



LA CONTENZIONE IN PSICHIATRIA

SCUOLA SUPERIORE MAGISTRATURA

GIUSEPPE RICCARDI

SCANDICCI, CASTELPULCI 29 GIUGNO 2023

Natura della
contenzione (atto
medico o presidio
cautelare)?

Fondamento
costituzionale (art.
32 Cost o art. 13
Cost)?

Fondamento
normativo

Contenzione manuale: uso della forza fisica, senza utilizzo di strumenti, per bloccare il paziente o vincerne la resistenza;

Contenzione meccanica: utilizzo di presidi per ridurre o controllare il movimento del paziente

Contenzione chimica (o farmacologica): somministrazione di sedativi

Contenzione ambientale: isolamento nella camera di degenza (c.d. *seclusion*), limitazione delle visite e dei contatti, porte del reparto chiuse

Contenzione relazionale (c.d. *holding*): ascolto e osservazione empatica del paziente

NATURA DELLA CONTENZIONE

- Tesi della natura di **atto medico**: è una tecnica atipica rientrante nell'ampio spettro del dovere del medico di tutela della vita e della salute fisica e psichica dell'uomo, finalizzata a prevenire comportamenti violenti, auto o etero diretti; è dunque uno **strumento preventivo, non sanitario**, ma **propedeutico ed ancillare** all'atto medico, necessario per curare il paziente dalla malattia.

Tesi della natura di **mero presidio cautelare**: è un presidio restrittivo della libertà personale che non ha una finalità curativa, né ha l'effetto di migliorare le condizioni di salute del paziente

È funzionale a salvaguardare l'integrità fisica del paziente o di terzi che vengano in contatto con esso, allorquando ricorra una situazione di concreto pericolo per l'incolumità

GARANZIE COSTITUZIONALI

- Se si accede alla tesi della natura di atto medico, **trattamento terapeutico** con finalità di cura, la norma costituzionale di riferimento è l'**art. 32 Cost.**: sufficiente il rispetto della **riserva di legge relativa**.
- Se si accede alla tesi della natura di mero **presidio cautelare**, trattandosi di un intervento coercitivo comune, viene in rilievo l'**art. 13 Cost.**, con la necessità del rispetto della **riserva di legge assoluta** e della **riserva di giurisdizione**.

FONDAMENTO NORMATIVO

Art. 60 r.d. 615 del 1909 (regolamento legge sui manicomi del 1904)

«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. L'autorizzazione deve indicare la natura e la durata del mezzo di coercizione (...)

L'uso dei mezzi di coercizione è vietato nella cura in case private»

Norma abrogata implicitamente dalla **legge Basaglia (180/78)**, il cui art. 11 ha abrogato gli artt. 1, 2, 3, e 3 bis legge n. 36 del 1904 sui manicomi, di cui il Regolamento costituiva esecuzione

La Legge Basaglia supera l'impostazione custodialistica del malato psichiatrico, e non menziona (né vieta) la contenzione

Art. 41 comma 3 legge n. 354/1975 (ordinamento penitenziario)

Impiego della forza fisica e uso dei mezzi di coercizione

Non può essere usato alcun **mezzo di coercizione fisica** che non sia espressamente previsto dal regolamento e, comunque, non vi si può far ricorso a fini disciplinari ma **solo al fine di evitare danni a persone o cose o di garantire la incolumità dello stesso soggetto.**

L'uso deve essere limitato al tempo strettamente necessario e deve essere costantemente controllato dal sanitario.

Art. 77. DPR 29 aprile 1976, n. 431 (regolamento esecuzione)

Mezzi di coercizione fisica

La coercizione fisica, consentita per le finalità indicate nel terzo comma dell'art. 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.

Art. 82 DPR 230/2000 (nuovo regolamento esecuzione ordinamento penitenziario)

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.

In presenza di tale quadro normativo è possibile ritenere rispettata la **riserva di legge**?

E se si tratta di interventi coercitivi rilevanti ai sensi dell'art. 13 Cost., come rendere compatibile l'uso della contenzione con la **riserva di giurisdizione**?

L'uso della contenzione meccanica è **atto lecito**, o **atto illecito** (tipico), ma **scriminato** in presenza di una causa di giustificazione?

