



Hanno ucciso un uomo in letto di contenzione: F. Mastrogiovanni

Editoriale, *Laura Baccaro*

**Problemi urgenti di tecnica
manicomiale**, *Ernesto Belmondo*
(1905)

Storia dei sistemi di contenzione,
Cinzia Spaccatrosi

**Quando la contenzione diventa
tortura: il caso Mastrogiovanni**,
Cinzia Spaccatrosi

La sentenza

**Relazione di consulenza tecnica
d'ufficio: valutazione sullo stato
d'innocenza degli infermieri**,
Cinzia Spaccatrosi

Legge 13 maggio 1978, n. 180

**"Accertamenti e trattamenti
sanitari volontari e obbligatori "**

**Legge 180 come recepita dalla
legge 833 del 1978**



RIVISTA DI PSICODINAMICA CRIMINALE

Periodico di saggi, criminologia e ricerche

Anno VII – n. 3 ottobre 2014

Direttore scientifico

Laura Baccaro

Redazione amministrazione

Associazione psicologo di strada Onlus

Vicolo I° Magenta, 5 – Padova

rivistapsicodinamica.criminale@gmail.com

Registro Stampa del Tribunale di Padova n° 2135 del 30.04.2008

Sommario

Editoriale, *Laura Baccaro*

Problemi urgenti di tecnica manicomiale, *Ernesto Belmondo (1905)*

Storia dei sistemi di contenzione, *Cinzia Spaccatrosi*

Quando la contenzione diventa tortura: il caso Mastrogiovanni, *Cinzia Spaccatrosi*

La sentenza

Relazione di consulenza tecnica d'ufficio: valutazione sullo stato d'innocenza degli infermieri, *Cinzia Spaccatrosi*

Legge 13 maggio 1978, n. 180: Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori

Legge 180 come recepita dalla legge 833 del 1978

Editoriale

Hanno ucciso un uomo in letto di contenzione

“Ciao sono Francesco, Franco per gli amici...per fortuna sta finendo, se ne sta andando il dolore, legato, drogato e ucciso per ottantadue ore!”. Sono alcuni versi della canzone che il cantante Davide Gastaldo ha voluto dedicare a Francesco Mastrogiovanni.

Questa è la storia, o meglio una parte della storia, del maestro più alto del mondo, di Francesco Mastrogiovanni, morto in un letto di contenzione il 4 agosto del 2009 nel reparto psichiatrico dell'ospedale “San Luca” di Vallo della Lucania. O più precisamente “Hanno ucciso un uomo in letto di contenzione”, come dice il pm nel suo atto d'accusa.

Mastrogiovanni è stato ricoverato con trattamento sanitario obbligatorio (TSO) perché manifestava “agitazione psicomotoria, alterazione comportamentale ed eteroaggressività”. Inizia così il suo calvario in SPDC dove viene sedato farmacologicamente e poi sedato anche fisicamente attraverso “fascette dotate di viti di fissaggio applicate ai quattro arti e fissate alle sbarre del letto”. È la Polizia giudiziaria a chiedere la misura di contenzione!!! Perché è richiesto il prelievo delle urine ai fini della sospensione della patente per una sanzione amministrativa. La contenzione non viene annotata in cartella clinica per tutti i 4 giorni di vita di Mastrogiovanni. Ai parenti che chiedono di vederlo è negata la visita poiché dicono che il paziente è fortemente sedato e non si accorgerebbe di voi, quindi è meglio lasciarlo tranquillo.

Resterà per più di 80 ore legato, senza bere e mangiare, cateterizzato, abbandonato in una stanza, sotto l'occhio vigile di una telecamera che impietosamente riprenderà l'agonia di Francesco.

Francesco verrà trovato dal personale circa 6 ore dopo il decesso.

A Francesco dedico la poesia La terra santa di Alda Merini

Laura Baccaro

La Terra Santa

Ho conosciuto Gerico,
ho avuto anch'io la mia Palestina,
le mura del manicomio
erano le mura di Gerico
e una pozza di acqua infettata
ci ha battezzati tutti.
Lì dentro eravamo ebrei
e i Farisei erano in alto
e c'era anche il Messia
confuso dentro la folla:
un pazzo che urlava al Cielo
tutto il suo amore in Dio.

Noi tutti, branco di asceti
eravamo come gli uccelli
e ogni tanto una rete
oscura ci imprigionava
ma andavamo verso le messe,
le messe di nostro Signore
e Cristo il Salvatore.

Fummo lavati e sepolti,
odoravamo di incenso.
E, dopo, quando amavamo,
ci facevano gli elettrochoc
perchè, dicevano, un pazzo
non può amare nessuno.

Ma un giorno da dentro l'avello
anch'io mi sono ridestata
e anch'io come Gesù
ho avuto la mia resurrezione,
ma non sono salita ai cieli
sono discesa all'inferno
da dove riguardo stupita
le mura di Gerico antica.

Problemi urgenti di tecnica manicomiale¹

E. Belmondo

Testo integrale della Relazione tenuta al XII Congresso della Società Freniatria Italiana, Genova 19-22 ottobre 1904 sul V tema generale alla Seduta pomeridiana del 20 ottobre 1904 (Presidente: Prof. Gaspare Virgilio).

Belmondo E., Relazione sul V° Tema generale: “*Problemi urgenti di tecnica manicomiale*”, pagg. 254-285, vol. XXXI, Rivista sperimentale di Freniatria e medicina legale delle alienazioni mentali, Reggio Emilia, 1905.

Invitato cortesemente dalla Presidenza della nostra Società a partecipare ai lavori di questo Congresso colla trattazione del Tema generale di Tecnica manicomiale, ben volentieri ho aderito all'invito; sia per l'importanza grandissima che io attribuisco a questi argomenti pratici - e che forse a torto è stata qualche tempo sconosciuta fra noi; sia perché mi si presentava l'occasione di propugnare dinnanzi a tanti competentissimi Colleghi alcune idee, alle quali, credo io, non può più essere sbarrata la via da semplici considerazioni di opportunità, quando ragioni di ordine più elevato siano dimostrate insussistenti.

In tal caso si potrà ancora qualche poco discuterne tra noi; ma è evidente che quelle idee non dovranno più attendere lungamente anche nel paese nostro l'incontrastato trionfo che già hanno ottenuto in paesi, i quali è innegabile che ci precedono nel cammino della evoluzione sociale, economica e morale, nell'ascesa verso un più nobile ideale di civiltà.

