accessibilità al proprio corpo». La «contenzione manuale» consiste nell'uso della forza fisica da parte del personale sanitario per bloccare il paziente o per vincerne la resistenza. La «contenzione meccanica» consiste nell'uso di presidi che riducono o controllano il movimento del paziente, come la cintura di forza, mezzi applicati all'ospite a letto (fasce, cinture) o in carrozzina (corpetto), mezzi di contenzione per segmenti corporei (cinghie per caviglie e polsi); presidi inseriti come barriera nell'ambiente (spondine di protezione a letto); presidi posizionali sulla persona che obbligano a una postura obbligata (cuscini anatomici o altri sistemi analoghi come cintura pelvica, divaricatore inguinale, tavolino, carrozzine basculanti, poltrone basse).

Le finalità per cui vengono utilizzate queste metodiche o presidi di contenimento sono le più varie: prevenire, attenuare o bloccare atteggiamenti o comportamenti del paziente, quali irrequietezza, agitazione o aggressività, proteggere presidi terapeutici, permettere la somministrazione di farmaci, prevenire traumatismi da caduta, evitare il vagabondaggio, praticare l'alimentazione forzata di malati che rifiutano attivamente il cibo.

Nell'uso linguistico vengono ricomprese nel concetto di «contenzione» altre metodiche, il cui scopo è sempre quello di controllare o limitare i movimenti del paziente per disinnescare situazioni ostili, ma senza comportare il «blocco» del corpo. Si definisce:

— «contenzione chimica» la somministrazione di farmaci che modificano il comportamento (tranquillanti e sedativi);

— «contenzione ambientale» il fatto di apportare cambiamenti all'ambiente di vita di una persona per limitare o controllare i suoi movimenti. Si va dal tenere le porte del reparto chiuse a chiave, alla limitazione delle uscite dal reparto di degenza a determinate fasce orarie, al divieto di uscire dal reparto da soli o accompagnati, alla limitazione delle visite e dei contatti con l'esterno, fino all'isolamento in un'apposita camera del reparto di degenza;

— «contenzione relazionale» l'ascolto e l'osservazione empatica del paziente. Si tratta di interventi di desensibilizzazione, operati attraverso tecniche di comunicazione, volte a ridurre progressivamente e contenere lo sviluppo naturale del ciclo dell'aggressività soddisfacendo il bisogno di sicurezza del paziente (c.d. *de-escalation*).

Della contenzione si danno, dunque, varie forme e modulazioni. Oggetto d'analisi sono unicamente gli interventi che incidono in maniera più significativa sui diritti fondamentali del malato, ossia quelli implicanti l'estrinsecazione di forza fisica («contenzione fisica») e l'uso di mezzi impeditivi di liberi movimenti mediante il «blocco» totale o parziale del corpo («contenzione meccanica»). È con riguardo ad essi che viene in considerazione in maniera più marcata il possibile configurarsi di fattispecie di reato, quali segnatamente il delitto di violenza privata (art. 610 c.p.) e il delitto di sequestro di persona (art. 605 c.p.).

3. *Ragioni della ritenuta inevitabilità della contenzione meccanica in psichiatria.*

L'attenzione al problema della contenzione all'interno della comunità psichiatrica è stata, almeno fino a qualche tempo fa, inferiore all'importanza del fenomeno nelle pratiche clinico-assistenziali. Della contenzione meccanica, o più in generale dell'uso della forza fisica nei confronti del paziente psichiatrico, si parla e si è parlato poco perché costituisce un aspetto sgradevole e di criticità dell'assistenza e del trattamento nelle strutture di assistenza psichiatrica. Parlarne richiama il manicomio e con esso pratiche violente legate a una cultura dell'assistenza ai malati di mente che tenacemente si vorrebbe almeno sul piano teorico rifiutata. Ancor meno volentieri se ne discute a livello scientifico o professionale o lo si fa con un certo imbarazzo, dal momento che secondo un sentire ampiamente diffuso la contenzione sarebbe un'evenienza di cui sembrerebbe fatalmente non potersi proprio fare a meno in alcune fasi di diverse patologie mentali per evitare che il paziente faccia del male a sé o ad altri (7).

(7) R. CATANESI, F. CARABELLESE, G. TROCCOLI, *Contenzione fisica in psichiatria*, in V. VOLTERRA (a cura di), *Psichiatria forense, criminologia ed etica psichiatrica*, Elsevier-Masson, Milano, 2010, p. 968.

L'idea dell'inevitabilità del mezzo meccanico è presente anche in atti ufficiali come la *Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari* adottate dal Ministero della Salute nel 2007 e i codici deontologici medico e infermieristico, che parlano espressamente di contenzione del paziente. Secondo il Codice di deontologia medica (2006), «I trattamenti che incidono sulla integrità e sulla resistenza psico-fisica del malato possono essere attuati, previo accertamento delle necessità terapeutiche, e solo al fine di procurare un concreto beneficio clinico

Quali sono i motivi che renderebbero la contenzione del paziente con mezzi meccanici una pratica inevitabile all'interno dei servizi?

Su questo piano il discorso si fa subito molto complicato. Chi ammette la contenzione meccanica la considera un «atto sanitario» (8). Non si è trovato nella letteratura scientifica italiana, nei documenti ufficiali delle autorità politico-sanitarie o nei protocolli ospedalieri in tema di contenzione, l'affermazione esplicita che sarebbe la natura della malattia mentale, o di alcune forme di essa, a imporre la contenzione al letto con le cinghie come fatto ineluttabile. Le motivazioni si collocano su un piano argomentativo *politically correct*.

Si «contiene» il paziente perché all'interno dei luoghi di cura esistono una serie di criticità che concorrono sinergicamente a determinare l'aggressività e la violenza del paziente e che rendono a loro volta inevitabile in situazioni di emergenza legare il paziente al letto (9). Si tratta di varianti aspecifiche del paziente (10) o del personale (11), di

al malato o di alleviarne le sofferenze» (art. 18); «Il medico che assista un cittadino in condizioni limitative della libertà personale è tenuto al rispetto rigoroso dei diritti della persona, fermi restando gli obblighi connessi con le sue specifiche funzioni. In caso di trattamento sanitario obbligatorio 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» (art. 49). Secondo l'art. 30 del Codice deontologico dell'infermiere (2009): «L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali».

(8) Non si tratterebbe di misure terapeutiche in senso stretto, dal momento che non sono direttamente finalizzate al superamento dello stato di malattia, ma sono comunque protese alla tutela della vita e della salute, per tutti R. CATANESI, F. CARABELLESE, G. TROCCOLI, *cit.*, p. 970.

(9) Tra i numerosi contributi sul tema si vedano i saggi raccolti in C. MENCACCI (a cura di), *Servizi psichiatrici. Diagnosi e cura. Le funzioni, le cure, gli operatori. Evidenze, criticità, prospettive*, CIC, Roma, 2004.

(10) Fattori simili a quelli che risultano associati all'aggressività e alla violenza nella popolazione generale.

(11) Si tratta di fattori che non dovrebbero avere alcuna rilevanza nella determinazione del tipo di assistenza, come le caratteristiche personologiche degli infermieri e dei medici (pigrizia, superficialità, insipienza), eventuali sentimenti di rabbia, collera, ira dovuti a un paziente «scomodo», assuefazione o perdita di contatto con la sofferenza del paziente, relazioni interpersonali e di potere all'interno delle squadre che si avvicendano nei turni di servizio, rapporti fra medici e non-medici negli staff, pregiudizi culturali, orientamenti dell'amministrazione dell'ospedale che creano notevoli difficoltà a sottrarsi a prassi standardizzate in un determinato contesto lavorativo.

varianti cliniche, di varianti di «contesto» (12), di varianti strutturali/organizzative (13), infine di variabili connesse alla formazione del personale (14). Di conseguenza, la scelta dell'intervento, contenitivo o non contenitivo, in chiave preventiva o come estrema risorsa, di breve o di lunga durata, in presenza di situazioni simili dal punto di vista clinico e dei comportamenti della persona ricoverata, dipende molto dallo stile di lavoro e dal «clima» del servizio e può variare notevolmente da ospedale a ospedale e persino all'interno della medesima struttura a seconda degli operatori in servizio (15). La contenzione meccanica è, dunque, la risposta del servizio a un problema di gestione del paziente, inevitabile non per ragioni oggettive ma per ragioni «soggettive» interne al singolo servizio, come conseguenza dell'assenza di risorse in grado di offrire una modalità d'intervento differente.

Chi pratica o legittima a livello scientifico la contenzione si dichiara pervaso idealmente della necessità e della possibilità di lavorare concretamente per migliorare la qualità dell'assistenza all'interno dei servizi. In linea con importanti documenti ufficiali europei e nazionali, sostiene la possibilità di ridurre e progressivamente eliminare del tutto la contenzione meccanica, così da mantenere il più possibile l'intervento psichiatrico nell'ambito del consenso e della condivisione delle scelte, anche nel caso estremo dell'urgenza (16); e si mostra d'ac-

(12) Fattori legati alle regole e alla *routine* di reparto, al *confort* abitativo, al livello di stimolazione dei pazienti attraverso attività svolte all'interno del reparto, che riducono tempi vuoti e noia degli utenti.

(13) Ad esempio, carenza di personale, affollamento di pazienti, sovraccarico di lavoro.

(14) Ad esempio, povertà, rigidità o standardizzazione delle proposte alternative d'intervento, mancanza di chiarezza, univocità ed empatia della comunicazione con i pazienti da parte dello staff.

(15) L. BENEVELLI, *Fare a meno della contenzione. Perché porte aperte e assenza di contenzioni diventino criteri discriminanti nella valutazione e nel riconoscimento della qualità del lavoro dei DSM. Proposta di monitoraggio nazionale*, in R. CATANESI, L. FERRANNINI, P.F. PELOSO (a cura di), *La contenzione fisica in psichiatria*, Giuffrè, Milano, 2006, pp. 75 ss.; conf. M. MISLEJ, *Diritti, assistenza e risorse*, in M. MISLEJ e L. BICEGO (a cura di), *Assistenza e diritti. Critica alla contenzione e alle cattive pratiche*, Carocci, Roma, 2007, p. 30.

