

Mani legate: è giusto il ricorso alla contenzione fisica?

- *Intervista alla dott.ssa A. Ruschena e al prof. A. Zanalda*
- *Il parere del legale: intervista agli avvocati dott.ssa G. Facchini e dott. F. Deorsola*

CRISTINA BOSCOLO I.P. e MICHELE PICCOLI A.F.D.

Art. 205 - *Compiti del personale di assistenza diretta.*

h) *affrontare con coraggio e abilità il malato eventualmente divenuto pericoloso od abbisognevole, nell'interesse generale, di essere allontanato dalla vicinanza con gli altri ammalati, invocando, se del caso, l'intervento degli infermieri disponibili.*

da: Ospedali Psichiatrici di Torino - Regolamento Organico - prescritto dall'art. 10 del Regolamento sui Manicomi R.D. 16-8-1909 n. 615.

Dott.ssa Ruschena¹ quali sono, a suo parere, le condizioni in cui la contenzione meccanica di un paziente è utile, necessaria o indicata?

Partendo dalla mia esperienza professionale, mi sento di dire che non esistono MAI le condizioni per la contenzione. È anche ciò che sosteneva Basaglia. Non c'è situazione in psichiatria che richieda l'uso dei mezzi di contenzione. Tant'è vero che una delle modalità radicali, nei periodi di movimento anti istituzionale, di sottolineare questa non necessità, era il non avere lo strumento. Io ho lavorato per un anno nel SPDC del Mauriziano, a quel tempo

Nel 1839 lo psichiatra inglese John Conolly venne nominato direttore dell'ospedale di Hanwell e diede inizio ad una esperienza rivoluzionaria, abolendo i tradizionali metodi di repressione fisica e psicologica.

In quegli anni gli infermieri dell'ospedale psichiatrico venivano così descritti dallo psichiatra: «infermieri terribili armati di staffile, talvolta accompagnati da cani feroci e liberi di imporre manette, catene e legacci a seconda del loro arbitrio brutale»... «I guardiani erano per lo più delinquenti reclutati nelle prigioni e non certo per le loro virtù. I pazienti erano incatenati e senza difesa contro la violenza dei sorveglianti».*

Il Conolly in pochi anni cambia il criterio della scelta degli infermieri inserendo personale «attivo, sereno, scelto con cura»; egli affermava inoltre che «molti ammalati prendono il carattere dell'infermiere che hanno vicino...». Ci è di conforto, nella lettura di questi passi, constatare l'evoluzione del ruolo dell'infermiere in psichiatria, tutto sommato, di passi avanti ne abbiamo fatti. Ora, alcuni infermieri «evoluti», si chiedono come mai nei SPDC (i cosiddetti «repartini») l'uso della contenzione non sia tramontato insieme ai «delinquenti accompagnati da cani feroci».

La contenzione è regolamentata? Le «fettucce» sono strumenti di una tecnica infermieristica? Il medico può ordinare all'infermiere di «sommministrare quattro fettucce»? Nell'intento di porre qualche punto fermo in merito alle responsabilità etiche, deontologiche e legali su un tema così complesso, attuale e imprecisato abbiamo rivolto alcune domande agli «esperti».

* J. CONOLLY, *Trattamento del malato di mente senza metodi costrittivi* (1856), ed. Einaudi, Torino, 1976.

se a qualcuno fosse venuto in mente di ordinare una contenzione avrebbe dovuto girare per l'ospedale alla ricerca delle cinghie.

Dietro questo presupposto c'è tutta la massa di conoscenze attuali della psichiatria che sono: la possibilità di affrontare la crisi, i termini di comprensione e contestualizzazione. Se uno esprime aggressività prima, o invece, di coercirlo ci si può chiedere perché, e lavorare per contestualizzare l'episodio in modo da poterlo affrontare con il paziente, con strumenti diversi dai legacci. Questo è accertato anche nei casi più difficili e apparentemente inaccessibili.

Applicare la contenzione è sempre

un errore, la riduzione di una complessità alla soppressione di un sintomo, restituirlo ad un'alterità incomprensibile (rendendo incomprensibile ciò che incomprensibile non è).