D'altra parte l'approvazione della Legge 14 Febbraio di questo anno sui Manicomi e sugli alienati, se ci ha dato finalmente quella base giuridica che gli Psichiatri italiani da tanto invano chiedevano al Governo ed al Parlamento, ha però sollevato una quantità di legittime recriminazioni, tra le quali mi sembra abbiano la massima importanza quelle dirette a provare che non sempre la Legge tiene conto delle esigenze scientifiche e pratiche dei Manicomi e dei loro rappresentanti, piuttosto talvolta indulge a preoccupazioni formalistiche, a concetti arretrati nella scienza e che a noi spetta combattere, nella speranza che l'atteso Regolamento possa almeno in parte integrare la Legge, con l'accogliere qualcuno dei nostri voti.

Io del resto ho voluto sollevare un lembo solo della grossa questione legale, persuaso come sono che la Legge recentemente promulgata non debba da noi tutti riguardarsi che come un primo tentativo di assetto del diritto manicomiale, e che ben altre critiche essa debba subire da più autorevoli oratori, forse già in questo nostro Congresso.

1) La fiducia, che ho manifestata fermissima colle precedenti affermazioni, in un prossimo trasformarsi di taluni concetti di Tecnica manicomiale ancora abbastanza diffusi in Italia, tale fiducia io la nutro in particolar modo per ciò che riguarda il primo soggetto che mi propongo di svolgere, quello della contenzione meccanica nella terapia e nella custodia degli alienati.

Non so se la mia fede m'inganni, o male io abbia interpretato, o troppo io tenda a generalizzare il significato di conversazioni private che ho avuto la fortuna di scambiare con parecchi di Voi.

¹ Tratto da: L. Baccaro, V. Santi, *Dai non luoghi all'esserci-con: storia e testimonianze del Manicomio di Padova a cento anni dalla costruzione 1907-2007*, La Galiverna, Padova 2007

Ma io spero insomma che troverò non pochi dei miei benevoli uditori assenzienti alle conclusioni che avete dinnanzi stampate; e dirò di più, tanto farmi sentire che la questione sia matura oramai nella mente dei Maestri e dei più giovani Colleghi, che in verità avrei ritenuto superfluo oggi intrattenermene, se proprio nel precedente Congresso (al quale io non potei assistere) non fosse stata presentata una Relazione, quella del nostro dotto Collega e mio caro amico Tambroni, allo spirito della quale davvero non saprei associarmi; e se anche in pubblicazioni recenti italiane, degne del resto dei più ampi elogi, non si continuasse a mantenere, per ciò che riguarda il «restraint» meccanico dei malati di mente, la sua perfetta ammissibilità in un numero più o meno limitato di casi; o, quando pure l'Autore si dichiara in massima abolizionista, non circondasse l'opinione timidamente espressa di tante riserve e non la diminuisse con tante eccezioni, da lasciare il campo in pratica a tutte le interpretazioni che il lettore voglia trarre a seconda delle proprie tendenze.

Anche la nuova Legge sugli alienati - o, per essa, il Regolamento in fieri, da quanto mi è dato conoscere per qualche discreta informazione che ne ho avuto - fra l'approvazione aperta dei mezzi contentivi meccanici e la loro proibizione, non si sente di adottare una sanzione che non possa dar luogo a numerosi equivoci: minaccia gravi pene (fin troppo gravi, data l'incertezza nella quale mostra di oscillare il legislatore) a chi faccia una applicazione indebita od eccessiva dei mezzi coercitivi, a chi ne abusi; quanto però al definire con qualche nettezza i casi nei quali la coercizione sia permessa e di che natura, dove o quando incominci l'abuso, eccoci nel buio perfetto: e chi, all'atto pratico, sarà giudice dell'infrazione di una disposizione legale così poco determinata? Non si potrà certo infliggere effettivamente una pena, che vorrebbe significare senz'altro una squalifica professionale e sociale, a quel medico che in fin dei conti la Legge lascia libero di tracciare secondo i propri criteri individuali i confini del lecito e dell'illecito in una materia così alta e delicata.

Meglio, dunque, lasciar da parte per ora gli articoli di un codice, di fronte al quale forse non è feroce «legatore» che non riuscirebbe a giustificarsi; vediamo piuttosto se non è giunto il momento anche per gli alienisti italiani di trovarsi unanimi nel proclamare tramontato per sempre il regno delle camicia di forza, superflue le fasce, le ghette ed i polsini; per tacere di altri arnesi già pubblicamente sconfessati dai più, che pure (e doloroso il dirlo) trovano ancora in qualcuno dei nostri Manicomi o nei Ricoveri per alienati cronici chi li difenda, quel che è peggio, a quando a quando li impieghi.

In un Congresso di Psichiatri tedeschi le considerazioni che sto per svolgere desterebbero la meraviglia universale: sarebbero la reviviscenza anacronistica di uno stadio, che la Psichiatria ha in Germania felicemente attraversato; ed anche in Francia, dove l'insegnamento in azione del Magnan ha dovuto più a lungo lottare per vincere vecchi pregiudizi e... comode abitudini, farmi alle franche dichiarazioni contenute nel recente Trattato pubblicato sotto la direzione del Ballet, e la bella Relazione presentata l'anno scorso al Congresso degli Alienisti e Neurologi francesi dal Dott. Trénel e la discussione seguitane, rivelatrici di uno «stato d'animo» simile al nostro, vadano preparando per vie diverse il colpo di grazia agli antichi sistemi; sì che anche negli Asili della maggiore nazione latina presto ci attendiamo di trovare universalmente accettata la pratica del «no restraint».

Per queste ragioni ho dovuto meravigliarmi di vedere, nella nominata Relazione del Dott. Tambroni, addotta l'opinione di alcuni - anzi precisamente di tre - noti alienisti tedeschi, proprio a conforto della tesi che in qualche caso (all'infuori delle necessità chirurgiche) sia permesso nei manicomi l'uso di mezzi di contenzione; ma la meraviglia cessa, o piuttosto aumenta, allorché noi vediamo che il Tambroni ha citato un lavoro del Laehr (il benemerito decano della Psichiatria tedesca) del 1880; una affermazione dello Schule tolta se bene m'appoggio dal suo trattato pubblicato, come ognuno può verificare, nel 1878; e finalmente una nota dello Stark, la quale data nientemeno che dal 1869.

Mi contento di accennare qui di volo, a proposito delle opinioni dello Schule, che i miei ricordi di una visita praticata molti anni or sono, nel 1891, al Manicomio di Illenau corrispondono è vero in parte alle dottrine manifestate allora dal suo illustre Direttore; ma non così al concetto di un Manicomio costruito e funzionante secondo le regole della tecnica moderna. Basti dire delle orribili celle d'isolamento, angustissime e prive di finestra, riceventi luce ed aria da un semplice foro nel soffitto; celle che è sperabile siano state ora demolite, ma che esistevano e servivano 13 anni fa in quello Stabilimento già celebre, ma costruito, è bene notarlo, nel 1842.