(16) L. FERRANNINI, P.F. PELOSO, F. SCAPATI, E. MAURA, *Aspetti clinici della contenzione*, in R. CATANESI, L. FERRANNINI, P.F. PELOSO (a cura di), *La contenzione fisica in psichiatria*, Giuffrè, Milano, 2006, p. 5. Con riferimento alla contenzione in geriatria, M. PETRINI e F. CARETTA, *La contenzione in ambito geriatrico*, in *Riv. sper. fren.*, 2006, pp. 105 ss.

cordo con chi la contenzione meccanica rifiuta di principio nel pensare che l'unico modo per ridurla a zero sia quello di adottare nuove pratiche assistenziali e terapeutiche nell'orizzonte di una prevenzione dei comportamenti violenti nei luoghi di cura, e di affrontare le problematiche sottese a questa pratica in termini di nuove politiche culturali, organizzative e gestionali, formative ed educative nell'ottica del miglioramento di qualità (17). Ed è pure concorde nel ritenere che nei confronti del paziente «esplosivo» o che rischia di « esplodere », prima di intervenire con una contenzione altrettanto violenta, occorre mettere in campo altre risposte di contenimento, arginamento, moderazione, limitazione, affinché il blocco della crisi sia evenienza rara e non assuma la valenza di una sbrigativa sopraffazione più rovinosa dell'attacco. È dunque evidente che il passaggio al modello porte aperte *no restraint* rappresenta il risultato di un percorso complesso di riorganizzazione su più livelli del sistema di assistenza psichiatrica all'interno di ciascun S.P.D.C. Il dibattito sulla contenzione meccanica è al momento incentrato sulla determinazione dei presupposti che la motivano, sulle modalità della sua attuazione, sull'individuazione del soggetto deputato ad assumere la responsabilità di valutarne la necessità e del soggetto deputato a provvedere alla messa in atto, sull'assistenza sanitaria al paziente «contenuto» in considerazione dei rischi rilevanti che la contenzione comporta per l'incolumità e la vita della persona nelle fasi anteriori e successive al «blocco», infine sulla sorveglianza del paziente «contenuto».

4. *Posizione di garanzia degli operatori psichiatrici: dalla questione dei doveri giuridici alla questione dei poteri.*

Il tema della legittimità dell'uso della forza fisica e della contenzione meccanica in psichiatria è strettamente connesso al tema dei

(17) In tal senso anche la Risoluzione del Parlamento europeo su *Migliorare la salute mentale della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione europea* (2006/2058 - INI) la quale ha espresso il « parere che vada evitata qualsiasi forma di restrizione della libertà personale, in particolar modo le contenzioni, per le quali sono necessari un monitoraggio, un controllo e una vigilanza delle istituzioni democratiche, a garanzia dei diritti della persona e per limitare eventuali abusi ». Conferenza delle Regioni e delle Province autonome (10/081/CR07/C7), *Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione*, p. 2. Il documento è pubblicato sul sito www.regioni.it.

doveri professionali degli operatori psichiatrici. Entrambi rappresentano i piani che definiscono il contenuto della c.d. posizione di garanzia. In seno alla giurisprudenza si starebbe definendo una posizione di garanzia che appare compatibile con la legge n. 180. L'operatore psichiatrico sarebbe incaricato di doveri di controllo in relazione a gesti auto o etero-aggressivi del paziente che per il modo, con cui sono stati fino ad ora declinati nelle sentenze passate in giudicato, configurano un modello di assistenza che pare in grado di avvicinare la relazione terapeutica a un'autentica «presa in carico» all'interno di contesti di cura sicuri per il malato e funzionali a un'operatività buona ed eticamente orientata (18).

Il vero nodo problematico, che concerne oggi il tema della responsabilità professionale degli operatori psichiatrici, è quello degli strumenti d'intervento che possono venir legittimamente utilizzati nell'assolvimento di compiti di protezione e controllo del paziente. Tale questione non si gioca unicamente sul piano dell'interpretazione delle norme giuridiche. Essa chiama in causa anche il sapere di pertinenza della scienza psichiatrica, che deve dire quali comportamenti sono congrui o adeguati allo scopo. La formulazione di convincenti modelli di responsabilità penale esige la determinazione di regole di buona pratica professionale e conoscenze corroborate e condivise dalla comunità scientifica su questioni centrali.

Allo stesso tempo, l'indicazione di quali siano le tecniche utilizzabili è oggetto di una valutazione che non può ritenersi interamente riservata alla scienza medica e che possa essere risolta semplicemente, come in alcuni casi è stato suggerito, sulla base di una valutazione costi/benefici. Non è affatto risolutivo osservare che la contenzione consente sovente di sventare gli effetti distruttivi ben più gravi degli agiti del paziente. Il giudizio sulla contenzione si colloca su un piano che tocca la sostanza etico-politica della determinazione delle regole di base della convivenza sociale, la cui valutazione spetta *in primis* al legislatore. Legare o non legare, legare in un modo piuttosto che in un altro, impiegando tecniche raffinate che

(18) G. DODARO, *Posizione di garanzia degli operatori dei servizi psichiatrici per la prevenzione di comportamenti auto o etero-aggressivi del paziente. Gli orientamenti della giurisprudenza penale (1978-2010)*, in G. DODARO (a cura di), *La posizione di garanzia degli operatori psichiatrici. Giurisprudenza e clinica a confronto*, Franco Angeli, Milano, pp. 50 ss.

servono a ridurre effetti nocivi per la salute psichica e per l'incolumità o i rischi per la vita del paziente, sono comportamenti molto diversi dal punto di vista etico, che esprimono differenti concezioni assiologiche del valore della dignità sociale e differenti livelli di rispetto tra cittadini, di qual valore proclamato dall'art. 3 Cost. che costituisce la base per il riconoscimento sociale dell'uguaglianza di tutte le persone, quali soggetti posti sullo stesso piano (19).

Qui si apre un problema estremamente delicato, che è quello di come ripartire le competenze tra potere politico e sapere tecnico-scientifico nell'individuazione degli strumenti di intervento. Importanti indicazioni emergono dalla giurisprudenza della Corte costituzionale. Come ha affermato la sentenza n. 282 del 2002 in materia di terapia elettroconvulsivante (*elettroshok*), « un intervento sul merito delle scelte terapeutiche in relazione alla loro appropriatezza non potrebbe nascere da valutazioni di pura discrezionalità politica dello stesso legislatore, bensì dovrebbe prevedere l'elaborazione di indirizzi fondati sulla verifica dello stato delle conoscenze scientifiche e delle evidenze sperimentali acquisite, tramite istituzioni e organismi, — di norma nazionali o sovranazionali — a ciò deputati, dato l'«essenziale rilievo» che, a questi fini, rivestono «gli organi tecnico-scientifici» (cfr. sent. n. 185 del 1998); o comunque dovrebbe costituire il risultato di una siffatta verifica ». Il sapere scientifico può e deve dire al potere politico quali strumenti siano congrui o adeguati per affrontare un dato problema. Al legislatore è data la possibilità di intervenire, ad esempio, dettando «regole legislative dirette a prescrivere procedure particolari per l'impiego di mezzi terapeutici «a rischio», onde meglio garantire — anche eventualmente con il concorso di una pluralità di professionisti — l'adeguatezza delle scelte terapeutiche e l'osservanza delle cautele necessarie ». È attribuita anche la facoltà di imporre un divieto assoluto di impiego di pratiche sanitarie che si pongano in palese contrasto con diritti fondamentali dell'individuo, quale appunto «quello ad essere rispettato come persona, e in particolare nella propria integrità fisica e psichica ».

(19) Interessanti contributi sui profili etici e giuridici del «governo del corpo» sono raccolti nel volume S. CANESTRARI, G. FERRANDO, C.M. MAZZONI, S. RODOTÀ, P. ZATTI (a cura di), *Il governo del corpo*, I, in *Trattato di biodiritto*, diretto da S. Rodotà e P. Zatti, Giuffrè, Milano, 2011.

5. *Necessità di tornare a tematizzare il problema della liceità giuridica della contenzione meccanica del paziente psichiatrico.*

Il paradigma della contenzione costituisce un buon indicatore dello spirito del tempo in tema di eticità della cura e un banco di prova per misurare la tenuta dei diritti fondamentali del malato di mente nell'epoca della de-istituzionalizzazione. Se, come tutti riconoscono, la contenzione meccanica rappresenta la conseguenza di un «fallimento terapeutico», legare il paziente al letto d'ospedale è una pratica che paradossalmente fa ricadere interamente sulla persona che ha chiesto d'essere aiutata gli effetti di quest'insuccesso, anche quando il fallimento della cura non possa essergli «colpevolmente» attribuito.

Il diffuso convincimento che in psichiatria l'adozione di misure meccaniche di contenimento fisico sia scontata in casi di necessità ha finito per «mettere tra parentesi» il problema generale della liceità degli atti coercitivi nei confronti del malato di mente. Si tratterebbe di un problema — è stato detto — «superato» dall'immane concretezza delle ritenute esigenze di alcuni pazienti di essere «contenuti» in alcune fasi della patologia (20). Il problema centrale sarebbe divenuto quello di dotarsi di protocolli o di regolamenti operativi che definiscano modalità di impiego e procedure correlate all'intervento di contenzione, come dimostra l'ampia diffusione di tali documenti operativi all'interno delle strutture sanitarie.

La questione della liceità della contenzione appare, al contrario, ben lontana dall'essere risolta in maniera soddisfacente. Occorre stabilire se coercizione fisica e contenzione meccanica siano modalità di intervento legittime in quanto rese doverose dalla posizione di garanzia del personale sanitario o se siano eccezionalmente giustificate dalle scriminanti operanti in situazioni di necessità. Inoltre, non può essere data per scontata l'operatività del criterio della «necessità», la cui valutazione deve essere effettuata in maniera molto rigorosa. Ciò appare evidente se solo si rifletta sul fatto che l'essere legato al letto d'ospedale possa dipendere in tutto o in parte dal comportamento «colpevole» altrui, di chi avrebbe dovuto organizzare meglio il servizio o del personale che ha in carico il paziente e che non ha prestato la massima attenzione per cercare di evitarla

(20) L. FERRANNINI, P. PELOSO, F. SCAPATI, E. MAURA, *cit.*, p. 5.

utilizzando altre modalità d'intervento. Ma anche nelle situazioni in cui non vi sia alcuna responsabilità di medici e infermieri alla base dell'esplosione dell'aggressività del malato (ad es. in caso di ricovero psichiatrico inappropriato), resta aperto l'interrogativo se e in quali casi sia davvero inevitabile ricorrere all'immobilizzazione del corpo ai quattro arti con mezzi meccanici la quale, checché se ne dica e a prescindere dalla ritenuta valenza terapeutica dell'atto, costituisce uno strumento umiliante e degradante, un evento traumatico di straordinaria gravità che rimane a lungo nei ricordi e nei sentimenti del paziente.