Ciò nonostante la pratica dei professionisti più motivati alla relazione non manca di qualche episodio poco «ortodosso»...

La questione di fondo sta nella capacità di intrattenere una relazione col paziente, anche se in alcuni momenti di particolare tensione si può arrivare al confronto fisico, a trattenerne uno per un braccio, bloc-

carlo alle spalle per rimediare ad una situazione che si ritiene pericolosa per il paziente o per chi gli è prossimo, o anche per sbloccare una situazione troppo carica di emotività e che ha bisogno, per scaricarsi, di essere "giocata" sul piano della corporeità. Ma comunque si tratta di questioni situate nel contingente, generate nell'immediatezza per far fronte ad una situazione immediata, mai di una violenza estranea, aliena e pianificata come "elemento della cura".

Non di rado accade che l'infermiere si trovi ad agire in un contesto in cui attitudini e consuetudini rendono chi voglia agire secondo legge e coscienza una sorta di "marziano" o, al più, un giovane sprovveduto che "si farà le ossa" (magari rompendole al prossimo). Cosa possiamo fare per rivendicare quello che, in certe situazioni, è il "diritto alla diversità"?

Il livello più elevato di confronto sul problema delle contenzioni, avviene comunque sul piano delle competenze e delle capacità professionali. Per abolire le contenzioni occorre aver presente le (poche) persone che hanno bisogno di un'assistenza intensiva, di essere accompagnate (e non "recluse", perché T.S.O. non vuol dire porte chiuse e pazienti legati ma accompagnamento e sostegno) e concentrarsi su di esse. In un reparto psichiatrico dove i pazienti non siano legati ma accompagnati assiduamente e le porte non siano chiuse, il lavoro perde quella connotazione truce, custodialistica e repressiva per cui nessuno ci vuole più andare a lavorare.

Sempre per tentare di risolvere l'enigma intorno al senso ed alla necessità di una pratica tanto avvilente, poniamo all'incirca le stesse domande al prof. Zanalda².

Prof. Zanalda, in quali circostanze l'uso delle cinghie di contenzione è giustificato? La contenzione può essere utile o indicata?

Vorrei chiarire un punto: il concetto di "contenzione" esiste anche in

altri settori della medicina e nessuno si pone il problema della liceità o meno. Tutti i giorni delle persone vengono ingessate, contenute in sala operatoria, nei reparti di chirurgia e medicina perché, con gesti od altro non abbiano a compiere qualcosa che li possa danneggiare. È chiaro che in psichiatria il discorso è completamente diverso. È completamente diverso perché veniamo da un'epoca in cui la contenzione è stata usata, e abusata, fino al punto di considerarla molto simile ad uno strumento di tortura. Poiché la legge attuale ha molto liberalizzato il problema della malattia mentale, credo che sia maturato il momento per affrontare il problema delle contenzioni secondo un'angolatura priva di pregiudizi. Mi fa quindi molto piacere questa domanda perché ritengo sia il momento giusto per parlarne.

È fuor di dubbio che la contenzione in psichiatria debba essere una situazione del tutto eccezionale ed è sicuramente l'espressione di una carenza di personale e di capacità professionali.

È da questa dichiarata insufficienza che si pone il problema del "minor male" e quindi la liceità non può essere il frutto di un'elaborazione giuridica ma la conseguenza di circostanze che chiedono di essere superate.

Con risorse maggiori, più qualificate e meglio organizzate la contenzione può essere evitata. Può essere evitata se il responsabile dell'assistenza può stabilire che quel malato ha due infermieri in assistenza continuata. Questo è il problema.

Ovviamente non basta la quantità, l'assistenza "intensiva" non consiste in un piantonamento ma in una relazione attiva ed orientata. Questa risulta però essere efficace se agita per tempo non quando il paziente è ormai alla crisi pantoclastica.

Sia la contenzione meccanica, sia l'uso della forza sono l'espressione di una situazione che è andata oltre, la differenza tra il contenere il paziente con mezzi meccanici, con la forza delle braccia o con i sedativi è aleatoria e sempre conseguenza di un errato intervento terapeutico. Dietro l'ipocrisia dell'utilizzo di psicofarmaci in dosi tali da "ingessare" il paziente non si pongono i problemi

della contenzione, ma si può dire che il paziente non sia "contenuto"?

