



ASSOCIAZIONE ITALIANA MEDICI DI FAMIGLIA  
ITALIAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS

**XXIII CONGRESSO NAZIONALE AIMEF**

# Nuovi orizzonti della Medicina di Famiglia nella gestione integrata delle cronicità

Presidente del Congresso  
Dott. **Walter Ingarozza**

**Caserta 19-21 Maggio 2017**

Centro Congressi Grand Hotel Vanvitelli



# LA TUTELA DELLA SICUREZZA DELL'ASSISTITO INCAPACE

dott. Cesare Taraschi

Giudice del Tribunale di Salerno

Per **“contenzione”** nell’assistenza di anziani, disabili e soggetti incapaci  
si intende

**l’uso di mezzi fisici, farmacologici o ambientali che limitano la libertà di movimento volontario della persona assistita.**

Per **“mezzi di contenzione”**

si intendono

**quegli accessori o dispositivi creati per uso medico, adottati al fine di limitare i movimenti del paziente per il tempo necessario a consentirne il trattamento, l’esame clinico o la protezione.**

- 1) contenzione manuale**, consistente nell'uso della forza fisica da parte del personale sanitario, al fine di bloccare il paziente o vincerne la resistenza;
- 2) contenzione meccanica**, consistente nell'utilizzo di presidi per ridurre o controllare il movimento del malato (fasce, cinture, corpetto, cinghie per caviglie e polsi, spondine di protezione a letto, etc.);
- 3) contenzione chimica o farmacologica**, ossia attuata mediante somministrazione di farmaci, quali sedativi;
- 4) contenzione ambientale**, consistente nell'apportare modifiche all'ambiente di vita del paziente, al fine di limitarne o controllarne i movimenti;
- 5) contenzione relazionale**, vale a dire l'ascolto e l'osservazione empatica del paziente. Si tratta di interventi di desensibilizzazione, praticati mediante tecniche di comunicazione, volte principalmente a ridurre e placare l'aggressività di taluni pazienti.

## **SCOPI DEL TRATTAMENTO CONTENITIVO**

**Prevenire, ridurre o arrestare comportamenti del paziente, quali agitazione o aggressività, consentire la somministrazione di farmaci, prevenire traumatismi da caduta, praticare l'alimentazione forzata di coloro che rifiutano di cibarsi, etc.**

**In ambito ortopedico, ad esempio, tra i compiti del sanitario rientra anche quello di dare disposizioni per un'adeguata sistemazione logistica del paziente sottoposto ad intervento chirurgico, per evitare accidentali cadute dal letto.**

**Nel settore psichiatrico, nel caso, ad es., di un paziente depresso, con ideazione suicidaria, sarà compito dello psichiatra porre in essere tutti i mezzi a sua disposizione per impedire un tragico epilogo e, quindi, somministrare non solo la più idonea terapia farmacologica, ma adottare altresì una serie di misure, quali la sottrazione di oggetti metallici, cinture e quant'altro possa essere usato per fini autosoppressivi. In sostanza, qualora il quadro clinico riveli apertamente la possibilità di gesti auto o etero lesivi, lo psichiatra non potrà esimersi dall'attuare quelle misure che, seppur non squisitamente sanitarie, abbiano come finalità precipua quella di preservare la salute del malato.**

## **La contenzione**

se osservata nell'ottica per cui dovere del medico è non solo la cura della malattia, ma anche la tutela della salute fisica e psichica del paziente (art. 3 Codice di deontologia medica), è qualificabile come

### **atto medico**

Pur non potendo essere considerata di per sé cura o trattamento, la stessa si erge comunque a strumento preventivo necessario per curare il paziente dalla malattia che lo affligge. Gli interventi contenitivi non vanno intesi come strumenti a sé stanti, separati dalla cura, ma come mezzi, anche non prettamente sanitari, ma al contempo necessari, di carattere propedeutico all'atto medico vero e proprio.