La questione della liceità della contenzione fisica involge la questione delle condizioni e dei limiti entro cui il privato cittadino è autorizzato all'impiego della coercizione nei confronti di un'altra persona. Comportando una limitazione di libertà di movimento del paziente realizzata mediante il «blocco» del corpo, la contenzione fisica pone un problema di rispetto dell'art. 13 Cost. che tutela la libertà personale come diritto inviolabile.

6. *Contenzione fisica e garanzie costituzionali della libertà personale.*

L'art. 13 Cost. si occupa specificamente della libertà personale nella sua accezione più certa e storicamente consolidata, ossia della «libertà dagli arresti» (c.d. *habeas corpus*). Entro questi limiti la norma esprime lo stato di libertà fisica, implicante l'assenza di coercizione sul corpo nei confronti dei poteri d'arresto della polizia giudiziaria e della pubblica sicurezza, nonché di quelli di cattura e di condanna (a pena detentiva) del giudice penale. La garanzia costituzionale che riguarda la libertà personale consiste nella determinazione dei presupposti e dei modi di esercizio di tali poteri (21). La Costituzione subordina ogni restrizione della libertà personale per «ragioni di giustizia» a speciali garanzie, ponendo una «riserva di legge» e una «riserva di giurisdizione». La «riserva di legge» implica che restrizioni della libertà personale sono lecite nei soli casi e modi espressamente indicati da una previa legge dello Stato. La

(21) G. AMATO, sub *Art. 13*, in G. AMATO, A. PACE, F. FINOCCHIARO, *Art. 13-20 - Rapporti civili*, in G. BRANCA (a cura di), *Commentario della Costituzione*, Zanichelli, Bologna-Roma, 1977, p. 4.

libertà personale del cittadino non sarebbe, però, adeguatamente garantita se l'uso della coercizione, anche quando previsto dalla legge, non fosse previamente autorizzato da « un atto motivato dell'Autorità giudiziaria ». Tale è l'essenzialità che la Costituzione assegna al valore della libertà personale, che il doveroso rispetto delle riserve di legge e di giurisdizione è imposto anche in presenza di situazioni eccezionali di necessità e urgenza (art. 13, comma 3, Cost.).

La Corte costituzionale ha affermato da tempo che nell'art. 13 Cost. la libertà personale viene in considerazione non solo con il significato di « libertà dagli arresti » e si manifesta nella sua massima espressione nel senso di libertà dalla sottoposizione a coercizioni di qualunque genere (22). È assoggettata alle garanzie costituzionali ivi stabilite ogni forma di coercizione anche non fisica in senso stretto, che offenda la dignità della persona e ne comporti degradazione giuridica (23).

L'estrinsecazione della forza bruta sulla persona, il « mettere le mani addosso » nei rapporti tra privati, è considerata dalla legge penale, in ragione del peculiare disvalore socialmente associato all'aggressione fisica di attacco al corpo, il nucleo duro della nozione penalistica di « violenza » ed è punita dall'art. 610 c.p. (24). La legatura di mani e piedi al letto d'ospedale, così come l'incatenamento, costituiscono ipotesi paradigmatiche di sequestro di persona punite dall'art. 605 c.p., in quanto annullano del tutto la libertà personale, intesa come libertà fisica di movimento (25).

(22) Per una recente rivisitazione critica dell'evoluzione della nozione di libertà personale, si veda, tra le opere di taglio generalista, C. DE FIORES, *Libertà personale*, in *Dizionario di diritto pubblico*, diretto da S. CASSESE, Vol. IV, Giuffrè, Milano, 2006, pp. 3524 ss.

(23) Ad esempio, nella sentenza n. 30 del 1962, la Corte costituzionale ha distinto, nell'ambito dei rilievi segnaletici che l'Autorità di pubblica sicurezza può compiere, tra quelli invasivi della libertà personale che ricadono sotto la garanzia dell'art. 13 Cost., come prelievi di sangue o indagini su parti del corpo non esposte alla vista, e quelli meno invasivi, che magari possono comportare immobilizzazione della persona ma che non costituiscono costrizioni lesive perché lievi e momentanee, come l'assunzione delle impronte digitali o rilievi fotografici, che sono state incluse tra le prestazioni ricadenti nella tutela dell'art. 23 Cost.

(24) Per un'analisi ragionata delle varie proposte definitorie della nozione penalistica di « violenza » si veda F. VIGANÒ, *La tutela penale della libertà individuale*, I, *L'offesa mediante violenza*, Giuffrè, Milano, 2002, p. 256.

(25) Con specifico riferimento agli esempi citati nel testo, F. MANTOVANI,

7. *La contenzione meccanica del paziente psichiatrico è vietata dalla legge? Ricognizione delle fonti normative.*

Fino all'emanazione della legge n. 180, la contenzione meccanica del paziente psichiatrico è stata disciplinata dall'art. 60 del r.d. 16 agosto 1909, n. 615, recante il Regolamento per l'esecuzione della legge manicomiale 14 febbraio 1904, n. 36. La norma prevedeva che:

«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 pena pecuniaria da L. 300 a L. 1000, senza pregiudizio delle maggiori pene comminate dal Codice penale. L'uso di mezzi di coercizione è vietato nella cura in case private. Chi contravviene a tale disposizione è soggetto alla stessa pena stabilita dal comma precedente».

L'art. 63 disponeva l'obbligo di tenere in ogni manicomio un registro in cui fossero indicati giorno per giorno i malati a cui sono applicati mezzi di coercizione.

Alla regolamentazione della contenzione meccanica in ambito sanitario si è ispirato l'ordinamento penitenziario, emanato solo tre anni prima della legge di riforma della psichiatria pubblica. Invero, l'art. 41 della legge 26 luglio 1975, n. 354 disciplina non solo le condizioni e i limiti dei mezzi meccanici di contenimento del malato detenuto, ma anche condizioni e limiti dell'impiego della forza fisica all'interno degli istituti di pena:

«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

Diritto penale. Parte speciale, I, Delitti contro la persona, Cedam, Padova, 2008, p. 290.

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 ai 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».

L'art. 77 «Mezzi di coercizione fisica» del vecchio Regolamento di esecuzione prescriveva che:

«La coercizione fisica, consentita per le finalità indicate nel terzo comma dell'articolo 41 della legge e sotto il controllo sanitario ivi previsto, si effettua con l'uso di fasce di contenzione ai polsi e alle caviglie.

La foggia e le modalità di impiego delle fasce devono essere conformi a quelle in uso, per le medesime finalità, presso le istituzioni ospedaliere psichiatriche pubbliche».

Il nuovo regolamento penitenziario, introdotto nel 2000, dopo più di vent'anni dall'emanazione della legge n. 180, riproduce sostanzialmente il contenuto della precedente disposizione, prevedendo all'art. 82 «Mezzi di coercizione fisica», che:

«La coercizione fisica, consentita per le finalità indicate nel terzo comma dell'articolo 41 della legge, si effettua sotto il controllo sanitario con l'uso dei mezzi impiegati per le medesime finalità presso le istituzioni ospedaliere pubbliche».

La decisione del legislatore penitenziario di confermare l'impostazione della legge manicomiale si può giustificare solamente sulla base del presupposto esegetico che l'entrata in vigore della legge n. 180 non abbia comportato l'abrogazione delle norme che disciplinavano la contenzione fisica in ambito psichiatrico. L'art. 11 «Norme finali» della legge n. 180 ha disposto che:

«Sono abrogati gli articoli 1, 2, 3 e 3-bis della legge 14 febbraio 1904, n. 36, concernente "Disposizioni sui manicomi e sugli alienati" e successive modificazioni, l'articolo 420 del codice civile, gli articoli 714, 715 e 717 del codice penale, il n. 1 dell'articolo 2 e l'articolo 3 del testo unico delle leggi

recanti norme per la disciplina dell'elettorato attivo e per la tenuta e la revisione delle liste elettorali, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 20 marzo 1967, n. 223, nonché ogni altra disposizione incompatibile con la presente legge».

Se non fosse per l'equivocità della scelta del legislatore penitenziario, sarebbe ozioso oggi, a distanza di tanti anni, riaprire una disputa sulla questione se l'art. 60 del regio decreto 16 agosto 1909, n. 615 in materia di contenzione meccanica, che non viene espressamente indicato dall'art. 11, sia da considerarsi tacitamente abrogato in quanto incompatibile con la legge n. 180. Il dubbio resta e va esaminato, anche perché ritenere ancora in vigore la normativa dell'inizio del secolo scorso, e quindi considerare la contenzione un mezzo previsto dalla legge e messo a disposizione del personale sanitario, involge un altro aspetto giuridico controverso, ossia se per «legare» una persona sia necessario o meno un atto motivato del giudice *ex art. 13 Cost.* (26).

8. *Metodiche contenitive lecite o illecite secondo le garanzie costituzionali dell'art. 13 Cost.*

Alcuni Autori affermano che la legge n. 180 non abbia abrogato le norme sulla contenzione contenute nella legislazione del 1904-1909 e che non sia diversamente dimostrabile che la legge n. 180 contenga un implicito e immediato rifiuto delle pratiche contenitive (27). Tale interpretazione, pur essendo da molti fortemente osteggiata, non costituisce una mera ipotesi teorica, ma è sostenuta anche da qualche isolata decisione della magistratu-

(26) Solo incidentalmente si osserva che anche l'art. 41 della legge 26 luglio 1975, n. 354 e l'art. 82 del Regolamento sono sospettati d'illegittimità costituzionale per il mancato rispetto della «riserva di giurisdizione», cfr. E. LOI e N. MAZZACUVA, *Il sistema disciplinare nel nuovo ordinamento penitenziario*, in *Il carcere riformato*, a cura di F. BRICOLA, Il Mulino, Bologna, 1977, p. 91. Conf. M.G. COPPETTA, sub *Art. 41*, in V. GREVI, G. GIOSTRA, F. DELLA CASA (a cura di), *Ordinamento penitenziario. Commento articolo per articolo*, Cedam, Padova, 2006, pp. 407 ss.