Siamo distanti anni-luce da una buona assistenza psichiatrica, d'altra parte s'insegna la semeiotica, la farmacologia, le cose più disparate ma non c'è un vero e proprio insegnamento sull'assistenza psichiatrica. C'è un insieme di nozioni, di esperienze, di capacità formidabile, che non vengono insegnate se non attraverso l'osmosi del lavoro quotidiano.

È in tentativo che aveva fatto Paumelle, del XIII arrondissement di Parigi, fondatore della psichiatria territoriale attorno agli anni sessanta (fu il primo ad avere l'idea dell'ospedalizzazione a domicilio) esso non consisteva soltanto nell'idea di assistenza psichiatrica sul territorio ma anche nell'imparare a vivere col malato in una serie di possibilità. Chiaro che questo approccio non ha successo se la situazione è già stata portata all'exasperazione della crisi pantoclastica. Ecco quindi che nella carenza culturale, di uomini e mezzi, quello della contenzione diventa il minor male.

Comunque la contenzione dovrebbe essere il frutto di una decisione non unilaterale ma con la responsabilità di tutto il gruppo, ben chiara nei modi e nei tempi di attuazione e sulla quale dovrebbe, a mio avviso, essere redatto un rapporto da inviare alla Direzione Sanitaria in quanto è l'espressione della carenza terapeutica del reparto. La paura di un problema si manifesta spesso attraverso la sua dissimulazione, non parlarne è un modo per negarlo. Noi siamo in una società in cui ciò di cui non si scrive non esiste. Della contenzione non se ne parla, non se ne scrive, la si fa, non è regolata ed è come se non avvenisse. Mettere in luce il problema, non nascondere sotto il tavolo ma affrontarlo con le contraddizioni ed i conflitti che esso reca, è un modo onesto di lavorare.

Riteniamo che pazienti volontari non possano essere sottoposti a misure coattive, qual'è la sua opinione?

Sono personalmente poco incline a mettere in risalto le differenze tra trattamento sanitario obbligatorio e

volontario in quanto sono due situazioni in cui c'è una piccola differenza che sta nella volontarietà dell'ingresso e nell'accettazione delle terapie però tutt'e due implicano uno stato di sofferenza psichica, coatti o volontari sono entrambi in un trattamento sanitario determinato dalla sofferenza psichica.

La gravità della questione mi pare stia in un altro fatto cioè che la decisione scenda dall'alto e che una persona che non la condivide la debba comunque attuare, questo è il vero problema, una decisione di quella gravità dev'essere assunta mediante un lavoro di équipe, tenendo conto dei diversi punti di vista, anche se alla fine ci sarà un responsabile che ordinerà la contenzione, questa deve essere il frutto di una riflessione collegiale. Essendo la contenzione l'effetto di un limite terapeutico, tutti debbono esserne coinvolti ed agire verso il suo superamento.

Resta inteso che se la coercizione eccede il tempo strettamente necessario alla risoluzione dell'evento critico il trattamento volontario dovrà essere trasformato in TSO.

Quali possibilità si offrono all'IP di opporsi ad una situazione di illegittimità?

Affrontare il problema col responsabile del reparto, "a freddo", in una riunione d'équipe; se in quella sede il problema viene lasciato cadere si può ricorrere all'esposto alla Direzione Sanitaria, non è una denuncia vera e propria ma l'esposizione circostanziata di un dubbio in merito alla correttezza di determinati fatti in via gerarchica; se anche qui non vi dovesse essere risposta si aprirebbe la possibilità di successivi esposti alle autorità competenti.

Considerando l'evento "contenzione" il segno sicuro di un fallimento, non può essere utile liturgizzare, ritualizzare attraverso l'attuazione di rigide procedure la sua esecuzione, anche al fine di ricordare agli operatori che si sta agendo non bene ma meno male possibile?

Se noi abbiamo il coraggio, la forza d'animo di codificare i nostri fallimenti, possiamo renderci conto che stiamo agendo in maniera fallimentare e questo può essere un punto di partenza e uno strumento di cambiamento.