In determinati casi, infatti, appare inevitabile il ricorso alla contenzione, come nel caso di un paziente in stato di grave agitazione psicomotoria o di eccitamento maniacale.

**La contenzione è un atto di per sé lecito, in quanto previsto dalla legge, oppure un atto illecito, in quanto tale vietato, che diviene lecito per l'eventuale ricorrere di una causa di giustificazione?**

**Nel caso dell'operatore psichiatrico, ad es., si pone il quesito se contenere un paziente costituisca un obbligo giuridico o un mero potere.**

### **Posizione di garanzia del sanitario**

**Posizione di protezione**, con cui si tutelano determinati beni contro tutte le fonti di rischio (es., obbligo di cura e custodia della persona assistita incapace)

**Posizione di controllo**, diretta a neutralizzare determinate fonti di pericolo a tutela di tutti i beni ad esse esposti (es., obbligo di controllare l'incapace per evitare che questi cagioni danni a terzi)

Nel fascio di obblighi che compongono la posizione di garanzia, rientra l'obbligo giuridico, ex **art. 40 co. 2 c.p.** (secondo cui ***“non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo”***), di impedire gli atti auto ed etero aggressivi del paziente, avvalendosi di ogni strumento a disposizione per la tutela della salute di quest'ultimo, compreso il ricorso alla contenzione.

Una condotta omissiva può essere assunta come fonte di responsabilità per danni purchè **l'obbligo giuridico di impedire l'evento lamentato** derivi da:

- 1) una **norma di legge**;
- 2) uno **specifico rapporto negoziale** o di altra natura intercorrente fra il titolare dell'interesse leso e il soggetto chiamato a rispondere della lesione (Cass. civ. n. 13957/05, n. 13892/05, n. 9590/98);
- 3) **principi di solidarietà sociale di cui all'art. 2 Cost.**, doveri e regole di azione la cui inosservanza integra un'omissione imputabile (Cass. civ. n. 22344/14).



L'affidamento di una persona incapace di autodeterminarsi comporta per gli operatori sanitari ed il direttore amministrativo della residenza protetta il dovere di garantire la sicurezza della sua persona con diligenza professionale (art. 1176 c.c.), con conseguente responsabilità degli stessi a titolo di **omicidio colposo** nel caso in cui il paziente (nella specie affetto da alzheimer) non contenuto deceda a seguito di caduta da una finestra per omessa custodia (Cass. pen. n. 23661/13).

**Il controllo dell'auto o eteroaggressività dell'assistito rappresenta, dunque, un aspetto della prestazione terapeutica.**

La **posizione di garanzia dello psichiatra** e di qualsiasi operatore di salute mentale esiste e deriva dall'obbligo di attuare un idoneo trattamento terapeutico, volto ad evitare l'aggravamento delle condizioni psicopatologiche del paziente e a favorire, nei limiti in cui sia possibile, la sua guarigione (Cass. pen. n. 45910/09, n. 18950/09, n. 8611/08).

La mancata contenzione ambientale della persona incapace, affidata alla custodia degli operatori in una residenza protetta sociale e deceduta a seguito di caduta dopo essersi allontanata pericolosamente dalla struttura per mancata vigilanza, configura un **dovere di protezione disatteso dall'amministratrice e direttrice della casa di riposo** (Cass. pen. n. 11136/15, secondo cui, in relazione allo specifico contenuto degli obblighi impeditivi omessi, l'imputata, quand'anche non avesse previsto un adeguato numero di operatori addetti alla vigilanza, avrebbe comunque dovuto adempiere alla prescrizione imposta dalla Asl, in relazione alla necessità di dotare la **porta di uscita di un sistema di allarme, che segnalasse l'apertura della stessa ad una postazione permanentemente presidiata**. Tale adempimento avrebbe scongiurato, con elevata probabilità, il verificarsi della rovinosa caduta, giacché la lentezza con cui la paziente si muoveva, sulla carrozzina, avrebbe consentito agli operatori addetti di intervenire tempestivamente).