- Se è atto medico, e dunque lecito, può operare la c.d. scriminante costituzionale dell'art. 32 Cost., in quanto l'uso della contenzione rientrerebbe nell'attività medico-sanitaria

- Una parte della dottrina (Piras) parla di **atto terapeutico in senso ampio**: qualunque intervento volto a contenere i sintomi della malattia, sulla base dell'art. 3 del codice di deontologia medica (dovere del medico è la tutela della vita e della salute psico-fisica).
- La contenzione meccanica sarebbe lecita nei limiti dell'**art. 5 l. Gelli-Bianco (24/2017)**, che sancisce l'obbligo dei sanitari di attenersi alle **raccomandazioni** previste dalle linee guida o alle buone pratiche cliniche (raccomandazioni sulla contenzione pubblicate nel 2012 dalla Società Italiana di Psichiatria): adempimento del dovere o assenza di tipicità.

**SEZ. UNITE GIULINI, N. 2437 DEL 18/12/2008
(DEP. 21/01/2009), RV. 241752**

L'attività sanitaria, proprio perchè destinata a realizzare in concreto il diritto fondamentale di ciascuno alla salute, ed attuare — in tal modo — la prescrizione, non meramente enunciativa, dettata dall'art. 2 della Carta, **ha base di legittimazione** (fino a potersene evocare il carattere di attività, la cui previsione legislativa deve intendersi come "costituzionalmente imposta"), **direttamente nelle norme costituzionali**, che, appunto, tratteggiano il bene della salute come diritto fondamentale dell'individuo.

Art. 32 Cost. come una sorta di «**scriminante costituzionale**» dell'attività medica

ATTI MEDICI TERAPEUTICI E NON TERAPEUTICI

- In tema di trattamento medico-chirurgico, risponde di omicidio preterintenzionale il medico che sottoponga il paziente ad un intervento (dal quale consegue la morte di quest'ultimo) **in assenza di finalità terapeutiche, ovvero per fini estranei alla tutela della salute del paziente**, ad esempio provocando coscientemente un'inutile mutilazione, od agendo **per scopi estranei (scientifici, dimostrativi, didattici, esibizionistici o di natura estetica)**, non accettati dal paziente; al contrario, non ne risponde, nonostante l'esito infausto, il medico che sottoponga il paziente ad un trattamento non consentito ed in violazione delle regole dell'arte medica, quando nella sua condotta sia rinvenibile una **finalità terapeutica**, o comunque la terapia sia inquadrabile nella **categoria degli atti medici**, poiché in tali casi la condotta non è diretta a ledere, e l'agente, se cagiona la morte del paziente, risponderà di omicidio colposo ove l'evento sia riconducibile alla violazione di una regola cautelare (Sez. 4, n. 34521 del 26/05/2010, Huscer, Rv. 249818) Sez. 5, n. 34983 del 24/09/2020 (dep. 09/12/2020), Brega Massone, Rv. 280480).

QUALE SCRIMINANTE?

- Se è atto medico, può venire in rilievo, astrattamente, l'**adempimento di un dovere** di cui all'art. 51 cod. pen.

(cfr. Gip Tribunale Cagliari, 17 luglio 2012, nel caso Casu)

Adempimento del dovere professionale imposto dalla **posizione di garanzia** che investe il medico psichiatra dei compiti di protezione e controllo della sicurezza all'interno dei luoghi di cura

- **Il medico psichiatra è titolare di una posizione di garanzia che comprende un obbligo di controllo e di protezione del paziente, diretto a prevenire il pericolo di commissione di atti lesivi ai danni di terzi e di comportamenti pregiudizievoli per se stesso**

(Fattispecie in cui la Corte ha ritenuto immune da censure l'affermazione di responsabilità per il reato di omicidio colposo di un medico del reparto di psichiatria di un ospedale pubblico per il suicidio di una paziente affetta da schizofrenia paranoide cronica, avvenuto qualche ora dopo che la paziente, presentatasi in ospedale dopo avere ingerito un intero flacone di Serenase, era stata dimessa dal medico, senza attivare alcuna terapia e alcun meccanismo di controllo)