Quali responsabilità penali sono collegabili all'uso delle contenzioni?

Nella situazione attuale non credo vi siano rischi penali in relazione all'uso della contenzione se non quelli derivanti da una cattiva esecuzione da cui derivi p.es. lo strangolamento del paziente, quella che si determina non è una situazione di illegalità ma quella di una cattiva assistenza.

Resta inteso che un paziente posto in contenzione va considerato bisognoso di assistenza intensiva, continua e visiva per prevenire danni che gli possono derivare da azioni proprie o di altri pazienti.

Le parole del prof. Zanalda ci sono giunte cariche di pacato buon senso e del pragmatismo che vede l'omissione non meno grave dell'eccesso, non abbiamo tuttavia voluto privarci del parere dei professionisti del Diritto che vedono, probabilmente, il problema da una prospettiva forse più disincantata, che però è quella che vale nelle aule dei tribunali. A dire il vero abbiamo dovuto ricrederci a proposito di alcuni luoghi comuni sulla certezza del Diritto, ma su alcune questioni centrali confidiamo sia possibile porre qualche punto fermo.

→ Le seguenti domande sono state poste all'avv.to Antonio Dionisio³ e al Dott. Proc. Giulia Facchin.

Quali sono le condizioni in cui la contenzione meccanica di un paziente è necessaria (utile o indicata)?

Il complesso delle norme in materia di assistenza e cura ai malati di mente non contiene alcun riferimento ad ipotesi specifiche di ricorso alla contenzione.

L'unico parametro, tutt'ora valido, è quello di cui all'art. 60 R.D. 615/1909, in cui si vincola l'uso dei mezzi

di coercizione a "casi assolutamente eccezionali".

Ogni ulteriore considerazione tecnica è stata evidentemente rimessa alla prudente valutazione dei soggetti responsabili.

Quali sono le condizioni a cui una contenzione è lecita? Esiste autonomia decisionale dell'I.P.? Quali sono le procedure da osservare? (modalità di prescrizione, sorveglianza, responsabilità dell'I.P. che ha in corsia un paziente contenuto).

Occorre ancora fare riferimento al R.D. 615 del 16 agosto 1909. Recita infatti l'art. 60: "Nei manicomi devono 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".

La contenzione sarà lecita pertanto solo in presenza di un'autorizzazione scritta del medico, non generica ma estremamente dettagliata quanto al tipo di coercizione ed alla durata della stessa.

L'art. 34 dello stesso R.D., prevedendo che gli infermieri «non possono ricorrere a mezzi coercitivi se non in casi eccezionali col permesso scritto del medico», vale ad escludere qualsiasi autonomia decisionale da parte dell'I.P. Una volta ricevuta l'autorizzazione prescritta, l'I.P. dovrà attenersi rigorosamente alle modalità ivi specificate.

Entro i limiti della prescrizione, i suoi doveri di sorveglianza e le sue responsabilità non sembrano derogare da quelle ordinariamente previste, sempre dall'art. 34 R.D. 615: «Spetta agli infermieri (...) di sorvegliare attentamente affinché questi non nuocciano a sé e agli altri, e sia provveduto ad ogni loro bisogno. (...) rispondono dei malati loro affidati».

In quali luoghi è possibile applicare la contenzione senza pregiudizio per l'I.P.?

In base all'art. 60 R.D. 615 la coercizione «è vietata nella cura in

case private». Ancor più chiara è l'elencazione tassativa di cui all'art. 1, comma 3°, della legge 13 maggio 1978 n. 180, ripreso dall'art. 33 legge 833/78, che limita le strutture in cui può svolgersi il TSO: «gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori sono attuati dai presidi e servizi sanitari pubblici territoriali e, ove necessari la degenza, nelle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate».

Può un paziente volontario essere sottoposto a contenzione? In quali reati incorre l'I.P. che applichi la contenzione ad un paziente volontario?

Già l'art. 4 della legge 18 marzo 1968 n. 431 prevedeva che «l'ammissione in ospedale psichiatrico può avvenire volontariamente, su richiesta del malato».