Nessuna però delle citazioni, tedesche dell'egregio Relatore risale insomma a meno che un quarto di secolo dall'anno in cui viviamo; ed io voglio precisamente far notare che egli si sarebbe trovato in un curioso imbarazzo, se avesse preteso di spigolare o nei resoconti di recenti Congressi, od in lavori speciali, o nei Trattati di Psichiatria pubblicati in Germania almeno negli ultimi dieci anni una sola frase che, riferendosi al «restraint» meccanico, non suonasse aperta condanna di tutti i sistemi anche più blandi di contenzione dell'alienato.

[...] Che è quanto dire «la camicia di forza va buttata alle ortiche» - così si esprime nel suo Trattato lo Ziehen (1902), il giovane psichiatra e neurologo e psicologo, al quale la meravigliosa coltura e versatilità e l'attività veramente magnifica hanno valso pochi mesi or sono, colla cattedra della «Charité», la posizione psichiatrico-neurologica forse più elevata ed influente in Europa ed al quale mi è caro inviare di qui un cordiale saluto.

«Se la camicia di forza non fosse già stata conosciuta, agli alienisti del giorno d'oggi non sarebbe venuta mai l'idea d'inventarla»: così lo Snell nei suoi Grundzuge der Irrenspflege (1897, p. 70); e queste due frasi così caratteristiche danno misura di quello che in Germania si pensa al giorno d'oggi i materia di «restraint»; ed userei un torto al mio uditorio se volessi ricordare l'opinione da Loro ben conosciuta di tutti senza eccezione i contemporanei trattatisti tedeschi, dal massimo Kraepelin nelle edizioni rapidamente succedutesi, fino ai sei collaboratori dell'ultimo Manuale edito dal Binswanger e Siemerling (1904), — nel quale (nota anche questa oltremodo significativa) non si accenna neanche più con una parola ai mezzi di contenzione meccanica, come a cosa di cui non si ammette oramai più neanche la teorica possibilità.

Né io intendo con ciò garantire che in qualche singolo Manicomio di Germania, o, più facilmente, in qualche Sezione per alienati di un Ospedale comune, talvolta anche là affidate a medici non specialisti, non siano ancora in uso mezzi i contentivi; a me importa però moltissimo di sapere che la Scienza al di là delle Alpi ufficialmente li condanna, per cui la loro applicazione anche parziale é considerata un vero abuso, una prova, come dice il Kraepelin, che lo stabilimento pecca nei suoi ordinamenti, o in qualcuno dei suoi organi essenziali.

Diversamente procedono, come ho detto, le cose da noi; ed i vari argomenti che si vanno qua e là ripetendo, si riproducono purtroppo con desolante uniformità e mi sembra anche, il che è forse una fortuna, con non troppa convinzione; sì da far credere che in buona parte essi vengano ancora accolti per quella certa «legge del minimo sforzo», alla quale, come a quella che ci risparmia molte volte la fatica di pensare soluzioni originali a problemi già lautamente tormentati, dobbiamo la persistenza di tante «frasi fatte», di tanti pregiudizi, di tante traballanti, ma pur sempre resistenti istituzioni.

Di qualcuno fra tali argomenti non posso astenermi dal fare menzione.

Dicono ad esempio gli avversari del «no-restraint» assoluto: «Suvvia, un certo «restraint» di qualche natura sarà pur sempre necessario nella cura e custodia degli alienati di mente. Voi pure ammettete che questi possano essere distolti contro loro voglia dalle case proprie e rinchiusi in un Asilo; consentite che siano ivi sottoposti ad una cura, ad un regime di vita prestabiliti; impediti colla sorveglianza di far male a se e agli altri; nutriti se sitofobi; calmati coi bagni caldi e con sedativi chimici. O perché, da perfetti abitudinari, non ischiudete loro le porte degli Stabilimenti e non li lasciate liberissimi delle azioni loro? Ed una volta che concedete alcuni provvedimenti, i

quali sono infine coercizioni perfette della volontà altrui, perché non volete poi permettere l'uso eventuale della camicia di forza? L'argomentazione, non ho bisogno di dirlo, è priva di ogni valore logico.

Lasciamo pure che, anche in fatto di «open-doors» e provvedimenti analoghi, non è certo detta l'ultima parola; ed io credo che si procederà col tempo in senso ognora più liberale anche per ciò che riguarda varie altre larghezze e la facoltà di circospezione da concedersi ai malati di psicopatie. Ma piuttosto io domando a mia volta: che direste di me se, visto che ancora non mi è concesso di librarmi a volo, io preferissi viaggiare, anziché coi veloci treni diretti, con una tarda e sgangherata diligenza?

Il pazzo è quasi sempre un minorenne, al quale noi neghiamo, oppure affidiamo solo a dati patti la chiave di casa; ma non è chi non veda quanta distanza corra tra l'obbligo di una vita metodica in uno stabilimento - immagine ingrandita di quelle limitazioni di abitudini e di dimora, fra le quali del resto ognuno di noi è più o meno costretto dalle necessità della vita sociale, e gli obbrobriosi, irritanti, dolorosi legami, ostacolanti ogni moto riflesso o volontario anche il più innocente, o necessario alla soddisfazione di bisogni elementari.

Io ricorderò sempre l'impressione da me ricevuta alcuni anni sono, all'entrare per la prima volta in un pomeriggio d'estate nella sezione agitati di un Manicomio dove la camicia di forza era abitualmente usata, e dove parecchi ammalati erano con essa e le relative fasce e ghette assicurati alla lettiera. Il volto ed il collo di quei disgraziati, coperti da centinaia di papule di un rosso vivace, accusavano il martirio al quale, per tutta la notte e per tutta la lunga, afosa giornata essi rimanevano esposti, assaliti da nugoli di zanzare e di mosche senza poter reagire, né cacciarne una sola. In realtà, essi destavano compassione, ed a quella vista pensai per la prima volta quanto crudelmente accorti siano i Cinesi, i quali, come parmi aver letto, adoperano un tormento analogo come una pena delle più raffinate.

Certo non si può dire che un malato così fissato non debba risentire da ogni stimolo esterno una molto maggiore irritazione che non disciolto e libero di dar corso alla sua iperattività motoria, e lo dimostra infatti l'aumento per intensità e durata dell'agitazione e degli impulsi negativisti o violenti.

Ho accennato or ora al largo sviluppo che il «no restraint» ha ricevuto nei paesi germanici, e ne viene naturale la domanda perché dunque altrettanto non possa ottenersi nella nostra pratica manicomiale.