(Sez. 4, n. 43476 del 18/05/2017 (dep. 21/09/2017), Pagano, Rv. 270884; Sez. 4, n. 33609 del 14/06/2016 Ud. (dep. 01/08/2016), Drago, Rv. 267446; Sez. 4, n. 48292 del 27/11/2008 (dep. 29/12/2008), **Desana**, Rv. 242390)

CASO 'CAGLIARI'

- Giuseppe Casu, venditore ambulante abusivo, dà in escandescenze contro agenti e passanti, lanciando oggetti; sottoposto a TSO, viene legato al letto per sette giorni, e muore
- Tribunale Cagliari assolve i medici dal delitto di sequestro di persona, in quanto il fatto è scriminato dall'**adempimento del dovere**, in presenza di un persistente stato di agitazione del paziente
- Corte di Appello e Cassazione confermano l'assoluzione, applicando però lo **stato di necessità**.

SEZ. 5, N. 28704 DEL 14/04/2015, TURRI, RV. 264851

- Ai fini dell'integrazione dell'esimente dello **stato di necessità** è necessario che il **pericolo di un danno grave** alla persona sia **attuale ed imminente** o, comunque, idoneo a fare sorgere nell'autore del fatto la ragionevole opinione di trovarsi in siffatto stato, non essendo all'uopo sufficiente un pericolo eventuale, futuro, meramente probabile o temuto; inoltre, si deve trattare di un **pericolo non altrimenti evitabile** sulla base di fatti oggettivamente riscontrati e non accertati solo in via presuntiva

(Nella specie la S.C. ha ritenuto immune da censure la decisione con cui il giudice di appello ha affermato la sussistenza dello stato di necessità nei confronti degli imputati di sequestro di persona e omicidio colposo, i quali avevano solo parzialmente immobilizzato e comunque assoggettato a continuo monitoraggio un paziente sottoposto a T.S.O. e **ricoverato in permanente stato di agitazione psicomotoria caratterizzata da atteggiamenti aggressivi contro i presenti e contro se stesso**).

- La scriminante dell'adempimento del dovere sembra fondata più su una concezione asimmetrica del rapporto di cura, ispirata ad una cultura assistenziale e custodiale
- La scriminante dello stato di necessità (o della legittima difesa) sembra ispirarsi ad una concezione paritaria del rapporto medico-paziente, e maggiormente rispettosa della dignità del paziente e della relazione terapeutica (parere Comitato Nazionale per la Bioetica, 23 aprile 2015)

CASO MASTROGIOVANNI

- Francesco Mastrogiovanni viene ricoverato il 31 luglio 2010 in esecuzione di un TSO, disposto dopo aver attraversato ad alta velocità il centro urbano ed essersi tuffato a mare; poco dopo il ricovero, già sedato, viene legato al letto e immobilizzato per **83 ore**, fino al 4 agosto, data del decesso. La vicenda veniva immortalata dai **filmati** delle telecamere.
- Nella stessa stanza si trovava Giuseppe Mancoletti, ricoverato per una patologia depressiva e broncopolmonite, mantenuto in contenzione per **22 ore**.

- Tribunale Valle della Lucania: condanna i medici per il falso ideologico (omessa annotazione della contenzione nella cartella clinica), sequestro di persona e morte come conseguenza di altro delitto, assolvendo gli infermieri ex art. 51, comma 3, cod. pen.
- Corte Appello Salerno condanna anche gli infermieri

SEZ. 5, N. 50497 DEL 20/06/2018, DI GENIO, RV. 274435-01

- In tema di responsabilità medica, la **contenzione** del paziente psichiatrico **non costituisce una pratica terapeutica o diagnostica** legittimata ai sensi dell'art. 32 Cost., ma è un **mero presidio cautelare utilizzabile in via eccezionale** qualora ricorra lo **stato di necessità** di cui all'art. 54 cod. pen., ossia il pericolo di un danno grave alla persona, che si presenti come attuale ed imminente, non altrimenti evitabile, sulla base di fatti oggettivamente riscontrati che il sanitario è tenuto ad indicare nella cartella clinica

(In motivazione la Corte ha precisato che l'uso della contenzione in assenza dei presupposti di cui all'art. 54 cod. pen. costituisce un'illegittima privazione della libertà personale ed integra gli estremi del delitto di cui all'art. 605 cod. pen.).