(27) In questo senso, L. FERRANNINI, P. PELOSO, F. SCAPATI, E. MAURA, *cit.*, p. 14; G.M. POLSELLI, *Iter legislativo e assistenza psichiatrica in Italia*, in S. CARTA e P. PETRINI (a cura di), *Quale futuro per la legge 180? Psicoanalisi e cure psichiatriche in Italia*, Ma. Gi., Roma, 2005, p. 132.

ra (28). Essa avrebbe, peraltro, il vantaggio di eliminare il paradosso per cui allo stato attuale, la contenzione fisica sarebbe disciplinata nei confronti di un paziente psichiatrico detenuto in un istituto di pena ma non se realizzata nel normale circuito assistenziale.

L'incompatibilità tra tale disciplina e la legge del 1978 non appare effettivamente così evidente. Il citato art. 60, a dispetto forse dell'uso che in concreto della contenzione veniva fatto all'interno dei manicomi, non largheggiava affatto in merito ai presupposti giustificativi (29). Pur con una formulazione non del tutto felice, la norma afferma che ai mezzi di contenzione si può fare ricorso solamente in «casi assolutamente eccezionali». È plausibile ritenere che, pur nella diversità del paradigma epistemologico alla base della concezione di malattia e di trattamento psichiatrico accolto dalla legislazione manicomiale, dal punto di vista «programmatico» l'idea alla base della norma coincida ampiamente con gli auspici del riformatore del 1978.

Se la legislazione manicomiale in materia di contenzione meccanica soddisfa la garanzia della «riserva di legge», suscita indubbiamente più seri dubbi di legittimità costituzionale per contrasto con l'art. 13, comma 2, Cost., in quanto consente in maniera generalizzata l'impiego di qualsiasi mezzo meccanico di contenimento. Pare ragionevole ritenere che la legge possa validamente permettere l'uso della coercizione fisica e di mezzi meccanici che servano, ad esempio, a bloccare i movimenti di segmenti corporei (ad esempio, un braccio), o che si inseriscono nell'ambiente, come le spondine del letto. Al contrario, appare seriamente discutibile che una legge dello Stato possa autorizzare metodiche contenitive che comportino un'immobilizzazione dell'intero corpo del paziente o di una parte significativa di esso, come ad esempio «il letto di contenzione» o «la camicia di forza», i quali sembrerebbero implicare un effetto di degradazione della dignità e che creano il pericolo di danni gravi all'integrità psico-fisica del paziente. Qualora si ritenesse possibile che una legge autorizzi l'uso di simili mezzi meccanici, resterebbe comunque ferma la regola dell'art. 13 Cost. secondo cui limitazioni di libertà personale tanto significative non potrebbero che essere subordinate all'atto motivato del giudice.

(28) Trib. min. Bari, 2 luglio 2009, in *De Jure*.

(29) R. CATANESI, F. CARABELLESE, G. TROCCOLI, *cit.*, p. 970.

Dal momento che l'art. 60 del Regolamento manicomiale del 1909 non rispetta la riserva di giurisdizione, dovrebbe essere disapplicato dal giudice (30).

Secondo numerosi studiosi e quasi tutta la giurisprudenza edita, la legge n. 180 ha tacitamente abrogato la disciplina manicomiale della contenzione meccanica. In relazione alla sua punibilità si pongono, pertanto, i normali problemi penalistici di tipicità (ossia, di conformità del fatto a particolari figure di reato) e dell'eventuale giustificazione, in particolare in relazione alla fattispecie di sequestro di persona (31). Come afferma la giurisprudenza con orienta-

(30) Opinioni circolanti in dottrina, secondo cui la lacuna concernente la «riserva di giurisdizione» sarebbe sanabile mediante ricorso al giudice tutelare quando si reputasse necessario contenere il paziente, sono prive di fondamento giuridico, in quanto al giudice tutelare competono unicamente le attribuzioni assegnate dalla legge ex art. 344 c.c.: «Il giudice tutelare soprintende alle tutele e alle curatele ed esercita le altre funzioni affidate dalla legge». Cfr. G. CAMPESE, *Il giudice tutelare e la protezione dei soggetti deboli*, Giuffrè, Milano, 2008.

(31) Nel senso che la contenzione meccanica integra il delitto di sequestro di persona, si veda Cass., 4 giugno 2010, F.G. e altri, e Cass., 15 luglio 2010, D.G.M. e altri, in *De Jure*. Le sentenze, relative alla medesima vicenda concernono il ricorso avverso due ordinanze del Tribunale di Salerno che avevano revocato rispettivamente le misure interdittive cautelari della sospensione da pubblico servizio e della sospensione dall'esercizio della professione medica. Cass., 28 ottobre 2004, D., in *CED Cassazione*, Rv. 230808; Cass., 13 ottobre 2004, D.S.A., in *De Jure*. Ha ritenuto sussistere il delitto di violenza privata (art. 610 c.p.), Trib. S. Maria Capua V., 9 maggio 1978, R. e altro, in *Foro it.*, 1981, II, c. 169; il delitto di maltrattamenti in famiglia (art. 572 c.p.), Trib. Messina, 28 marzo 2003, M., in *www.diritto sanitario.net*; il delitto di abuso di autorità contro arrestati e detenuti (art. 608 c.p.), Cass., 24 marzo 1981, N. e altro, in *Foro it.*, 1982, II, c. 424, dalla quale si evince che la sentenza della Corte d'Appello aveva qualificato il fatto nei termini del delitto di Abuso d'autorità.

Il medico è stato, inoltre, condannato a titolo di colpa generica per la morte (Cass., 4 giugno 2010, F.G. e altri, e Cass., 15 luglio 2010, D.G.M. e altri, in *De Jure*) e le lesioni personali del paziente «contenuto» (Cass., 19 dicembre 1979, R. e altri, in *Foro it.*, 1981, II, c. 145). La Corte dei conti ha affermato che la sottoposizione al letto di contenzione di un malato di mente detenuto deve ritenersi rimedio eccezionale di talché, se protratto oltre i limiti strettamente indispensabili, si pone in violazione di diritti costituzionalmente garantiti; pertanto, il medico carcerario che consente il protrarsi di tale misura di contenzione, senza sostituirla con apposita terapia, risultata poi pregiudizievole per la salute del detenuto, risponde del relativo danno che l'amministrazione della giustizia ha dovuto risarcire alla parte lesa, Corte conti, Sez. riun., 25 febbraio 1989, S., in *Riv. corte conti*, 1989, p. 37.

mento costante, a integrare quest'ultimo reato è sufficiente uno stato di detenzione di breve durata, purché protratto per un periodo di tempo di un certo rilievo. Bastano ad esempio anche pochi minuti. Il reato è escluso nel caso di una restrizione fugace, come nel caso di chi trattenga una persona per qualche istante (32).

Un discorso a parte vale per l'uso della forza fisica e della contenzione meccanica nell'ambito della procedura di TSO. Anche se l'obbligatorietà della cura non implica necessariamente l'uso della coercizione, è scontato che in alcuni casi per costringere una persona a curarsi può essere necessario il ricorso alla forza (33). Se in queste situazioni non fosse ammesso l'impiego di una qualche forma di coercizione, l'obbligo del trattamento sarebbe destinato a rimanere scritto sulla carta. In questa situazione la legge n. 180 non autorizza medici e infermieri a utilizzare la forza fisica per vincere la resistenza del paziente, ma subentra la specifica competenza della polizia municipale istituzionalmente chiamata a provvedere alla esecuzione del provvedimento (34). Il trattamento sanitario obbligatorio, così come la coercizione che si renda eventualmente necessaria, devono in ogni caso essere realizzate con modalità tali da non pregiudicare il rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici garantiti dalla Costituzione (art. 1 della legge n. 180).

9. *Coercizione fisica del paziente aggressivo come modalità d'intervento doverosa.*

Occorre tener ben distinto ciò che per il medico è legittimo fare perché rientra tra i doveri professionali che discendono dalla posizione di garanzia, e ciò che è legittimo fare in situazioni di eccezio-

(32) A. CONFALONIERI, *Delitti contro la libertà personale*, in D. PULITANÒ (a cura di), *Diritto penale - Parte speciale*, Vol. I, *Tutela penale della persona*, Giappichelli, Torino, 2011, p. 224.

(33) Conf. G. MARRA e S. PEZZETTO, *La responsabilità dello psichiatra nella giurisprudenza successiva alla l. n. 180 del 1978*, in *CP*, 2006, 3443; D. VINCENZI AMATO, sub *Art. 32, comma 2°*, in M. BESSONE, L. MONTUSCHI, D. VINCENZI AMATO, S. CASSESE, A. MURA, *Art. 29-34 - Rapporti etico-sociali*, in G. BRANCA (a cura di), *Commentario della Costituzione*, Zanichelli, Bologna-Roma, 1976, p. 171.

(34) Conf. L. MAPELLI, L. DONATINI, A. LEVI MINZI, *Matti da legare*, in C.M. CORNAGGIA, A. MASCARINI, L.E. ZAPPA (a cura di), *Etica della contenzione. Criticità della cura*, CIC, Roma, 2008, p. 133.

nale necessità per salvaguardare vita e incolumità del paziente o di terze persone da un pericolo attuale non altrimenti evitabile.

Interventi sul paziente ricoverato o accorgimenti organizzativi del reparto per ragioni di sicurezza, che non incidono in maniera significativa sui diritti fondamentali della persona, non abbisognano di una espressa previsione di legge. La loro liceità deriva dal fatto di essere modalità ordinarie di adempimento del dovere di protezione e controllo in cui si sostanzia la posizione di garanzia del professionista sanitario.

Rientra nel dovere giuridico del medico l'adozione delle più opportune misure atte a prevenire comportamenti violenti del paziente diretti contro sé o altri. Tale dovere può esplicarsi nella stessa maniera nei confronti del paziente in ricovero coatto o in ricovero volontario, posto che il consenso alle cure in sé non costituisce un indice significativo su cui misurare l'aggressività o il rischio suicidario di un paziente. È per assolvere a tale dovere che il responsabile del servizio o l'operatore psichiatrico che ha preso in carico il paziente, ad esempio in caso di ricovero di una persona depressa con ideazione suicidaria, è tenuto, oltre a impostare la più idonea terapia farmacologica, ad adottare una serie di piccole misure dall'evidente carattere preventivo, come la sottrazione di oggetti metallici e di quant'altro possa essere usato a scopo suicidario o contro terze persone (cinture, fasce di borsoni, lacci, accendini, posate di metallo, oggetti di vetro, lamette, forbici, specchi), così come a dare indicazioni al personale infermieristico per una vigilanza più serrata del ricoverato.