In caso di **pluralità delle posizioni di garanzia**, allorché i titolari delle stesse siano di pari grado, ciascuno è, per intero, destinatario dell'obbligo giuridico di impedire l'evento e non può fare affidamento sull'eliminazione da parte di altri coobbligati della situazione pericolosa da lui creata o consentita (Cass. pen. n. 4793/90).

Neppure il **comportamento colposo del garante sopravvenuto** è sufficiente ad interrompere il rapporto di causalità fra la violazione di una norma precauzionale operata dal primo garante e l'evento, quando tale comportamento non abbia fatto venir meno la situazione di pericolo originariamente determinata (Cass. pen. n. 38810/05).

La giurisprudenza ha, quindi, riconosciuto l'appropriatezza dell'applicazione temporanea della contenzione fisica come *extrema ratio* nel momento eccezionale di pericolo grave ed immediato (Cass. pen. n. 28704/15).

## **CASSAZIONE PEN. N. 21285/13**

**Un uomo in stato di grave agitazione, disorientamento e confusione mentale, ricoverato nell'Unità di Terapia Intensiva Coronarica, muore in seguito a caduta accidentale dal letto di degenza, causata dalla mancata apposizione delle sponde al letto del paziente.**

**Questa omissione, secondo i giudici, è *“connotata da elevatissima negligenza, in violazione di un chiaro obbligo di protezione gravante sul personale infermieristico del nosocomio a salvaguardia del rischio di caduta cui il paziente si trovò concretamente esposto, come comprovato dalle condizioni di disorientamento, di agitazione e di confusione mentale, documentate dal diario infermieristico, a partire dal (OMISSIS) e ribadite alle ore 6 dello stesso giorno dell'incidente”*. Il paziente cade più di venti ore dopo la prima annotazione di pericolo nel diario infermieristico.**

## **CASS. PEN. N. 21285/13**

L'infermiera di turno al momento dell'incidente, condannata per omicidio colposo, propone ricorso per Cassazione, chiedendo, in particolare, di accertare i **comportamenti degli altri infermieri**, in servizio nei turni precedenti, visto che le annotazioni riportate in merito alle precarie condizioni del paziente avrebbero dovuto allarmare tutti i sanitari.

Tale accertamento è considerato inutile dalla Cassazione, poiché *“non avrebbe condotto all'esclusione o alla limitazione della colpevolezza dell'imputata che, all'inizio del turno di servizio alle ore 21, constatata la mancata apposizione delle sponde al letto del paziente (concretamente esposto al rischio di cadere dal letto, per le condizioni di abnorme agitazione e di disorientamento documentate dalle ripetute e conformi annotazioni riportate sul diario infermieristico) era tenuta, in nome dell'obbligo di protezione su di lei gravante in ragione delle mansioni esercitate (e quindi della posizione di garanzia rivestita) ad adottare la suddetta misura volta ad evitare il verificarsi di eventi accidentali, peraltro ampiamente prevedibili, non potendo costei giovare del rifiuto opposto dal paziente, facilmente e doverosamente superabile richiedendo l'intervento del medico di guardia”*.

L'intervento sanitario verso l'**assistito capace di intendere e di volere** deve essere sempre preceduto dall'acquisizione di un **valido consenso informato** e, se attuato in presenza di un suo dissenso, costituisce reato (Cass. pen. n. 38914/15).

Nel caso di **soggetto incapace** il ricorso alla contenzione potrebbe risultare in contrasto con:

**l'art. 13 Cost.**, che tutela il diritto alla libertà personale, nel suo significato più lato di libertà dalla sottoposizione a coercizioni di qualunque tipo;

**l'art. 32 Cost.**, che tutela la salute quale fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e, inoltre, consente l'applicazione di trattamenti sanitari coattivi nei casi espressamente previsti dalla legge, senza che sia necessario un atto motivato dell'autorità giudiziaria, come invece richiesto dall'art. 13 Cost.