La legge 180/78 ha successivamente sancito il principio generale per cui «Gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono volontari».

È dunque pacifico che la legge riconosce la capacità, ai malati non legalmente inabilitati od interdetti, di consentire al proprio ricovero.

La regolamentazione dell'uso dei mezzi di coercizione non ha però subito alcuna modifica in seguito al progressivo affermarsi del citato principio. In linea teorica deve pertanto ritenersi che la volontarietà del ricovero non modifichi alcunché in tema di contenzione.

Sul piano giurisprudenziale, pare tuttavia significativa la decisione della Corte d'Appello di Bologna del 28 novembre 1987, che ha sancito:

«Il delitto di sequestro di persona, commesso in danno di tossicodipendenti sottoposti in comunità "chiusa" a programmi terapeutici comprendenti la restrizione della libertà personale, è scriminato dal consenso ai programmi predetti anticipatamente prestato dal ricoverato all'atto di ammissione in comunità».

Ciò significa che, in determinati casi, il consenso della persona sottoposta a cura può valere come "causa di non punibilità" ai sensi dell'art. 50 cod. pen. («Non è punibile chi lede o pone in pericolo un diritto, col consenso della persona che può

validamente disporne»). In caso di paziente volontario, quindi, non si ravvisa alcun limite ulteriore alla possibilità di contenzione, mentre si può configurare una causa di non punibilità in ragione del consenso del paziente.

Tutto ciò va però riferito esclusivamente a chi ha la responsabilità di ordinare la contenzione. Per l'I.P., che non ha discrezionalità né autonomia decisionale, la condizione volontaria o meno del paziente non ha quindi alcuna rilevanza.

Cosa deve fare l'I.P. in presenza di contenzione illecita?

Come sopra esposto, la contenzione è illecita quando:

- non ricorre un caso "assolutamente eccezionale";
- non vi è l'autorizzazione scritta e particolareggiata del medico;
- si svolge fuori dalle strutture pubbliche o convenzionate.

L'I.P. si trova, a norma dell'art. 34 R.D. 615, in rapporto di dipendenza rispetto ai soggetti (i medici) responsabili del ricorso ai mezzi di coercizione.

Pare quindi che, almeno in via immediata, l'I.P. debba attenersi alle disposizioni contenute nell'autorizzazione medica.

L'obbligo di referto spetta unicamente al medico, e l'eventuale disaccordo dell'I.P. non ha modo di emergere, essendo controbilanciato (come vedremo infra) dall'assenza di responsabilità.

La ratio stessa dell'obbligo di referto mal si concilierebbe infatti con l'assenza di responsabilità in capo al referente.

Chiarire il concetto di stato di necessità e gli effetti di questo concetto in tema contenzioni: le responsabilità dell'I.P. se decide autonomamente e se agisce per ordine medico.

Tanto il diritto penale (art. 54 c.p.: «Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volonta-

riamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionale al pericolo»), quanto quello civile (art. 2045 c.c.: «Quando chi ha compiuto il fatto dannoso vi è stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona (...) al danneggiato è dovuta un'indennità, la cui misura è rimessa all'equo apprezzamento del giudice») riconoscono la rilevanza di particolari situazioni di emergenza nel valutare la responsabilità dell'autore di un reato o di un danno.

Naturalmente, la circostanza di pericolo di danno grave alla persona, può avere rilievo anche in merito al ricorso alle misure di coercizione. La responsabilità della valutazione ricade tuttavia, ancora una volta, interamente in capo al medico chiamato a rilasciare l'autorizzazione, e l'I.P. rimane confinato in un ruolo di mero esecutore. La presenza costante di almeno un medico esclude la configurabilità di qualsiasi autonoma iniziativa da parte dell'I.P.

Si possono ipotizzare situazioni di fatto di assenza momentanea ed imprevedibile del medico (allontanatosi ingiustificatamente): in tal caso, ferma restando la piena responsabilità del medico assente, al precipitare della situazione l'I.P. potrà (sempre in presenza di pericolo grave, attuale e non altrimenti evitabile) intervenire a salvaguardia del (o dei) pazienti, beneficiando della scriminante citata, ma tale circostanza si pone al di fuori della regolamentazione normativa e delle ipotesi ordinarie e straordinarie previste dalla legge.