Forme di «contenzione relazionale» sono legittime nella misura in cui sono tese a impedire allontanamenti non autorizzati del paziente dalla struttura di ricovero (ad es. destinare un infermiere al controllo della porta d'uscita, fare pressioni sul paziente ricordandogli cosa è successo, le voci che sente, lo scontro avvenuto con i vicini o con il coniuge, o quant'altro in modo da ottenere il consenso alla permanenza in reparto). La legittimità della decisione di tenere le porte del reparto chiuse a chiave è una questione più complessa che meriterebbe un adeguato approfondimento. Una legge che obblighi a tenere la porta chiusa non esiste. A fronte della richiesta di un paziente in TSV di allontanarsi momentaneamente dal reparto, il personale sanitario non è obbligato ad acconsentire. La responsabilità sul paziente derivante dalla posizione di garanzia gli consente di discutere e negoziare la decisione e se il medico ritiene

che l'uscita possa determinare dei pericoli per l'incolumità del paziente può rifiutarsi d'autorizzarla. A fronte di una richiesta insistente, al medico si pone l'alternativa tra dimettere il paziente o autorizzare l'uscita. In quest'ultimo caso, l'uscita, che avviene sotto la responsabilità del medico, deve svolgersi in condizioni di sicurezza. Secondo l'orientamento della giurisprudenza penale, non è proibito al medico autorizzare l'allontanamento temporaneo del paziente se ciò è funzionale al suo interesse curativo. La decisione esige un'attenta valutazione del quadro clinico e, se necessario, l'adozione di opportuni accorgimenti per una gestione oculata di una situazione che presenta margini di rischio.

Anche l'uso di qualche presidio contenitivo nei confronti di pazienti che tendono a cadere dal letto o a procurarsi ferite urtando contro oggetti, può ragionevolmente ritenersi ricompreso nei doveri del medico, in quanto evitare cadute o rischi potenziali rientra nel prendersi cura.

Al personale sanitario non è proibito fare uso di qualche forma di pressione o coercizione, eventualmente anche fisica, nei confronti del paziente, in situazioni in cui una certa forza si riveli necessaria all'adempimento dei compiti professionali, ad esempio per convincere il paziente alla terapia o come pratica di *de-escalation* per disinnescare una situazione di potenziale crisi. La coazione deve essere di breve durata, giustificata dal punto di vista clinico e di tenue entità.

Controversa nel dibattito dottrinale è l'individuazione della fonte normativa in grado di legittimare l'uso di più intense forme di coercizione fisica, fino alla immobilizzazione manuale del paziente. Con riguardo all'intervento in situazioni di emergenza nei confronti di un paziente aggressivo o autodistruttivo, l'indirizzo maggioritario indica le scriminanti della legittima difesa (art. 52 c.p.) e dello stato di necessità (art. 54 c.p.)⁽³⁵⁾. Secondo alcuni autori, in situazioni di necessità l'intervento degli operatori psichiatrici sarebbe non semplicemente legittimo ma doveroso⁽³⁶⁾.

(35) R. CASTIGLIONI e A. FLORES, *Sull'uso dei mezzi di contenzione in ambiente psichiatrico. Considerazioni giuridiche e medico-legali*, in *Riv. sper. fren.*, vol. CXI, n. 1, 1987, p. 137; R. FRESA, *La colpa professionale in ambito sanitario. Responsabilità civile e penale - Consenso informato - Colpa e nesso causale - Casistica e giurisprudenza*, Giuffrè, Milano, 2008, p. 459.

(36) È questa l'opinione dei giudici F. FREZZA e F. ANTONI, in *Note in tema*

È principio condiviso nella dottrina penalistica che la necessità non fonda doveri giuridici di soccorso, ma rende non illecita la condotta necessitata, la quale mossa da finalità difensiva resta facoltativa (37).

Questa prospettiva non pare, peraltro, cogliere appieno la situazione specifica dell'esercente la professione sanitaria. Il fondamento del dovere di intervenire in soccorso del paziente o delle persone aggredite non è la « necessità » ma la posizione di garanzia del servizio sanitario e dell'operatore psichiatrico che lo investe di compiti di protezione e controllo della sicurezza all'interno dei luoghi di cura (38). In situazioni di necessità e urgenza, la posizione di garanzia rende doveroso il ricorso da parte del personale sanitario a modalità di intervento che per il privato cittadino sarebbero giustificate solo dalla legittima difesa o dallo stato di necessità e resterebbero comunque facoltative. L'operatore psichiatrico è legittimato a usare gli strumenti che possano considerarsi necessariamente implicati dall'adempimento di un dovere di cura e controllo. Il dovere professionale del personale sanitario trova ovviamente un limite ragionevole in situazioni che esporrebbero a rischio la propria incolumità come in un solitario « corpo a corpo » con una persona nettamente più forte. Medici e infermieri non rientrano in quelle categorie di persone che per legge abbiano il dovere istituzionale di esporsi a pericolo in situazioni difficili (come ad es. vigili del fuoco, agenti della protezione civile, appartenenti alle forze dell'ordine). Ciò non significa che di fronte al pericolo l'operatore psichiatrico possa rimanere inerte in situazioni d'emergenza. Egli potrà assolvere l'obbligo di protezione e controllo richiedendo la collaborazione di altri colleghi o invocando l'intervento della forza pubblica. Anche l'intervento doveroso è assoggettato a limiti di le-

di contenzione (meccanica, ma non solo...) in campo sanitario, pp. 9 ss. (Il documento pubblicato sul sito www.omceotrieste.it) dell'avv. S. Cerasoli intervistata nel libro N. MANICARDI, *Italiani da slegare. Contenzione la vergogna del silenzio*, Koinè, Roma, 2010, 47, e del medico-legale R. POLI, *Aspetti legislativi e medico legali*, in E. AGRIMI e F. SPINOGATTI (a cura di), *Il sottile filo rosso. Violenza e malattia mentale*, CIC, Roma, 2005, 138.

(37) Per tutti, D. PULITANÒ, *Diritto penale*, Giappichelli, Torino, 2011, pp. 275 ss.

(38) In questo senso anche la posizione dei giudici L. GRASSI e C. NUNZIATA, in *Infermità di mente e disagio psichico nel sistema penale*, Cedam, Padova, 2003, 164.

gittimità stabiliti dalla legge. Qualora la azione difensiva abbia ecceduto per imprudenza o negligenza tali limiti, l'operatore potrebbe essere chiamato a rispondere per « eccesso colposo » ai sensi dell'art. 55 c.p.

Dal piano dei doveri legali, in cui si articola la posizione di garanzia, occorre distinguere il piano delle eventuali responsabilità in concreto per inadempimenti della garanzia. L'attività prestata può, purtroppo, non produrre i risultati sperati. Per l'eventuale imputazione al personale sanitario della morte o delle lesioni del paziente o delle persone da questi aggredite vengono in rilievo i criteri generali della causalità e della colpevolezza.

10. *Contenzione meccanica e stato di necessità. Interventi legittimi e interventi vietati.*

Problematica è la legittimità della contenzione fisica del paziente con mezzi meccanici. L'interrogativo è se la posizione di garanzia renda legittimo qualsiasi mezzo a disposizione del personale sanitario che possa ritenersi necessario per assolvere doveri di cura e controllo.

Secondo alcuni Autori, il verificarsi del rischio rientrando nella posizione di garanzia renderebbe doveroso il ricorso a qualsiasi mezzo potenzialmente a disposizione del personale sanitario, compresi gli strumenti meccanici di contenzione. Il loro mancato utilizzo potrebbe costituire fonte di responsabilità penale colposa omissiva *ex art. 40 cpv. c.p.* (39).

Si osserva in dottrina che l'effetto scriminante di un fatto previsto dalla legge come reato, derivante dall'adempimento di un dovere giuridico, non dipende solo dalla finalità di adempiere al dovere, nemmeno quando si tratti di un dovere professionale di soccorso in situazioni di grave pericolo. Il fine di per sé non giustifica mai il mezzo. La giustificazione presuppone un dovere che abbia come contenuto tipico la realizzazione del fatto concreto, corrispondente ad un determinato tipo di reato (40). Trattandosi dell'adempimento di un dovere imposto da una norma giuridica, è ragionevole ritenere che la giustificazione copra solamente l'uso di strumenti

(39) F. FREZZA e F. ANTONI, *cit.*, 10.

(40) D. PULITANÒ, *Diritto penale*, *cit.*, pp. 245 s.

previsti da disposizioni di legge *ad hoc* o implicati dal dovere. Non possono considerarsi legittimi strumenti di adempimento di doveri d'ufficio mezzi vietati dalla legge o comunque proibiti in mancanza delle particolari garanzie previste dalla Costituzione. Tali appunto sono i mezzi meccanici per la contenzione fisica del paziente. Essi non possono ritenersi implicati nella garanzia della sicurezza nei luoghi di cura, dal momento che soccorrono nell'operatività dei servizi, come abbiamo visto, per compensare carenze organizzative.

La contenzione meccanica non può che trovare eventualmente giustificazione nelle scriminanti operanti in «situazioni di necessità». La legittima difesa (art. 52 c.p.) opera quando si tratti di respingere un'aggressione ingiusta contro sé o contro altre persone, ad esempio in difesa di un altro paziente o di un operatore (c.d. soccorso difensivo). Lo stato di necessità (art. 54 c.p.) opera quando si renda necessaria una manovra di salvataggio a scapito di un terzo innocente, o comunque di interessi penalmente tutelati non pertinenti a un aggressore, ad esempio per sventare il tentativo di suicidio del paziente (c.d. soccorso di necessità).

È legittimo dal punto di vista giuridico fare ricorso in casi eccezionali a uno strumento che annulli completamente la libertà fisica di movimento del paziente?

La logica cui si ispirano le scriminanti connesse a «situazioni di necessità» è molto diversa da quella dell'adempimento del dovere giuridico. Queste operano in situazioni straordinarie per rendere eccezionalmente lecito in relazione alle esigenze specifiche del caso ciò che per legge è ordinariamente illecito. Nell'ambito di attività di soccorso (difensivo *ex* art. 52 c.p. o di necessità *ex* art. 54 c.p.), la contenzione meccanica può costituire eccezionalmente una modalità legittima d'intervento in relazione a situazioni che non si verificano nel normale svolgersi dell'attività all'interno dei luoghi di cura, quando costituisca l'unico modo per «mettere in sicurezza» urgentemente interessi fondamentali, come l'incolumità fisica o la vita di una persona, contro una violenza illegale o in presenza di un pericolo determinato dallo stato di incapacità di intendere e volere del paziente.