Ora, un argomento volentieri usato anche recentemente dagli avversari del «no restraint» assoluto, è tratto dalle differenze antropologiche e psichiche fra i popoli nordici e latini, e consiste nell'affermare che per ciò che riguarda le tendenze impulsive violente, la indisciplinata agitazione maniaca, la temibilità infine dell'alienato, non può farsi un paragone fra i Tedeschi e gli Italiani, ai quali ultimi spetterebbe la palma del furore incoercibile capace solo di essere domato coi lacci e col corpetto.

Un distinto Collega, ad esempio, lo Scabia, nel suo bellissimo «Trattato di Terapia della Malattie mentali», che ognuno di noi ha messo volentieri nelle mani dei propri allievi, ama di colorire la differenza evidente «fra il freddo, compassato abitante del Nord, ed il vivace, sulfureo (sic) Meridionale», e tale contrasto si fa valere più o meno ogni volta che, dinnanzi alle prove innegabilmente splendide, che dà il sistema del «no restraint» negli Stabilimenti tedeschi, si vuole ancora scusare la riluttanza ad introdurlo francamente nei nostri Manicomi.

Eppure è anche questo un argomento, che pecca di manierismo e di inesattezza.

Già non è ammissibile, che, neanche per i soli caratteri etnici, si buttino in un sacco unico le varie popolazioni dell'impero tedesco, così differenti nelle loro caratteristiche somatiche, come lo sono nelle manifestazioni mentali, né è giusto parimenti confondere alla stessa stregua gli abitanti delle diverse regioni italiane. Fra un Bavarese ed un nativo delle Province baltiche non vi è maggiore somiglianza che tra un Piemontese ed un Napoletano; come non si possono attribuire ad un contadino della Turingia le note psichiche di un indigeno del basso Reno, né a un Veneto quelle di un Toscano, di un Umbro, di un Siciliano.

Ma se pure, trascurando una miriade di peculiarità delle più interessanti e contrastanti ad una fusione impossibile, si vogliono trarre fra le tante linee divergenti quelle poche, le quali si appongono a formare i tratti di una fisionomia nazionale, sempre, ricordiamolo, convenzionale quanto mai, non ne risultano punto le conseguenze che suppongono quelli che mi permetto di chiamare i miei avversari. Basta aver vissuto qualche tempo specialmente nella Germania del Nord, per essere persuasi che la rozzezza, la brutalità, la tendenza alle offensive manifestazioni della forza fisica sono (non solo nelle classi più incolte della popolazione) ben pari che nella media degli Italiani. E' del resto una constatazione che sorprende piacevolmente i forestieri che scendono la prima volta fra noi quella di trovare la folla in qualunque delle comuni occasioni così calma, ordinata, civile; «non ci si sente così a proprio agio, essi dicono, ed è vero, in mezzo a folla radunata per le vie e nelle piazze di Amburgo o di Berlino».

I crimini, specialmente collettivi, per malvagità e brutalità sono in Germania (ed anche in Francia ed in Inghilterra) più frequenti ed efferati che tra noi; o, se no, dove andrebbe la bella «frase» del «gentil sangue latino»? Se l'Italia è continuamente citata in contrapposto di quelle nazioni per il maggior numero dei ferimenti e dei delitti passionali, parecchie altre cause sono da trarre in campo senza andar a cercare il temperamento «sulfureo»: l'antica persuasione che l'uomo d'onore debba farsi giustizia da sé, l'abitudine di portar sempre addosso il coltello, ed anche, perché no?, certe deficienze della nostra legislazione: la mancanza, ad esempio, di una legge che permetta di sciogliere col divorzio una convivenza divenuta impossibile ed incentivo continuato al delitto.

Armato il rozzo contadino della Slesia, che di solito scioglie a pugni le sue controversie col vicino od i litigi insorti fra i fumi della ubriachezza all'osteria, imbevvelo di pregiudizi sull'onore militare paragonabili in un certo senso a quelli cui prima accennavo, e l'istinto brutale o sanguinario si manifesterà con conseguenze ben più truci che fra noi. E' noto che i delitti da abuso delle armi e i maltrattamenti delle reclute o dei pacifici cittadini sono all'ordine del giorno nelle guarnigioni di Germania e delle sue colonie anche da parte di graduati e di ufficiali; nell'esercito nostro i fatti di tal genere costituiscono rarissime eccezioni.

Ora se, come dice e non a torto lo Scabia, la pazzia può rappresentarsi fino ad un certo segno come una esagerazione morbosa del carattere abituale, non dovrebbero nei Manicomi italiani aversi conseguenze di violenza e brutalità più temibili che fra gli alienati tedeschi; senza dire di un'altra circostanza, che però merita pure assai di essere considerata: alludo alla frequenza, molto superiore, dell'alcoolismo nei paesi nordici in confronto all'Italia, dove del resto camminiamo coscienziosamente a gran passi, per raggiungere anche su questa via i nostri fratelli maggiori.

I deliranti alcoolici sono, come sapete, insieme agli epilettici (e molte volte le due forme si associano) i pazzi più violenti, impulsivi, proclivi, per le idee deliranti di persecuzione e per lo spezzarsi di ogni freno inibitorio, agli impeti di cieca brutalità; eppure, negli Asili tedeschi, di questi alienati pericolosi ivi numerosissimi (in alcuni Manicomi di città rappresentano le forme alcoliche dal 30 al 50% del totale delle ammissioni) si viene a capo senza infrangere i canoni severi del «no restraint».

Gli alienati tedeschi sono del resto i primi a far notare la differenza nel contegno dei malati, che si è rivelata anche nei loro Manicomi, tra l'epoca già antica in cui si usavano i mezzi coercitivi e l'attuale; ed io ricordo di aver udito il Prof. Hitzig, il quale nei suoi frequenti viaggi in Italia aveva bene studiato le condizioni della tecnica manicomiale nei due paesi, affermare che allora l'agitazione, il clamore, le invettive contro il personale, la rovina degli oggetti non erano meno frequenti che nei Manicomi italiani: col regime moderno erano rientrati ovunque l'ordine e la calma.

Si vuole, tuttavia, una prova decisiva fra tutte, quella che si può paragonare alla risposta data, col camminare, dal filosofo greco a chi gli negava la possibilità del moto? Essa ci è stata offerta con poche parole piene di significato e... di sottintesi dall'ottimo nostro Collega Dott. Amaldi, il quale nel Congresso di Ancona, rispondendo al Relatore sul tema del «no restraint», fece semplicemente osservare che quei medesimi ammalati Ticinesi i quali, curati prima in un Manicomio italiano avevano lasciato nomea di incoercibili, si rivelarono a Mendrisio perfettamente suscettibili di essere trattati senza inconvenienti col regime del «no restraint» (Atti, p. 178).