Al di là di questa limitatissima ipotesi, è bene ribadire ancora una volta che non è concessa alcuna autonomia all'I.P.

Qualora egli agisca per la contenzione del paziente senza la prescritta autorizzazione, è passibile ai sensi dell'art. 34 R.D. 615 di una sanzione pecuniaria irrisoria (L. 4.000), ma diviene direttamente responsabile di ogni altro reato configurabile. Ovvero, tra quelli più facilmente ipotizzabili: abuso dei mezzi di correzione o di disciplina (art. 571 cod. pen.); omicidio colposo (art. 589 c.p.); lesioni personali colpose (art. 590 c.p.); sequestro di persona (art. 605 c.p.).

In presenza invece dell'autorizzazione del medico ex art. 60 R.D. 615, la responsabilità ricade interamente sul medico prescrivente.

L'I.P. infatti si trova "sotto la dipendenza dei medici", ai sensi dell'art. 34 dello stesso decreto, e pertanto l'esecuzione dell'ordine di un superiore lo scagiona dalla responsabilità. Recita infatti l'art. 51 del Codice Penale: «L'adempimento di un dovere imposto da una norma giuridica o da un ordine legittimo della pubblica autorità, esclude la punibilità (...) Non è punibile chi esegue l'ordine illegittimo, quando la legge non gli consente alcun sindacato sulla legittimità».

Ampia è la chiarificazione fornita in merito dalla giurisprudenza, che può aiutare, pur in assenza di riferimenti specifici all'ipotesi qui trattata, a meglio comprendere l'applicabilità della norma: "Per l'applicazione delle scriminate dell'art. 51 c.p. è necessario che l'ordine sia legittimo, ossia promanante dall'autorità competente, che sia stato dato nella forma prescritta e che, infine, il suo contenuto rientri nell'esplicazione del servizio del subordinato quanto all'essenza, ai mezzi ed al fine» (Cass. pen. 27 gennaio 1987).

Chiarire la differenza tra pubblico ufficiale ed incaricato di pubblico servizio. In quali casi l'I.P. assume ciascuna delle posizioni? Quali responsabilità, nell'ordine, ne derivano?

La distinzione, operata dagli artt. 357-358 del codice penale, tra pubblico ufficiale e persona incaricata di pubblico servizio, è stata oggetto di varie interpretazioni giurisprudenziali.

Con riguardo all'ambito sanitario, è stato deciso ad esempio: «Al sanitario che esplica la sua attività professionale nell'ambito e alle dipendenze di un ente pubblico quale è, per la sua organizzazione e per i fini che persegue, un ospedale civile, deve essere riconosciuta la qualità di incaricato di un pubblico servizio, atteso che egli fa parte dell'organo dell'ente dal quale è retribuito e svolge prestazioni che sono dirette al soddisfacimento di un bisogno della collettività» (Cass. pen. 1° aprile 1971); e

ancora: «I sanitari ospedalieri devono essere considerati semplicemente incaricati di pubblico servizio, ma a condizione che essi non esercitino, insieme all'attività sanitaria, attività concorrenti in modo immediato o accessorio, alla formazione della volontà della P.A.» (Cass. pen. 11 dicembre 1979); significativo appare infine il principio per cui «la nozione di pubblico servizio abbraccia quelle attività pubbliche che, pur essendo scevre da potestà di imperio e di certificazione documentale, hanno tuttavia connotazioni di sussidiarietà e di complementarietà rispetto a quelle del p.u. nell'ambito di una determinata organizzazione amministrativa» (Cass. pen. 2 maggio 1984).

Pare pertanto che il ruolo dell'I.P. rientri normalmente nell'ambito dell'incarico di pubblico servizio, e ben difficilmente possa rivestire i panni del p.u.

Quale incaricato di pubblico servizio, egli ha il dovere, ai sensi dell'art. 362 c.p., di «denunciare all'Autorità (...) un reato del quale abbia avuto notizia nell'esercizio o a causa del servizio», pena una multa fino a lire duecentomila.