Legittima difesa e stato di necessità hanno una radice comune nella necessità di difendere o salvare dati diritti e risultano caratterizzate da comuni elementi strutturali: *attualità* del pericolo; *necessità* della difesa o del salvataggio, che è criterio di razionalità ri-

spetto allo scopo (41); *proporzione* dell'azione difensiva o di salvataggio, che è criterio di razionalità rispetto ai valori (42).

Nella letteratura psichiatrica e medico-legale, è riscontrabile la tendenza ad ampliare eccessivamente il concetto di attualità per giustificare in chiave preventiva interventi di auto-difesa o di soccorso anticipati rispetto a un'offesa non ancora giunta a esecuzione. In un prestigioso trattato di psichiatria italiana, ad esempio, la necessità che giustificerebbe la contenzione meccanica è definita come *mera probabilità del comportamento violento futuro* (43). Occorre invece tenere ferma, contro estensioni analogiche dei presupposti dell'esimente, un'interpretazione restrittiva del presupposto dell'attualità del pericolo sia nell'art. 52 c.p. che nell'art. 54 c.p. Nella prospettiva del soccorso difensivo o di necessità, il pericolo attuale va identificato, conformemente all'indirizzo di dottrina e giurisprudenza, in

(41) La necessità sussiste se il pericolo non può essere neutralizzato senza ledere diritti dell'aggressore, o comunque con una condotta meno lesiva. Reazione lesiva necessitata è quella che rappresenta il minimo mezzo necessario, per tutte Cass., 1° dicembre 1995, in *Cass. pen.*, 1997, p. 707.

(42) La proporzione va valutata, secondo l'interpretazione consolidata, con riguardo ai beni in conflitto, non riguardati in astratto ma in relazione alla concreta situazione conflittuale. Il raffronto va effettuato tra l'offesa in concreto minacciata dall'aggressore e quella in concreto cagionata dalla reazione difensiva, per tutte, Cass., 20 giugno 1997, in *Cass. pen.*, 1998, p. 2351.

(43) G.C. NIVOLI, L. LORETTU, M.N. SANNA, A. NIVOLI, P. MILIA, L.F. NIVOLI, *Valutazione del paziente violento e aggressivo e modi d'intervento*, in V. VOLTERRA (a cura di), *Psichiatria forense, criminologia ed etica psichiatrica*, Elsevier-Masson, Milano, 2010, p. 175. Si veda altresì il manuale N. GARZOTTO, G. IMPERADORE, M. INGLESE, *Buona pratica clinica in DSM. Procedure e linee-guida*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 2000, ove emerge una lettura dell'art. 54 c.p. ispirata palesemente al criterio del *melius abundare quam deficere*. Si afferma che se durante la valutazione il paziente « a rischio di comportamenti auto lesivi esprime il desiderio di interrompere la comunicazione e/o di volersene andare, dovrà essere trattato (convinto possibilmente, ma se necessario con provvedimento coattivo giustificato dallo stato di necessità, l'art. 54 c.p.) finché non sia completata la valutazione » (p. 79). In caso di paziente violento, se questi « si mostra aggressivo ed inaccessibile al momento della valutazione (ad esempio, cammina con fare rabbioso, agitato, minaccioso) ed ogni sforzo “di persuasione” risulta vano, non si indugi nel coinvolgere lo staff presente ed eventualmente le forze dell'ordine. La sicurezza è prioritaria ogni qual volta l'aggressività rappresenta una preoccupazione » (p. 84). « Il paziente agitato, aggressivo o potenzialmente tale ed inaccessibile ad ogni tentativo di aiuto richiede un intervento immediato di “contenzione” meccanica o farmacologica che dovrà però tenere conto della possibile natura organica del comportamento osservato » (p. 85).

un pericolo già in atto, radicato e riconoscibile nella condotta dell'aggressore (44). Tendenzialmente, il momento iniziale del pericolo può ritenersi coincidente con il passaggio dell'offesa dalla fase preparatoria alla fase esecutiva (45).

Non sussiste ancora attualità del pericolo in ipotesi di previsioni di rischi basati su semplici generalizzazioni del senso comune (ad es. per impedire una potenziale fuga del paziente), su un mero bisogno di cure, o quando l'aggressività del paziente si manifesti a livello verbale. Non può più parlarsi di attualità del pericolo, quando l'aggressione è cessata, con o senza la realizzazione dell'offesa (46). Non è legittimo ricorrere alla contenzione meccanica in assenza di un pericolo, ad esempio quando serve solamente a impedire che il paziente rechi disturbo in reparto o qualora fosse applicata con scopo meramente punitivo.

Quali sono le situazioni che renderebbero inevitabile legare il paziente a letto? Ovviamente non è possibile una risposta in astratto, la quale dipende dalle esigenze del caso concreto.

L'eventuale ricorso alla contenzione meccanica è lecito evidentemente solo nella fase immediatamente successiva al momento *clou* dell'episodio violento o auto-distruttivo, dopo che il personale sanitario è riuscito a trattenere fisicamente il paziente. Bloccato il pa-

(44) Per tutti in dottrina, D. PULITANÒ, *Diritto penale*, cit., p. 263. In giurisprudenza, cfr. Trib. S. Maria Capua V., 9 maggio 1978, R. e altro, in *Foro it.*, 1981, II, c. 169, secondo cui rispondono del reato di violenza privata aggravata il direttore e gli agenti di custodia di manicomio giudiziario che attraverso l'uso indiscriminato, da loro disposto, accettato e comunque non impedito di psicofarmaci nonché del letto di contenzione abbiano, in assenza dei presupposti previsti espressamente da disposizioni di legge, costretto numerosi ricoverati a subire la relativa limitazione di libertà. Cass., 4 giugno 2010, F.G. e altri, e Cass., 15 luglio 2010, D.G.M. e altri, in *De Jure*; Cass., 13 ottobre 2004, D.S.A., in *De Jure*, la quale ha condannato un medico convenzionato con il Servizio sanitario nazionale per aver ordinato «abitualmente di legare i pazienti ai letti come comoda misura ordinaria di contenzione giustificata dalla sola mancanza di personale sanitario sufficiente». Conf. in relazione a un caso di contenzione di anziani, Cass., 28 ottobre 2004, D., in *CED Cassazione*, Rv. 230808; Cass., 21 dicembre 1999, A.E., in *De Jure*.

(45) D. PULITANÒ, *Diritto penale*, cit., p. 264.

(46) L'interpretazione dell'art. 54 c.p. proposta nel testo converge su soluzioni già sostenute da esponenti della magistratura, cfr. F. MAISTO, *Contenuti e limiti della libertà personale nella cultura (giuridica) dei diritti di cittadinanza*, in *Riv. sper. fren.*, 2003, suppl. n. 2, p. 29 s.

ziente, non è detto che l'attualità del pericolo sia cessata, né che per ristabilire calma e sicurezza nel reparto sia inevitabile contenere il paziente con mezzi meccanici. La subordinazione dell'effetto scriminante ai presupposti di necessità e proporzione del mezzo, fa sì che l'impiego della contenzione meccanica è giustificata se costituisce risposta proporzionata rispetto all'offesa in concreto minacciata dal paziente. Inoltre, essa deve costituire punto di arrivo di un percorso clinico graduale caratterizzato da una serie di interventi preliminari dissuasivi o impeditivi e finalizzati all'autodeterminazione del paziente, tutti messi in atto senza alcun risultato (47). Come ha puntualizzato il Comitato Nazionale per la Bioetica, posto che il paziente psichiatrico ha «diritto a un trattamento privo di coercizioni e rispettoso della dignità umana con accesso alle più opportune tecniche di intervento medico, psicologico, etico e sociale» (48), la contenzione può essere praticata «solo in casi eccezionali in mancanza di alternative» (49). «Di fronte a una crisi che appare incontenibile, occorre sempre mettere prima di tutto gli interventi di carattere ambientale (avvicinare o allontanare una persona che può recare sollievo o aumentare la tensione, spostare l'intervento in uno spazio più idoneo o più gradito), relazionale (il tono della propria voce, le cose che si dicono, la presenza o assenza di figure terapeutiche emotivamente significative) e farmacologico (compresa la scelta della via di somministrazione da parte del paziente) per consentire il suo superamento» (50). Nei casi più eclatanti, la risposta al comportamento aggressivo del paziente potrà essere, per quanto possibile, la coazione manuale e solo infine l'impiego di mezzi meccanici di contenzione. In caso di paziente aggressivo, l'esperienza fatta da molti operatori mostra che sapere coinvolge in un continuo lavoro

(47) S. TARTAGLIONE, *La contenzione con mezzi meccanici «sul» paziente violento. (Aspetti clinici, legislativi ed etici)*, in S. TARTAGLIONE, *ViolentaMente. La violenza nella clinica psichiatrica. Cosa fare e non fare di fronte al paziente violento*, Del Cerro, Tirrenia, 1999, p. 262.

(48) *Psichiatria e Salute mentale: orientamenti bioetici*, 24 novembre 2000, p. 13. Il documento è pubblicato sul sito www.governo.it/bioetica.

(49) *Il trattamento dei pazienti psichiatrici: problemi bioetici*. Parere del Comitato Nazionale per la Bioetica sul Libro Bianco del Consiglio d'Europa dedicato al trattamento dei pazienti psichiatrici, 1999, p. 8. Identica posizione è espressa nel parere *Bioetica e diritti degli anziani*, 20 gennaio 2006, p. 7. Entrambi i documenti sono pubblicati sul sito www.governo.it/bioetica.

(50) L. MAPELLI, L. DONATINI, A. LEVI MINZI, *cit.*, p. 134.

di *liaison* le forze dell'ordine costituisce una premessa indispensabile per una gestione positiva delle situazioni più critiche. La presenza dell'Autorità può in molti casi da sola servire come forte richiamo a un comportamento più consono da parte del paziente (51).

La tipologia delle situazioni di emergenza dalle quali non sarebbe possibile «uscire» se non legando il paziente a letto sembrerebbe limitata alla sussistenza di controindicazioni mediche all'uso di psicofarmaci (non-rispondenza, effetto paradosso, intolleranza, controindicazione assoluta, necessità di evitare fenomeni di accumulo ed effetti collaterali pericolosi), o all'impossibilità momentanea di mantenere una osservazione a vista del paziente per carenze organizzative o di personale in servizio.