E se pur vogliamo rimanere sul terreno degli apriorismi basati sulle differenze etniche, ci sarebbe da scommettere che ognuno dei miei ascoltatori vorrà ritenere sempre più impulsivi e meno governabili i pazzi di un Manicomio calabrese, che quelli di più nordiche regioni italiane; ebbene, chiedetene ai nostri Dottori Pellegrini e Levi-Bianchini, ed essi vi diranno quanto già ho da loro imparato colla più lieta meraviglia, cioè che a Girifalco, fino dai tempi del compianto Prof. Venturi e più ancora negli ultimi anni, è, si può dire, abolito ogni mezzo di contenzione, e ad ogni modo, benché abbondino ivi gli epilettici, i pazzi morali ed i criminali, si fa della camicia di forza un uso senza paragone più limitato che in un Manicomio dell'Italia superiore.

Qualche maggior valore può essere concesso, a parer mio, all'osservazione mossa da taluno, che la scelta del personale di custodia sia in Germania più rigorosa che fra noi e siano ivi gli infermieri dotati poi per natura (dice il Tambroni) «di carattere più rigido e riflessivo». Sono però anche questi paragoni difficili a stabilire; tanto più che anche in non pochi dei nostri manicomi possiamo disporre di un personale d'infermieri che non lascia molto a desiderare. E se è vero che in Germania è più diffusa l'abitudine ad una cieca disciplina, questa è vantaggiosamente supplita nei nostri infermieri dal vivace ingegno naturale, dallo spirito d'iniziativa, dalla capacità di giungere, colle loro poche nozioni, a risoluzioni logiche o varie secondo le circostanze: doti che in parecchi di essi ho notato talvolta mirabilmente spiegate, ad onta della scarsa coltura.

Nè del resto io credo che l'introduzione di una passività assolutamente militaresca sia di grande utilità in un Manicomio. Le regole militari insegnano ad obbedire senza ragionare, ed a noi occorre nei Manicomi un personale che pensi anche un po' colla propria testa, sempre, s'intende, entro i limiti di norme, che esso può apprendere con una adeguata educazione professionale. Ciò che lo Schule afferma dei sottufficiali dell'esercito tedesco, che egli proclama una volta per sempre inservibili come sorveglianti nei Manicomi, io posso dirlo per mia esperienza di parecchi ex-carabinieri, i quali, divenuti infermieri di Manicomio, hanno fatta una pessima riuscita.

La scelta di un buon personale di custodia e di vigilanza è ad ogni modo, in Germania come in Italia e dovunque altrove, questione non di razza, ma di possibilità economiche; e da questa considerazione finale sono condotto direttamente all'argomento principe, che si porta contro l'adozione del «no restraint». Il quale da molti oramai si riconosce come il metodo « ideale » di trattamento degli alienati, e questa persuasione dovrebbe incoraggiare i Colleghi che la dividono ad assumere una posizione fermamente contraria ai pregiudizi che ho tentato finora di combattere, come un metodo, cioè, che si dovrebbe senz' altro dovunque introdurre, ove... non vi facesse ostacolo insormontabile la grave spesa.

Ora, osserviamo un po': non è forse anche questa una delle solite affermazioni che si ripetono ad orecchio, senza che si sia prima ben cercato di vagliarne le origini e la solidità? Ben inteso non mi soffermerò qui, a discutere l'obiezione, alla quale pure taluno sembra dare qualche peso, che il tenere sciolti tutti gli ammalati porti un aumento della retta media, per un maggiore consumo di biancheria e di suppellettili nella sezione dei malati agitati. Mi parrebbe, lo confesso, una umiliazione incompatibile col rispetto della dignità umana, la quale pur compete anche ai pazzi, il dover perdersi a dimostrare che il raggiungi mento di un «ideale» così nubile ed alto, quale voi medesimi proclamate essere l'abolizione d'ogni genere di legami nella pratica delle malattie mentali,

possa ben valere il sacrificio, che del resto non è punto provato necessario, di qualche lenzuolo in più, o la rottura di qualche cristallo.

Quella invece che si afferma, insostenibile oggi dalle nostre Amministrazioni manicomiali, è la spesa per il personale di custodia e di vigilanza, che si renderebbe necessario in misura senza paragone superiore all'attuale, qualora il regime del «no restraint» dovesse venire radicalmente adottato. Ed in verità, se esatti fossero i preventivi di spese enormi, che alcuni Colleghi rappresentano come inerenti alla abolizione completa dei mezzi meccanici di contenzione, ci sarebbe da farsi pensosi, combattuti tra la convinzione di un dovere imprescrittibile e l'impotenza di adempirlo.

«È questo, — scrive infatti il Pieraccini parlando del «no restraint» un metodo straordinariamente costoso, esigendo, per essere effettuato, un personale di assistenza quasi triplo di quello che trovasi attualmente in servizio presso i Manicomi» .

Io sto ancora fregandomi gli occhi, incerto se ho ben letto queste parole nell'aureo trattatello su L'assistenza dei Pazzi che dobbiamo alla penna agile e sperimentata di quel distintissimo nostro Collega.

Che il Direttore di un certo Manicomio di mia conoscenza, dove ai suoi tempi un'ottantina di pazzi erano tenuti ammanettati ed inceppati con cinturoni e polsini di ferro e balze e catene, che quel Direttore, dico, protestasse impossibile la liberazione di quei poveretti senza un aumento enorme del corpo degli infermieri, lo si comprende fino ad un certo segno dal suo punto di vista; ma a quanti, in nome del ciclo, possono ammontare in media i malati di mente immobilizzati in un Manicomio che si rispetti; dove, per usare le parole stesse del Dott. Pieraccini, si faccia «un limitato uso di mezzi lesivi della libertà personale»?

Tanto per ragionare su qualche dato di fatto abbastanza approssimativo, terrò conto della notizia che il Pieraccini stesso che ha data in una sua lettera a stampa - lettera che davvero se egli fosse qui presente troppo mi dispiacerebbe ricordargli perché... deve essergli costata un po' cara.

Secondo questa notizia, dunque, nel Manicomio Provinciale di Macerata, ove fino a poco fa il Dott. Pieraccini occupava la carica di Vice-Direttore, «solo l'uno, il due per cento (dei ricoverati) sono assicurati con blando mezzo coercitivo, questo sempre soltanto temporaneamente...» ecc., ecc. Io non ho alcuna ragione per non accettare ad occhi chiusi questo dato numerico, prima di tutto perché è il Dott. Pieraccini che me ne garantisce l'esattezza; poi perché mi sembra esso corrisponda in realtà alla media di immobilizzati da me veduta in qualche altro fra i nostri buoni Manicomi.