Nell'attuale ordinamento **non vi è una normativa specifica che disciplini e legittimi la contenzione**. La legge 180/78 di riforma dell'assistenza psichiatrica (cd. "legge Basaglia") è muta al riguardo.

Un riferimento normativo, sebbene settoriale, alla contenzione è contenuto nella **legge di riforma dell'Ordinamento penitenziario del 1975**, nonché nell'**art. 5 CEDU**, che tutela il diritto alla libertà, vietando la sua privazione se non nei limiti previsti dalla legge e al ricorrere di una delle ipotesi elencate nelle varie lettere in cui si articola il paragrafo 1 della stessa disposizione convenzionale. Tra queste, la lett. e) consente la «**detenzione regolare di una persona suscettibile di propagare una malattia contagiosa, di un alienato, di un alcolizzato, di un tossicomane o di un vagabondo**».



L'obbligo di contenere il paziente psichiatrico può scaturire anche da un atto di autonomia privata, come il **contratto di ricovero**, il quale produce, quale effetto naturale ex art. 1374 c.c., l'obbligo della struttura sanitaria di sorvegliare il paziente in modo adeguato rispetto alle sue condizioni, al fine di prevenire che questi possa causare danni a terzi o subirne. Peraltro, la circostanza che il paziente sia capace di intendere o di volere, ovvero il fatto che non sia soggetto ad alcun trattamento sanitario obbligatorio, non esclude il suddetto obbligo, ma può incidere unicamente sulle modalità del suo adempimento (Cass. civ. n. 22331/14, in ordine al caso di un paziente sofferente di disturbi mentali, il quale si era allontanato dalla clinica ove era ricoverato e, nel tentativo di suicidarsi, era stato investito da un treno, subendo l'amputazione della mano destra).

## **art. 2047, co. 1, c.c.**

*“In caso di danno cagionato da persona incapace di intendere o di volere, il risarcimento è dovuto da chi è tenuto alla sorveglianza dell’incapace, salvo che provi di non aver potuto impedire il fatto”.*

**Presunzione di responsabilità applicabile solo nel caso di danni cagionati dall’incapace a terzi** (Cass. civ. n. 11245/03).

**Responsabilità diretta** e propria di coloro che sono tenuti alla sorveglianza, per inosservanza dell'obbligo di custodia (*culpa in vigilando*).

**Presunzione che può essere vinta solo dalla prova di non aver potuto impedire il fatto** malgrado il diligente esercizio della sorveglianza impiegata, ad es. qualora il danno sia stato determinato da comportamento imprevedibile dell’incapace (Cass. civ. n. 12965/05, in relazione alla responsabilità risarcitoria di una struttura ospedaliera per l'uccisione di un paziente da parte di altro ricoverato incapace di intendere e di volere).

## **art. 2047, co. 1, c.c.**

Nei confronti di persona ospite di reparto psichiatrico, non interdetta nè sottoposta a trattamento sanitario obbligatorio ai sensi della L. n. 180/78, la configurabilità di un dovere di sorveglianza a carico del personale sanitario addetto al reparto e della conseguente responsabilità risarcitoria ai sensi dell'art. 2047, co. 1, c.c. per i danni cagionati dal ricoverato presuppone **soltanto la prova concreta della incapacità di intendere e di volere del medesimo** (Cass. civ. n. 22818/10, n. 12965/05).

L'accertamento in sede penale della mancanza di prova della colpa dei soggetti tenuti alla sorveglianza dell'incapace **non comporta il superamento della presunzione di colpa** su di essi gravante ai sensi dell'art. 2047 c.c., nè costituisce prova del caso fortuito (Cass. civ. n. 19060/03).