Quanto può durare la contenzione a letto? Questo cautamente non viene detto da alcun protocollo operativo perché nessuno lo può sapere in anticipo. Detti protocolli si limitano a prevedere che la contenzione trovi applicazione limitatamente al tempo necessario per la risoluzione delle condizioni che l'hanno motivata e fissano una durata di validità dell'atto prescrittivo, che in media non supera le 12 ore. Scaduto il termine, l'atto può venir riconfermato per un numero di volte e per una durata complessiva che di fatto è indefinita, non venendo indicata una soglia massima. Il Comitato Nazionale per la Bioetica ha richiamato l'attenzione sulla doverosità di un impiego della contenzione limitato nel tempo (52). Quando la contenzione non resta circoscritta a pochi momenti necessari, a una breve fase di passaggio indispensabile per calmare il paziente o per somministrargli un farmaco, diventa strumento illegittimo e configura un sequestro di persona (53). La necessaria prosecuzione

(51) L. BENEVELLI, *Fare a meno della contenzione*, cit., p. 82; U. FORNARI, *Trattato di Psichiatria Forense*, 2008, UTET, Torino, p. 951; E. VENTURINI, *Il problema*, in E. VENTURINI, D. CASAGRANDE, L. TORESINI, *Il folle reato. Il rapporto tra la responsabilità dello psichiatra e la imputabilità del paziente*, Franco Angeli, Milano, 2010, p. 24; B. NORCIO, *Per l'abolizione della contenzione. Alcune note di letteratura e brevi considerazioni dall'esperienza del DSM di Trieste*, in *Riv. sper. fren.*, 2006, p. 32.

(52) *Il trattamento dei pazienti psichiatrici: problemi bioetici*, cit., 9.

(53) Cfr. F. MAISTO, *Contenuti e limiti della libertà personale nella cultura (giuridica) dei diritti di cittadinanza*, in *Riv. sper. fren.*, 2003, suppl. n. 2, p. 30. Secondo L. GRASSI e C. NUNZIATA, cit., 164 e L. GRASSI e F. RAMACCIOTTI, cit., 4, sarebbe da considerare illecita qualunque metodica di contenzione meccanica, in quanto lo stato di necessità (art. 54 c.p.) non sarebbe in grado di giustificare

nel tempo di uno strumento che assicuri l'immobilità a letto del paziente rivela l'inadeguatezza tecnica e organizzativa del servizio e fa ricadere interamente sul paziente in termini traumatici e umilianti gli effetti di responsabilità altrui (54).

11. *La sfida del « Club S.P.D.C. aperti no restraint » contro l'idea dell'inevitabilità della contenzione meccanica.*

La risposta all'interrogativo se, davvero, esistano esigenze nel trattamento del malato di mente che possono essere soddisfatte solo con il ricorso alla contenzione meccanica, non è univoca all'interno della comunità psichiatrica professionale. Esistono S.P.D.C. dove le porte sono aperte e i pazienti non vengono legati, perché si è scelto per principio e per necessità terapeutica di escludere la contenzione con mezzi meccanici dal catalogo dei possibili strumenti di intervento per qualunque patologia e anche per i casi in cui essa viene solitamente prescritta e giustificata, ossia per la protezione del paziente contro se stesso. Si tratta di esperienze importanti, non solo italiane e non nuove. Di porte aperte e, no costrizione, negli ospedali psichiatrici si parla da più di 150 anni, a partire da un'epoca in cui, com'è noto, non esistevano ancora gli psicofarmaci (55).

Alcuni S.P.D.C. si sono riuniti e hanno dato vita nel 2006 ad un movimento che prende il nome di « Club S.P.D.C. aperti *no restraint* ». L'associazione è composta da servizi operanti sia all'interno di piccole realtà territoriali che di città di medio-grandi dimen-

uno mezzo di contenimento implicante necessariamente una limitazione persistente della libertà di movimento del paziente.

(54) Pare potersi registrare una certa concordanza nella giurisprudenza sul fatto che la contenzione, quale rimedio di natura eccezionale, non possa protrarsi oltre i limiti strettamente indispensabili per sostituirla con apposita terapia (ad es. somministrazione di farmaci sedativi o neurolettici), Cass., 5 dicembre 2007, L.A. e altri, in *De Jure*; Corte conti, Sez. Riun., 25 febbraio 1989, S., in *Riv. corte conti*, 1989, p. 37. La Corte di cassazione ha ravvisato gli estremi del delitto di maltrattamenti in famiglia nell'impiego eccessivo di sedazione farmacologica di pazienti psichiatrici, funzionale a mantenerli tranquilli e a non prendersene cura durante il servizio notturno o in altre circostanze, e capace di indurre un grave stato di prostrazione e sofferenza, Cass., 5 dicembre 2007, L.A. e altri, in *De Jure*.

(55) L. TORESINI, *L'SPDC aperto e senza legature. La sfida della cura*, in L. TORESINI (a cura di), *SPDC aperti e senza contenzioni per i diritti inviolabili della persona*, Pistoia, 2005, 69.

sioni. Soci sono gli S.P.D.C. di Aversa, Caltagirone-Palagonia, Caltanissetta, Enna, Grosseto, Mantova, Matera, Merano, Napoli, Novara, Roma C., Perugia, Pescia, Portogruaro, Siena, Udine, DSM Venezia, Verona Sud, Treviso, Trieste (56). Esistono poi altri S.P.D.C. *no restraint* ma che tengono chiuse le porte del reparto: Arezzo, Gorizia, Lucca, Venezia/Mestre. Altri S.P.D.C. hanno in corso progetti finalizzati all'apertura delle porte: Alessandria, Cagliari, Iseo, Perugia, S. Marco in Lamis, Trento, Treviso.

Di queste esperienze non si conosce molto. La letteratura ufficiale psichiatrica e medico-legale, che giustifica la contenzione, non ne parla e lo stesso circuito dei servizi che pratica il *no restraint method* diffonde poco i contenuti del proprio lavoro al di fuori della ristretta cerchia degli specialisti. Di recente, si è iniziato a costruire e a divulgare un *corpus* teorico, con cui spiegare e suffragare le tesi operative con dati scientifici validati dall'esperienze di anni di lavoro (57).

In sintesi, motivazioni e principi dei servizi *no restraint* sono i seguenti. Il principio etico e giuridico alla base del *no restraint method* è « il riconoscimento di una piena cittadinanza » delle persone affette da disagio/disturbo mentale/affettivo. Tali individui, in ragione della loro particolare vulnerabilità, devono essere difese in primo luogo promuovendo concretamente il rispetto della dignità umana e di alcuni diritti fondamentali, tra cui il diritto d'accesso alle più opportune tecniche di intervento medico, psicologico, etico e sociale (58).

(56) Il numero esatto degli SPDC *no restraint* a porte aperte in Italia non è conosciuto con precisione, in quanto l'adesione richiede la richiesta di chi ci lavora. Informazioni tratte da <http://www.news-forumsalutementale.it/club-spdc-aperti-no-restraint>.

(57) Per conoscere le motivazioni e approfondire lo studio delle metodologie impiegate nei servizi porte aperte *no restraint* si suggerisce la lettura dei seguenti saggi: B. NORCIO, *Per l'abolizione della contenzione*, cit., pp. 23 ss.; R. PICCIONE e S. MILANO, cit., pp. 69 ss. che illustra l'esperienza di *no restraint* del S.P.D.C. dell'ospedale S. Spirito del DSM di Roma E; L. TORESINI (a cura di), *SPDC aperti e senza contenzioni per i diritti inviolabili della persona*, Pistoia, 2005; G. INTERLANDI, L. INTERLANDI, S. MALANDRINO, M.G. SOTERA, M. TERRASI, *Trattamenti Sanitari Obbligatorii e Contenzione negli SPDC. Quali requisiti e saperi pratici possono « contenere » il ricorso alla « contenzione » degli ammalati*, in www.gaetanointerlandi.com.

(58) P. DELL'ACQUA, *Fuori come va? Famiglie e persone con schizofrenia*.

Categorico è il rifiuto di riconoscere alla contenzione meccanica valenza terapeutica (59).

Si tratta di affermazioni in linea con le raccomandazioni del Comitato Nazionale per la Bioetica (2000) e della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome (2010) in materia di contenzione (60).

Per operare senza contenzione meccanica e con le porte del reparto aperte è innanzi tutto necessaria la forza della volontà della scelta e la consapevolezza della scelta che si fa da parte di tutti coloro che lavorano nel servizio. La rinuncia alla contenzione implica certamente un maggiore impegno e coinvolgimento degli operatori. Imprescindibile è l'adozione di procedure e accorgimenti operativi e organizzativi di buona qualità e interventi sulla cultura degli operatori. In particolare, occorre: 1) in una prima fase, prevedere che un operatore stia vicino alla porta d'ingresso, che rimane aperta, pronto a dialogare con i pazienti che chiedono di uscire; 2) offrire assistenza con rapporto personalizzato, in una seconda fase; 3) spostare il controllo sulla relazione; 4) conoscere la storia di vita del paziente da parte di tutti gli operatori; 5) ben integrare il S.P.D.C. nel

Manuale per un uso ottimistico delle cure e dei servizi, Feltrinelli, Milano, 2010, p. 198.

(59) L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Trieste, assieme all'Azienda Ospedaliera Universitaria e all'Azienda Servizi Sanitari e al Collegio degli Infermieri, ha prodotto un documento nel quale si afferma che la contenzione meccanica non può essere prescritta da un medico o da altri esercenti professioni sanitarie, ponendosi ciò in contrasto con l'art. 13 del Codice di Deontologia Medica, dal momento che «La contenzione meccanica dell'assistito sembra ... mancare di qualsiasi legge scientifica di copertura realmente legittimante una sua collocazione nel novero degli atti sanitari prescrivibili e — conseguentemente — attuabili come tali», in *Rivista Bimestrale di Informazione Medica*, 2009, pp. 6 ss., reperibile *on line* all'indirizzo www.omceotrieste.it.