STATO DI NECESSITÀ

- L'**attualità del pericolo** preclude un utilizzo della contenzione in via 'precauzionale', dovendo fondarsi su riscontri obiettivi di un'imminente offesa all'incolumità
- La **proporzionalità** della contenzione sia in senso cronologico (da commisurarsi alla durata del pericolo, alla attualità), sia in termini di intensità.

SEZ. 5, N. 50497 DEL 20/06/2018, DI GENIO, RV. 274435 – 02

- In materia di contenzione del paziente psichiatrico, **l'infermiere** è titolare, ai sensi dell'art. 1, legge 10 agosto 2000, n. 251, e del codice deontologico degli infermieri, di **specifici obblighi giuridici autonomi** rispetto a quelli del medico, essendo egli tenuto a **verificare la legittimità della contenzione**, affinché sia circoscritta ad un uso straordinario del trattamento, e a segnalare all'autorità competente eventuali abusi

SEZ. 6, N. 35591 DEL 02/07/2021, RV. 281987

- In tema di contenzione psichiatrica, l'infermiere professionale è titolare, ai sensi dell'art. 1, legge 10 agosto 2000, n. 251, e del codice deontologico degli infermieri, di una posizione di garanzia che si sostanzia di specifici obblighi giuridici, autonomi rispetto a quelli del medico, in ragione dei quali egli è tenuto a verificare la legittimità del trattamento e a segnalare all'autorità competente eventuali abusi, avuto riguardo alla **natura di mero presidio cautelare e non terapeutico della contenzione**, che deve essere **circoscritta ad un uso straordinario, motivato ed annotato** nella documentazione clinico-assistenziale.

Fattispecie di maltrattamenti e sequestro di persona di **anziani ricoverati in RSA**



La pratica della
contenzione nei confronti
degli anziani è ancor più
sottaciuta e sommersa
(uso di sponde per letto,
bracciali, ecc.)



L'aumento della vita
media ha comportato un
incremento di malattie
invalidanti e demenze
senili con massiccio ricorso
all'istituzionalizzazione

SEZ. 6, N. 24358 DEL 06/03/2014, RV. 260062

- Integra il delitto di sequestro di persona la condotta di chi tenga legato per giorni a letto, con cinghie di **contenzione**, un **familiare non autosufficiente** (nella specie: la madre adottiva), in assenza di una specifica situazione di imminente pericolo di cadute o gesti di autolesionismo idonea a configurare gli estremi dello **stato di necessità**

(In motivazione, la S.C. ha ritenuto non configurabile la scriminante di cui all'art. 54 cod. pen. neppure in forma putativa, avendo lo stesso imputato fatto riferimento alla possibilità di ricorrere all'ausilio di personale sanitario e di un letto a sponde, e dovendo quindi escludersi un suo erroneo convincimento di trovarsi in uno stato di necessità)

SEZ. 5, N. 50944 DEL 13/09/2019, RAO, RV. 277842

- Non integra il delitto di cui all'**art. 591** cod. pen. la condotta del **direttore amministrativo di una residenza sanitaria assistenziale (R.S.A.)** - sul quale grava soltanto un dovere di custodia delle persone incapaci, per malattia mentale, di provvedere a se stesse - che abbia adottato le **misure organizzative e strutturali** compatibili con le **finalità meramente assistenziali della struttura** e **non** anche più penetranti **misure di contenzione "meccanica"**, non essendo queste previste né consentite dalla normativa di settore, che riflette l'abbandono del modello cd. "custodialistico" nella cura dei malati psichiatrici

(Fattispecie relativa al **suicidio di un ospite della struttura assistenziale affetto da psicosi cronica**, nella quale la Corte, ha annullato senza rinvio, per insussistenza del fatto, la condanna dell'imputato che aveva intensificato la sorveglianza dell'ospite, lo aveva ripetutamente inviato al Pronto soccorso, in occasione di pregressi episodi autolesionistici, e aveva più volte sollecitato la rivalutazione del quadro clinico e della risposta assistenziale più adeguata).