**In mancanza dei presupposti che autorizzano il ricorso a procedure coercitive, la contenzione diviene condotta penalmente rilevante, integrando diverse figure di reato:**

art. 610 c.p.: violenza privata;

art. 571 c.p.: abuso dei mezzi di correzione;

art. 605 c.p.: sequestro di persona;

art. 572 c.p.: maltrattamenti in famiglia;

art. 591 c.p.: abbandono di incapace;

art. 589 e 590 c.p.: omicidio colposo e lesioni personali colpose.

**Trib. Vallo della Lucania sent. n. 825/12**  
**CASO MASTROGIOVANNI**

**Paziente ricoverato presso il reparto psichiatrico dell’Ospedale di Vallo della Lucania con T.S.O. in preda a “agitazione psicomotoria, alterazione comportamentale ed eteroaggressività”. Viene prima sedato farmacologicamente e successivamente anche meccanicamente attraverso *“fascette dotate di viti di fissaggio applicate ai quattro arti e fissate alle sbarre del letto”*.**

**La motivazione della contenzione è attribuibile, inizialmente, ad una disposizione della polizia giudiziaria che ha richiesto il prelievo delle urine, necessario per l’applicazione della sanzione amministrativa costituita dal ritiro della patente di guida.**

**Il paziente viene contenuto e cateterizzato, e dopo essere stato abbandonato a sé stesso, senza venire alimentato e idratato, all’interno di un reparto sprovvisto di aria condizionata, nel mese di agosto, muore, a distanza di ottanta ore dal ricovero.**

**Trib. Vallo della Lucania sent. n. 825/12**  
**CASO MASTROGIOVANNI**

La contenzione *“non viene annotata in cartella clinica, né mai lo sarà”*. Il tutto viene ripreso dalle telecamere della videosorveglianza del reparto che testimoniano anche il momento presumibile del decesso, scoperto però sei ore dopo dal personale. All’esito dell’esame autoptico i consulenti del P.M. individuano la causa della morte del Mastrogiovanni in un edema polmonare acuto, diretta conseguenza delle modalità con cui è stata effettuata la contenzione fisica.

Vengono condannati dal Tribunale di Vallo della Lucania il primario del reparto ed altri medici per **sequestro di persona**, realizzato mediante contenzione meccanica al letto di degenza in assenza di presupposti, nonché per il **delitto di cui all’art. 586 c.p.**, per aver cagionato la morte del paziente, come conseguenza del delitto di cui all’art. 605 c.p.; **vengono, invece, assolti gli infermieri.**

## **CASO MASTROGIOVANNI**

**La Corte di Appello di Salerno, parzialmente riformando la sentenza di primo grado, ha condannato anche gli 11 infermieri imputati, assumendo che *«l'assenza di ogni annotazione in cartella della contenzione era un elemento oggettivamente tale da ingenerare negli infermieri quantomeno un fondato sospetto sulla liceità del trattamento soprattutto in considerazione della sua lunga durata»*.**

# VADEMECUM

La contenzione, se strumento finalizzato alla tutela della salute del paziente, è da considerarsi **atto medico**, sicchè deve essere praticata soltanto previa prescrizione medica, con l'indicazione in cartella clinica delle motivazioni che la sorreggono, della durata del trattamento e delle modalità di intervento; nei casi di indifferibile urgenza che richiedono il pronto intervento del personale infermieristico, questo si trova a disporre da sé l'applicazione di mezzi contenitivi, salvo successiva sottoposizione a verifica medica.

Ai sensi dell'**art. 32 del Codice deontologico** dei medici del 2014, *“il medico prescrive e attua misure e trattamenti coattivi fisici, farmacologici e ambientali nei soli casi e per la durata connessi a documentate necessità cliniche, nel rispetto della dignità e sicurezza della persona”*.

La contenzione, quindi, deve essere praticata per il tempo strettamente necessario, in quanto finalizzata alla gestione della fase acuta ed essere rimossa il prima possibile, dopo aver esperito ogni intervento necessario per il ripristino della gestibilità e tutela del paziente e di eventuali terzi.