Il medesimo articolo precisa inoltre che «tale disposizione non si applica se si tratta di un reato punibile a querela della persona offesa» (ad esempio, la maggior parte dei casi di lesioni personali colpose ex art. 590 c.p.).

Pur mancando qualsiasi verifica sul punto, dato che i ricorsi all'Autorità Giudiziaria per omessa denuncia o referto (art. 362-365 c.p.) sono estremamente rari, si potrebbe ipotizzare una parziale sovrapposizione tra l'obbligo di referto in capo al medico e l'obbligo di denuncia eventualmente gravante sull'I.P. quale incaricato di pubblico servizio, tale da rimettere interamente la valutazione delle circostanze al referto medico, a meno di gravi divergenze.

Se l'I.P. ha assistito, in tempi precedenti, ad azioni coercitive che oggi scopre essere illegali, corre il rischio di essere "chiamato in correo"?

È bene precisare ancora che una contenzione deve considerarsi mani-

festamente illegale soltanto se eseguita in mancanza di autorizzazione medica o fuori dalle strutture deputate.

Se l'I.P. ha partecipato ad episodi siffatti, deve tenersi presente che

- a) nessuno ha l'obbligo di autodenunciarsi;
- b) in caso di chiamata in correità potrà comunque eccepire la scriminante già citata dell'adempimento di un dovere, ed eventualmente l'aver ritenuto di obbedire a un ordine legittimo, per errore di fatto (art. 51 c.p., comma 3°).

Il passaggio dalla psichiatria dei Manicomi alla psichiatria dei Servizi ha modificato il problema delle contenzioni anche in senso normativo?

L'attenzione del legislatore nei confronti del malato di mente ha subito, nel corso di questo secolo, una autentica "rivoluzione copernicana": dalla difesa della società dall'"anormale" si è infatti passati alla tutela del malato da una convivenza sociale cui risulta difficilmente adattabile.

Tale nuova opzione scuote dalle fondamenta il principio stesso del ricorso a mezzi di coercizione, al punto da ipotizzarne l'incompatibilità con il principio della volontarietà del trattamento sanitario, sancito dall'art. 1, comma 1°, della legge 180/78).

Tuttavia, la previsione nella stessa legge 180 di ipotesi di TSO, unitamente alla citata elaborazione giurisprudenziale volta ad ammettere la compatibilità del trattamento volontario con la coazione (nei momenti di minor capacità di autodeterminazione del malato) hanno permesso la sopravvivenza di norme come gli artt. 34 e 60 R.D. 615/1909, che appaiono invero quali relitti di una concezione superata della malattia mentale.

Ben lungi dal voler fornire giudizi di valore sul problema della contenzione, pare però di poter auspicare in questa sede una rielaborazione delle norme sulla contenzione, onde adeguarle allo spirito ed alla lettera della normativa

più recente, chiarendo una volta per tutte ruoli e responsabilità degli operatori sanitari dei vari livelli.

La chiusura dei manicomi, non dovrebbe aver fatto venir meno le disposizioni degli artt. 34-60 R.D. 615/1909? Non sembrano più attuali e più vicine ai problemi dibattuti le norme, ad esempio, degli artt. 41 legge 354/75 e 77 D.P.R. 413/76, che disciplinano l'uso dei mezzi di coercizione nell'ambito degli istituti di strutture penitenziarie tra cui sono espressamente compresi gli ospedali psichiatrici giudiziari?

Fermi restando i problemi di coesistenza e di applicazione pratica, la vigenza delle citate norme del R.D. 615/1909 è fuori discussione.

Infatti non esiste una norma successiva che le abbia esplicitamente abrogate, o che abbia regolato la medesima materia, sostituendole implicitamente.

Ma vi è di più: il legislatore del 1978, abrogando espressamente solo gli artt. 1-2-3 della legge 14 febbraio 1901 n. 36 (Disposizioni sui manicomi e sugli alienati), ha manifestamente inteso salvare la restante normativa della legge e del Regolamento successivo, ritenendola almeno in parte compatibile con la nuova disciplina.

È inoltre pacifico che gli odierni reparti psichiatrici presentino una continuità con i vecchi "manicomi", costituendo una nuova e diversa risposta al medesimo problema.