(60) Il Comitato Nazionale per la Bioetica ha sostenuto la necessità di «prevenire, attraverso strutture e interventi adeguati, il rischio che i Servizi psichiatrici di diagnosi e cura reiterino la prassi manicomiale con la conseguenza di favorire la cronicizzazione e non il recupero della malattia. In particolare, la contenzione meccanica deve essere superata in quanto lesiva della dignità del paziente», *Psichiatria e Salute mentale: orientamenti bioetici*, cit., p. 18. La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha affermato, nel già citato documento *Contenzione fisica in psichiatria*, p. 5, che «la contenzione è un atto anti terapeutico, rende cioè più difficile la cura piuttosto che facilitarla»; «danneggia il paziente anche quando non ne mette a rischio la integrità fisica, e danneggia la credibilità della psichiatria come scienza terapeutica».

DSM garantendo continuità tra il dentro e il fuori, in maniera che il servizio continui a rimanere uno spazio del territorio; 6) creare un clima all'interno del servizio caratterizzato da buona accoglienza, gentilezza, serenità, rilassamento e non separazione dal mondo esterno; 7) introdurre la pratica «holding», quando necessario; 8) limitare il numero di posti letto in reparto S.P.D.C. secondo l'indicazione della legge 180-833; 9) prevedere adeguati standard di personale; 10) offrire servizi di semiresidenzialità e residenzialità territoriale sufficienti e ben integrati con il S.P.D.C. e con le altre istituzioni sociali e sanitarie del territorio (61).

Di fronte al verificarsi di crisi pantoplastiche del paziente, che secondo alcuni servizi potrebbero richiedere il ricorso alla contenzione a letto, in che modo si interviene all'interno degli S.P.D.C. *no restraint*?

Chi non pratica legature fa osservare che la verifica basata sull'evidenza dimostrerebbe come nei reparti *no restraint* l'aggressività e la violenza del paziente rappresenti «una ben più rara evenienza» rispetto a quelli in cui la *restraint* è una pratica routinaria. La pratica *no restraint* funge da premessa per la sicurezza all'interno del reparto, per la ragione che «previene la formazione di quell'atmosfera di terrore in reparto che spinge i pazienti, soprattutto quando essi diventano abituali, a rispondere e a prepararsi a rispondere con la violenza che apprendono in corsia», e che rende il lavoro più complicato e pericoloso (62). Se tuttavia, nonostante tutte le misure, in una rarissima percentuale di casi l'aggressività del paziente dovesse comunque esplodere e fosse necessario un contenimento più efficace, ciò che si ammette è la sedazione farmacologica e, qualora anche questa non fosse sufficiente, l'uso della forza fisica nell'ambito di un c.d. intervento di *holding*, salvo nei casi in cui non sia praticabile (63). Occorre subito liberare il campo da un'ambivalenza che il discorso sui farmaci potrebbe generare, perché c'è nell'inconscio della psichiatria (64). Il

(61) Così la bozza dello statuto del «Club S.P.D.C. aperti *no restraint*» reperibile sul sito *web www.gaetanointerlandi.com*.

(62) L. TORESINI, *SPDC no restraint*, cit., p. 3.

(63) Per un inquadramento teorico del concetto di *holding*, accompagnato da esemplificazioni, M.G. MINENNA, *Prevedere l'imprevedibile: holding, funzioni e mente del gruppo in un servizio psichiatrico territoriale*, in *Riv. sper. fren.*, 2006, pp. 71 ss.

(64) A.C. ALTAMURA, *La contenzione psico-farmacologica: tra presente e*

no restraint method non richiede di sostituire la contenzione fisica con la contenzione farmacologica. Una ricerca attuata nel S.P.D.C. di Trieste ha dimostrato che la spesa per i farmaci in un S.P.D.C. porte aperte *no restraint* risulta inferiore a quella di un S.P.D.C. con le porte chiuse e dove vige la cultura della contenzione (65).

Holding e restraint sono due metodiche di intervento nei confronti del paziente che hanno in comune il fatto di comportare l'uso della forza fisica, ma tra le quali sussiste una differenza essenziale. Il termine *restraint* indica la pura e semplice repressione di atti violenti con la violenza di mezzi fisici o meccanici. *Holding* identifica, invece, una procedura di contenimento fisico (mai meccanico) del paziente, che consiste in una forma estrema di comunicazione, in cui il personale sanitario fronteggia con il proprio corpo il corpo del paziente, mettendosi in discussione come persona contro persona, al fine di ottenere il consenso del paziente a rimanere in reparto e l'adesione alla cura. La *holding* è, quindi, parte di una relazione interumana forte che ha valore effettivo di abbraccio fisico, fino al punto da assumere quasi valore materno/paterno. Nei servizi *no restraint* per impedire a un paziente difficile di andarsene, di togliersi la vita o di aggredire delle persone, se il contenimento affettivo non dovesse rivelarsi risolutivo, non si esclude, dunque, che l'operatore possa mettersi in discussione talvolta anche fisicamente. La fisicità della comunicazione deve servire in ogni caso a forzare il paziente alla relazione, per «metacomunicargli, con la forza della ragione, ma se necessario in casi estremi, anche con la forza fisica, che egli conta per te» (66). Per questo, l'intervento deve essere condotto con la massima fermezza, ma all'insegna della calma e della comunicazione al paziente dell'intento terapeutico e del «prendersi cura».

Profondamente diverso è il significato che la forza fisica assume nella *restraint* e nella *holding*. Nella prima ipotesi, soprattutto in caso di utilizzo di mezzi meccanici, la forza fisica è prevaricazione di un soggetto dotato di un potere forte su un soggetto in condizioni di inferiorità, finalizzata ad arginare fisicamente l'aggressività del paziente indotta dalla crisi. «Riaffiora qui — è stato osservato —

passato, in C.M. CORNAGGIA, A. MASCARINI, L.E. ZAPPA (a cura di), *Etica della contenzione. Criticità della cura*, CIC, Roma, 2008, p. 24.

(65) L. TORESINI, *L'SPDC aperto senza legature*, cit., p. 78.

(66) L. TORESINI, *L'SPDC aperto senza legature*, cit., p. 81.

il vecchio paradigma medico-psichiatrico che, pur caratterizzato da una oggettiva debolezza tecnico-scientifica, acquista forza come potere garante verso le altre istituzioni e la comunità (ma non certo verso i pazienti!) con metodi di trattamento intimidatori e custodialistici» (67). Nella seconda ipotesi, la forza fisica ha la valenza di una «negoziante forte» finalizzata a superare la crisi. Può essere condotta se necessario a oltranza e può giungere a uno scontro, eventualmente anche fisico, con il paziente. Può prevedere per un tempo limitatissimo e con la collaborazione di altri soggetti (ad es. le forze dell'ordine) una contenzione fisica o farmacologica. Le «regole» che definiscono il confronto, escludendo l'uso di mezzi meccanici, collocano la relazione tra paziente e personale sanitario su un piano di maggiore parità (68).

La dottrina del *no restraint method*, stando almeno alla scarsa letteratura italiana, appare caratterizzata da alcuni profili di ambiguità. Ad esempio, non è chiaro se la messa al bando della contenzione fisica significhi radicale rifiuto solo del «letto di contenzione» a quattro arti e metodiche similari che consentono solo movimenti insignificanti (69), o divieto generalizzato di qualsiasi mezzo meccanico anche nei casi in cui la sua finalità «protettiva» potrebbe ancora essere sostenuta con qualche buona ragione (ad esempio, presidi che bloccino al corpo un braccio del paziente per evitare che si faccia del male da solo, o le spondine del letto per prevenire cadute) (70).

Portare a conoscenza dei giuristi il patrimonio di conoscenze e di esperienze di servizi psichiatrici a porte aperte e *no restraint* ha un'importanza enorme. Non solo consente di mettere seriamente in discussione l'opinione assai diffusa nella letteratura psichiatrica e medico-legale del carattere inevitabile della contenzione. Ma serve anche a contrastare l'immagine che si propone dei servizi *no re-*

(67) B. NORCIO, *Per l'abolizione della contenzione*, cit., p. 46.

(68) Si veda B. NORCIO, *Per l'abolizione della contenzione*, cit., p. 30, per la descrizione del modello organizzativo di un S.P.D.C. *no restraint* e per chiarificatrici esemplificazioni delle procedure di *holding*.

(69) Ad esempio, nella Grecia moderna è diffusa la pratica di incatenare il paziente, fissando un piede con un grosso anello a un capo della catena e l'altro capo a una sponda del letto. La giustificazione, paradossale, che viene data è che con questo metodo il paziente ha più spazio di movimento con il proprio corpo. La notizia è tratta da L. TORESINI, *SPDC no restraint*, cit.

(70) Cfr. B. NORCIO, *Per l'abolizione della contenzione*, cit., p. 36.

straint, come di contesti isolati, fortemente ideologizzati, esperienze eccezionali non generalizzabili, costruiti attorno a motivazioni umanitarie non facilmente ripetibili. Giova ricordare che servizi *no restraint* (con o senza le porte aperte) non costituiscono esperienze pionieristiche e isolate nel panorama nazionale, ma rappresentano modelli di buona operatività basate sull'esperienza e che vanno radicandosi anche in realtà metropolitane di grandi dimensioni, presumibilmente uguali per tipologia d'utenza ai servizi in cui la contenzione si pratica.

RIASSUNTO

Il lavoro analizza la questione della legittimità dell'uso della forza fisica e della contenzione meccanica in psichiatria. Vengono analizzati i dati della ricerca nazionale «Progres Acuti» in tema di contenzione psichiatrica, dalla quale emerge che la contenzione è metodica diffusa nei S.P.D.C. sull'intero territorio nazionale. Sulla base dell'analisi dell'articolo 13 della Costituzione, che proclama il diritto inviolabile alla libertà personale, si conclude che legare il paziente al letto è illegittimo e configura il reato di sequestro di persona. Esso può trovare giustificazione eventualmente solo in situazioni di necessità e per breve durata. La coercizione fisica del paziente aggressivo è legittima, in quanto funzionale all'adempimento del dovere di protezione e controllo spettante all'operatore psichiatrico.

SUMMARY

The work deals with the legitimacy of the use of force and mechanical restraint in psychiatry. It analyses data from the Italian national research «Progres Acuti» on psychiatric constraint, which highlights these are common procedures among S.P.D.C (general hospitals acute inpatient psychiatric wards) across the whole country. Art. 13 of the Italian Constitution states the inviolable right of personal freedom, which leads to the conclusion that medical restraint a bed is illegal and constitute ground for the charge of illegal restraint. These measures can be eventually justified only in case of necessity and for a short period of time. Physical constraint of aggressive patients is justifiable when functional to the fulfillment of psychiatric workers' duty of protection and control.