## VADEMECUM

La contenzione va, poi, attuata con **modalità adeguate**, in quanto una scorretta gestione della stessa può compromettere sensibilmente la salute fisica. Una volta disposta la contenzione occorre, dunque, vigilare sull'evolversi del quadro clinico e monitorare la situazione in genere. Si pensi, ad esempio, all'azione depressiva sul sistema cardiocircolatorio, provocata da alcuni farmaci sedanti. O ancora, all'insorgere di determinate patologie da neurolettici, quale la sindrome da ipertermia maligna.

La scelta della contenzione può essere considerata corretta solo qualora, nel caso specifico, venga utilizzato lo **strumento più idoneo**.

La contenzione va quindi soppesata, quasi come un farmaco, ragion per cui vanno preventivamente valutate le indicazioni terapeutiche, le controindicazioni e gli effetti collaterali.

# VADEMECUM

È, dunque, doveroso che il paziente **sia contenuto in condizioni di sicurezza**, onde evitare il rischio delle esposte conseguenze. Pertanto, prima di applicare un mezzo contenitivo sarebbe opportuno:

- 1) controllare l'ambiente circostante, eliminando gli oggetti inutili e quelli che potrebbero essere di intralcio;
- 2) disporre materassi o tappeti in prossimità del letto, al fine di attutire eventuali cadute;
- 3) rimuovere dalle tasche degli operatori oggetti come matite o penne, che potrebbero ferire il paziente;
- 4) indossare occhiali, guanti e mascherina;
- 5) procedere alla contenzione con un piccolo team di tre o al massimo sei operatori, guidato da un leader preventivamente indicato, chiedendo a tutti coloro che non sono coinvolti nella pratica di allontanarsi;
- 6) cercare di immobilizzare il paziente in prossimità del letto, per non doverlo eventualmente trascinare, e cercando di evitare, se possibile, l'assunzione di una posizione prona del malato, poiché questa potrebbe compromettere le sue funzioni respiratorie.

# VADEMECUM

La scelta dello strumento impone, quindi, una proporzionale gravità e urgenza del quadro clinico, la cui sussistenza può essere verificata attraverso l'osservazione della **cartella clinica**, la quale riveste un **ruolo fondamentale** anche per gli accertamenti da compiere in sede giudiziaria, e quindi al fine di verificare la correttezza della scelta dello strumento contenitivo e sciogliere così qualsiasi dubbio sull'uso punitivo o terapeutico dello stesso.

È indispensabile, ad esempio, che in tale documento siano indicate le ragioni per le quali si è proceduto alla contenzione del paziente. Come del resto è necessario indicare l'ora in cui è stata attuata, le modalità, i tempi di revisione del procedimento, le disposizioni fornite al personale infermieristico, le ragioni del suo protrarsi o della sua sospensione, etc.

È, inoltre, necessaria **un'adeguata dotazione di strumenti di contenzione in reparto**, così come un'idonea dotazione farmacologica o qualsiasi altro strumento terapeutico.

# VADEMECUM

In tal senso, è fondamentale **organizzare l'assistenza infermieristica secondo modelli integrati e multiprofessionali**, poiché la tutela della salute psichica è il frutto della collaborazione di tutti gli operatori del settore. Peraltro, nello stesso personale infermieristico è sentita la necessità di ricevere indicazioni chiare sui processi decisionali da attuare nelle situazioni di pericolo per l'applicazione contemporanea della contenzione fisica.

Occorre, quindi, procedimentalizzare l'attività medica, poiché essa si compone di una moltitudine di discipline, dotate di una loro intrinseca specificità, di una loro storia e di una loro progressione evolutiva.

L'impiego delle **linee guida** evita che l'individuazione della regola cautelare sia rimessa all'intuizione del giudice o all'opinabile sapere del consulente, di volta in volta consultato per fornire al magistrato la cognizione scientifica per la soluzione del caso concreto. In assenza delle linee guida, infatti, il giudice deve richiamare il parere dell'esperto per costruire *ex novo* la regola cautelare, non essendo questa preesistente.