Ora, dalla Statistica ufficiale pubblicata nel 1899 dal Ministero dell'Interno, — unica fonte dalla quale io sia in grado di assumere i dati che mi occorrono — apprendo che il 1 Luglio 1898 erano degenti nel Manicomio di Macerata 386 mentecatti, alla cui sorveglianza erano addetti 48 infermieri, nella proporzione media (certo non fra le più sfavorevoli) di un infermiere su 8 alienati. Immagino che da quella epoca, le condizioni della sorveglianza non saranno certo peggiorate, ma piuttosto migliorate.

Applicando nella maniera più larga la proporzione addotta dall'egregio Collega, assumendo cioè come cifra dei malati assicurati quella del 2% ed arrotondando anche a 400 la cifra totale dei ricoverati, si avrebbero dunque al massimo in quel Manicomio 8 individui soggetti a quando a quando a «blandi mezzi coercitivi».

Ebbene, il Dott. Pieraccini viene a dirci che, per potere sciogliere e guardare invece meglio con infermieri quegli 8 ammalati agitati, gli occorrerebbe triplicare l'effettivo del suo personale; di maniera che, lasciando pure i primitivi 48 infermieri al consueto ufficio presso i malati più tranquilli, ben 90 nuove reclute avrebbero a sorvegliare, sia pure dividendosi in più turni, quegli 8 energumani, sfuggiti alle strette del corpetto di forza al solo

patto di avere un custode per ogni pelo della loro barba. Ecco a quali assurde esagerazioni ci condurrebbe l'accettare senza beneficio d'inventario i calcoli pessimisti dei troppo tiepidi amici del «no restraint».

La verità è invece che in un Manicomio già prima bene ordinato non sarà mestieri triplicare, né raddoppiare il numero degli infermieri, per raggiungere tale ideale, cui siamo allora assai più vicini che non mostriamo di credere; se invece davvero fosse necessario in un Istituto procedere ad una così colossale trasformazione dei servizi per arrivare al «no restraint», quale quella richiesta dal Dott. Pieraccini, allora possiamo esser certi che né all'uno, né il due per cento si arresta la proporzione dei malati impastoiati, e che tutto l'ordinamento dell'Istituto lascia molto a desiderare, anche considerato il livello medio delle esigenze italiane in fatto di tecnica manicomiale.

La proporzione di un infermiere su 7-8 ammalati viene considerata come soddisfacente anche in Germania, in specie nei grandi Manicomi; ed in Italia non mancano Stabilimenti ove la porzione degli infermieri è anche più favorevole. Ora io sono persuaso che l'adottare il «no restraint» assoluto, almeno in questi ultimi Manicomi già così preparati per decidersi al gran passo, non ingrosserà se mai che di qualche centesimo la retta giornaliera; vale a dire che questa rimarrà entro i limiti, in cui lasciatemi dire che finalmente le esigenze umanitarie e scientifiche debbono avere il sopravvento sulle pure considerazioni economiche.

È probabile che lo spauracchio della grande spesa, che ogni poco si trae dal fodero insieme ad un'altra serqua di argomenti a favore di un «limitato restraint», sia stato immaginato altro che per la poca fiducia, che anima una parte dei nostri nell'efficacia terapeutica ed educativa e nella necessità morale della soppressione di ogni contenzione meccanica: in tal caso la facilità a transigere di fronte alla più piccola complicazione tecnica od amministrativa si spiega benissimo.

Ma se ci guidi invece una fede viva nei metodi nuovi, diciamo debba porsi come principio assoluto e non controvertibile il dovere di curare i pazzi senza che vengano ostacolati coi legami i movimenti delle loro membra; gridiamo alto essere questa una riconosciuta conquista scientifica e civile, alla quale debbono subordinarsi finalmente ed adattarsi i provvedimenti economici, e avremo con noi anche le Amministrazioni e la legislazione.

Non altrimenti è proceduta la conquista dell'opinione pubblica in altro campo delle Scienze mediche. Ognuno di noi e specialmente i meno giovani ricorderà le alte querele delle Amministrazioni ospitaliere, allorché per i nuovi metodi dell'antisepsi, poi della asepsi nel trattamento delle ferite e nelle operazioni chirurgiche s'incominciarono a chiedere loro mezzi e sacrifici finanziari prima reputati inutili: eppure chi ammetterebbe oggi che al chirurgo si negassero i materiali di medicatura e gli apparecchi di sterilizzazione, incomparabilmente più costosi delle sporche filacce e delle bende mal lavate, che costituivano una volta tutto l'arsenale di medicazione anche nei più ricchi Ospedali?

E tanto più benefica, finalmente, sarà, tale rigidità di principi, in quanto essa sola io ritengo sia propria a fare scomparire una buona volta gli abusi dei mezzi di coercizione, che ancora, e ciò posso affermarvi per mia esperienza personale che non mette il più piccolo dubbio, si commettono qua e là nei Manicomi ed in Ricoveri per pazzi cronici; abusi che la reazione dell'opinione pubblica manifestatasi in questi ultimi due anni particolarmente in alcune regioni, non è valsa a sradicare.

Poche parole ancora di un appunto che si rivolge agli amici del «no restraint», accusati di fare un uso eccessivo nei loro malati dei medicinali sedativi, della famosa «camicia di forza chimica»: un motto anche questo che non si sa a che debba la sua fortuna, mentre è una vera eresia farmacologica e clinica.

All'accusa rispondono gli abolizionisti anzitutto con una pregiudiziale, assicurandoci che essi non sono affatto entusiasti di un abuso, od anche solo di quel largo uso di medicinali sedativi ed ipnotici, che si pratica invece in molti manicomi dove regna più o meno il sistema della coercizione meccanica, ché se questa vale a paralizzare i movimenti, non abolisce i clamori, anzi li eccita, non concilia il sonno, ma spesso lo impedisce non fosse altro per

la posizione incomoda cui obbliga il malato. Parecchi clinici tedeschi sono notoriamente contrari all'impiego sistematico e continuato dei sedativi chimici; ed un noto pratico, il Dott. Paetz, Direttore del grande Manicomio-Colonia di Alt-Scherbitz, mi dichiarava di essere egli oltremodo parco nella somministrazione della ioscina e dei preparati affini, sebbene nel suo Stabilimento non si sia naturalmente parlato mai di un «restraint» meccanico ed anzi vi regni in gran parte il regime delle porte aperte.