Al contrario, non pare ravvisabile una continuità, e neppure una significativa analogia, tra la materia in esame e l'ordinamento penitenziario.

Il termine "internati" usato nella legge 41/75 non deve trarre in inganno, riferendosi ai condannati alle misure di sicurezza detentive (tra cui l'ospedale psichiatrico giudiziario, ma anche colonie agricole, case di lavoro, casa di cure e di custodia).

L'art. 41 non contiene alcun riferimento ad una prospettiva sanitaria, e pertanto non risulta estensibile all'ambito prettamente psichiatrico.

Lo stesso rimando dell'art. 77 D.P.R. 431 agli usi delle "istituzioni ospedaliere psichiatriche pubbliche", relativo ad un ambito limitatissimo, conferma la generale estraneità dei diversi campi.

A conclusione di questo breve e parziale percorso di ricerca, possiamo dare per acquisito che, dalle più diverse prospettive la contenzione non sia mai né utile né indicata; essa non viene mai definita un provvedimento terapeutico, mai giustificata come elemento preordinato della cura, possiamo affermare che questo non è un "punto di vista" ma rappresenta un denominatore comune delle più diverse pratiche psichiatriche. L'evento può essere classificato unicamente nella categoria di "necessità".

Da questa prospettiva sono più comprensibili le affermazioni del prof. Zanalda sulla scarsa rilevanza della differenza tra trattamento sanitario obbligatorio e trattamento sanitario volontario in merito alla questione della contenzione e, pur da tutt'altra prospettiva, quelle del prof. Pirella che dubita che il T.S.O. (provvedimento che, non dimentichiamolo, è di tutela del paziente) «possa implicare misure come la contenzione fisica».

Ad ogni modo il fatto stesso che sia necessario ridurre in vincoli il malato implica la sussistenza di una situazione oggettiva di estrema gravità tale che le responsabilità deontologiche e professionali impongono di considerare il paziente bisognoso di assistenza intensiva continuativa, sorveglianza "a vista" e piena disponibilità a soddisfare ogni richiesta compatibile col suo stato.

Un paziente ridotto all'immobilità, ha, dal nostro punto di vista soltanto diritti, mentre l'équipe curante, cosciente che questa circostanza non è altro, come afferma il prof. Zanalda, che «l'espressione di una carenza di capacità professionali», non ha che doveri.

Può capitare che l'impreparazione, la paura, la mancanza di esperienza, contribuiscano a generare quel clima in cui la contenzione diventa necessaria. In questo caso dobbiamo ammettere di essere in una situazione di grave difficoltà.

Non dobbiamo rimanere vittime di questa situazione; celarla ci porrebbe in una situazione di oggettiva difficoltà. Il nostro è un mestiere difficile, abbiamo il diritto di essere aiutati. Sarà quindi nostro dovere esprimere in équipe, alla presenza del primario, la nostra preoccupazione per l'evidente empassa che la necessità della contenzione evidenzia nella capacità terapeutica del reparto.

Di qui il successivo passo sarà il coinvolgimento della Direzione Sanitaria che deve venire in nostro soccorso attraverso interventi di formazione, di potenziamento d'organico e quant'altro in suo potere per far cessare la situazione avvilente in cui ci troviamo nostro malgrado.

Se però dovessimo trovarci nella circostanza in cui il malato viene legato perché "così la smette di disturbare", se ciò avviene per negligenza o per "punizione", allora, di fronte alla coscienza ed alla legge, non ci sono alternative: esprime il nostro radicale dissenso e, ove questo non ponesse termine al comportamento criminoso, la denuncia alla magistratura.

NOTE

¹ La dott.ssa Adriana Ruschena è primario psichiatra presso la USSL 1 di Torino.

² Il prof. Anselmo Zanalda, Psichiatra, è stato Direttore del Fatebenefratelli di San Maurizio Canavese (To) e docente di psichiatria forense presso l'Università di Torino.

³ La dott.ssa Proc. Giulia Facchini e il dott. Fabio Deorsola sono consulenti dell'Associazione per la Lotta alle Malattie Mentali.