Tutto ciò, però, non vuol dire che, ove occorra specialmente calmare una condizione di violentissimo eccitamento motorio, che può riuscire di molto pericolo per il malato medesimo, non sia lecito ricorrere ai farmaci sedativi, almeno nel periodo acuto della malattia, di preferenza che alla camicia di forza.

Quale azione ha questa, infatti, se non quella di sopprimere la fase ultima, la manifestazione più esterna del complicato meccanismo sensitivo-motorio, cui dobbiamo, sia nei casi normali che nei patologici, la serie coordinata o atassica dei nostri atti muscolari? E' un istinto assolutamente puerile quello che si appaga dell'effetto così ottenuto di quiete apparente; mentre, se le membra sono trattenute dalla iatazione, rimangono attivi tutti i momenti anteriori del processo neuro-muscolare, e non solo non è nulla fatto contro la malattia in sé, ma nemmeno è scientificamente trattata la sintomatologia.

Nella catena di manifestazioni morbose che, nate da una causa prima, esterna od interna, diventano ognuna a sua volta cagione di disordini funzionali nell'organismo, compito del medico è di dirigere le sue cure alla più remota fra le cause o manifestazioni accessibili, quando l'origine prima del male, come spesso accade, sia ignota, o non si possa raggiungerla con un intervento qualsiasi.

Così è certamente ottima cosa se noi riusciamo a scoprire in una cicatrice od altro disturbo locale la causa di una epilessia riflessa; di maniera che, eliminata quella, anche le convulsioni vengano a cessare. Ma se lo stimolo morboso non ci è noto non ci è dato eliminarlo, molte volte dovremo dirigere le nostre cure unicamente a diminuire l'eccitabilità della zona psicomotoria corticale; è ciò che otteniamo, ad esempio, con determinate modifiche della dieta, o colla somministrazione dei bromuri alcalini.

Invece ognuno si sarà trovato presente qualche volta agli sforzi di parecchi uomini in atto di trattenere un disgraziato, che si dibatte nelle convulsioni di un accesso epilettico od isterico; e quegli uomini i quali, nella loro concezione primitiva del male, non arrivano a nulla scorgere più in là della scarica motoria, credono in buona fede di fare il possibile in prò del paziente, di «curarlo» in qualche modo. Così pure molti robusti infermieri dovevano, prima dell'introduzione della narcosi cloroformica, trattenere quegli infelicissimi, cui toccava di sottoporsi coscienti al coltello del chirurgo. Anch'essi agivano su quel momento che loro era accessibile dell'atto psicomotorio: ecco che ora invece l'anestetico sopprime una fase ben anteriore: il dolore e la coscienza; svanisce quindi la necessità di impedire meccanicamente i moti riflessi o gli istintivi, nonché i volontari.

Ebbene, i sedativi chimici e le sostanze ipnotiche rappresentano secondo noi un guadagno sulla costrizione meccanica esercitata sia dalla camicia di forza che dalle braccia degli infermieri, appunto perché risalgono colla loro azione il più vicino possibile alla causa della agitazione maniaca: sia regolarizzando la circolazione e quindi la nutrizione corticale; sia moderando l'eccitabilità esagerata dei centri psicomotori o sensoriali; o (come l'atropina) diminuendo la sensibilità periferica o sopprimendo, col provocare il sonno, le percezioni e la coscienza.

Partendo da questi principi, io non so trovare altre controindicazioni alla somministrazione di qualche sedativo chimico, se non quelle derivanti da eventuali conseguenze accessorie dannose dei preparati adoperati. Ora, per un breve uso almeno, se la duboisina rappresentava già un preparato più maneggevole e innocuo della iosciamina e della ioscina, noi abbiamo ora nel bromidrato di scopolamina una sostanza, la quale corrisponde nella gran maggioranza dei casi alla nostra attesa come ottimo calmante e non dà luogo, se bene dosata, ad inconvenienti di sorta.

Per le medesime ragioni, non comprendo perché debba essere vietata la somministrazione, ad un ammalato di mente insonne clamoroso, di qualcuno degli ottimi farmaci ipnogeni di cui ora in quantità disponiamo, perfettamente innocui e spesso impiegati allo scopo medesimo in pazienti non alienati, ma semplicemente privati del beneficio del sonno.

Questa discussione, ad ogni modo, ha perduto gran parte del suo interesse, dacché la diffusione assunta dalla pratica dei bagni tiepidi prolungati, come calmanti negli stati d'agitazione degli psicopatici, ha fatto passare in seconda linea e reso meno urgente l'uso di sedativi attinti alla farmacia. Non è mio compito occuparmi qui di questo mezzo veramente ideale per efficacia ed assoluta innocuità: solo voglio aggiungere, all'esperienza della maggior parte degli alienisti, quella da me ottenuta nella Clinica Psichiatrica di Padova colla più meschina e disadatta installazione che si possa immaginare; la quale, sebbene non mi permetta di prolungare ciascun bagno oltre alla durata di un paio d'ore (in qualche caso, nella Sezione femminile, ho potuto mantenere l'ammalata nella tinozza anche tre o quattro ore), mi ha dato abitualmente risultati così evidenti, da indurmi nella persuasione che, con locali ed un impianto opportuni, ogni altro sedativo possa essere in effetto sostituito da questo mezzo sovrano, la cui efficacia io attribuisco specialmente all'azione regolarizzatrice della circolazione cerebrale e periferica, in parte però anche all'azione diretta della temperatura.

Con queste poche considerazioni di terapia clinica ho terminato colla prima parte del mio tema e solo mi rimane da aggiungere che, come ho esposto nelle conclusioni che già conoscete, nessuna obiezione può rivolgersi all'impiego di qualche apparecchio di contenzione in caso di gravi lesioni fisiche, per la cui guarigione si richieda la immobilità assoluta del corpo o della parte affetta, mentre l'agitazione del malato non permetta di ottenere altrimenti lo scopo. Anche qui però è necessario stabilire chiare norme e limiti precisi, poiché se nessun medico alienista pretenderà mai che si debba lasciar morire d'emorragia, od esporre a sicura infezione per grave ferita, od alla incompleta formazione di un callo osseo un pazzo agitato che si trovi in uno dei pericoli accennati, ragion vuole però che non si adoperi la camicia di forza o tutto l'arsenale classico di fissazione, quando la semplice medicatura unita all'assidua sorveglianza, od un apparecchio gessato limitato all'arto lesso, od altro provvedimento consueto del genere può essere sufficiente ad eliminare la minaccia, che lo stato di agitazione aggravi la malattia esterna.

Quando fascie e corpetti esistono nella ben fornita guardaroba del Manicomio ed, allineati in belle pile, o sapientemente rotolate nelle ampie scansie contribuiscono all'orgoglio della Suora che attende il visitatore, troppo facile sarà l'adoperarli anche in casi men gravi e scivolare dall'uso all'abuso. Solamente, come vi ha detto l'Amaldi, colla dose voluta di coraggio, e meglio che tutto col tagliare dietro di sé i ponti, col radiare dagli arsenali manicomiali ogni apparecchio di contenzione, si dovrà farne a meno in ogni caso, e si potrà allora giungere a risultati eguali a quelli ottenuti nei Manicomi d'oltre Alpe. In un solo caso il Kraepelin, in tanti anni, dice di essersi indotto ad assicurare un malato minacciato da emorragia mortale, ed anche allora bastò, insieme alla sorveglianza degli infermieri, l'ostacolo ai movimenti ottenuto con un semplice lenzuolo. Credo che non riuscirò mai a persuadermi, che a tanto non possa giungersi in qualunque degli Asili italiani.

1) Il Dott. Dieckhoff distingue nella storia della Psichiatria di questi ultimi cento anni tre epoche, contrassegnate ognuna da un passo decisivo verso una maggiore libertà nel trattamento degli alienati. Sul principio del secolo scorso caddero le catene ed in luogo della barbarie e della crudeltà prima regnanti, si fecero strada sentimenti umani per i pazzi, che solo allora furono considerati alla stregua degli altri ammalati. La seconda epoca sarebbe segnata, almeno in Germania, dal trionfo del «no restraint»; per cui ogni mezzo anche il più semplice di

contenzione, le camicie, le poltrone ed i letti di forza, cui si avvincevano con fascie gli ammalati, viene respinto dalla pratica manicomiale.

Il terzo periodo finalmente si annunzia, secondo il Dieckhoff, colla propaganda fattasi specialmente vivace in Germania nell'ultimo decennio, dapprima contro l'abuso dell'isolamento degli ammalati in celle chiuse; e più recentemente in favore dell'abolizione completa delle celle o camere di sicurezza, e perciò di qualsiasi impiego dell'isolamento forzato, nella terapia delle malattie mentali.

Il sistema, cioè, consigliato forse prima d'ogni altri da Guislain, riproposto (dopo l'opposizione ingiustificata del Griesinger) e difeso nei tempi moderni dal Neisser e da molti e molti altri dopo di lui, di trattenere in letto i malati di psicopatie acute, come si fa degli affetti da gravi malattie fisiche, s'è venuto perfezionando colla proposta, avanzata anzitutto dallo Scholz di Brema, seguito a breve distanza dal Wattenberg, direttore del Manicomio di Lubeca, indi dal Kalmus, dal già citato Diocckhoff, di non servirsi mai, né allo scopo clinoterapico, né ad altri, della cella d'isolamento.

I danni di una prolungata separazione dell'alienato dal consorzio dei propri simili, danni che si rivelano con un peggioramento del contegno e con una sinistra influenza sulle funzioni intellettuali e sul decorso della psicopatia, e sono aggravati dai pericoli cui il malato è esposto per la imperfetta sorveglianza, da molto tempo sono riconosciuti dagli alienisti; e questi molte volte ricorrevano all'isolamento nella camera di sicurezza solamente perché ritenevano fosse questo il solo ripiego, per evitare l'applicazione di apparecchi di contenzione.

Aumento delle allucinazioni, tendenza alla selvatichezza, decadimento mentale rapido, distruzione degli oggetti di vestiario e delle suppellettili, rovina degli intonaci e delle imposte, sudiciume insuperabile, coprofagia, onanismo, tentativi di suicidio o automutilazione sono fra le più note conseguenze dell'isolamento cellulare nei Manicomi; e davvero non è meraviglia, fra le riforme radicali cui è predestinato il regime dei pazzi, sia autorevolmente propugnata come una delle più urgenti quella diretta ad estendere la cura e custodia dei malati di mente riuniti in sale di varia grandezza, ma non mai forzatamente isolati.

La camera di separazione senza più nessun apparato di solidità carceraria, colla porta chiusa semplicemente da una maniglia girevole tanto dall'interno che dall'esterno a volontà del malato, od anche priva addirittura di porta e formante quasi un semplice diverticolo della sala comune, dovrebbe allora essere riservata, e solo per qualche ora del giorno, ai malati che volentieri accettano, o anche desiderano di appartarsi: né per questo sarebbero essi sottratti alla sorveglianza dell'infermiere.

Di notte le camere separate sono destinate invece ad accogliere i clamorosi innocui, che mai non fanno difetto ove siano riuniti molti alienati cronici; i quali però durante il giorno hanno notevole vantaggio dalla dimora in comune, e non di rado sono anzi, come è noto, assidui lavoratori.

Ogni volta, invece, che noi abbiamo a che fare con un ammalato ribelle, con ipereccitazione psicomotoria, specialmente se si aggiunga un grave stato di confusione mentale come negli epilettici, negli amenti, negli alcoolisti; o di negativismo come nei catatonici; o nelle forme sensoriali e via dicendo, sempre poi negli ammalati pericolosi, l'isolamento non solo non deve essere imposto, ma è ora decisamente controindicato: e ciò basta a far cadere inferriate e porte doppie e chiavistelli; è la condanna infine della cella, che fino a pochi anni or sono si riteneva l'ubico sistema per il trattamento dei pazzi agitati.

Non è mia intenzione di intraprendere ora una discussione a fondo, recando tutti gli argomenti pro e contro l'impiego dell'isolamento nella cura delle psicopatie; tanto più che in Italia, forse per i minori scrupoli che dominano ancora fra noi circa l'applicabilità di un «limitato restraint» meccanico, in Italia, dico, mi sembra si

faccia dell'isolamento del malato libero od assicurato in cella, un uso meno sistematico, di quel che non si facesse fino ad alcuni anni sono in Germania.

Ivi, infatti, il primo passo verso il «no-restraint» fu ottenuto sostituendovi la reclusione cellulare del malato sciolto bensì, ma abbandonato e libero di denudarsi in un ambiente privo di mobili e col suolo ricoperto di paglia o di alghe disseccate: sistema che adesso invece anche in Germania è giustamente respinto dai più ed oramai poco impiegato.

Del resto, come osserva con ragione il Pelmann, contro l'abolizione assoluta della cella d'isolamento si vanno ora adducendo gli argomenti medesimi, che già sembrarono validi un tempo per difendere l'uso della camicia di forza. Ed, aggiunge questo noto alienista, come già ora vi sono da noi parecchi giovani psichiatri che non conoscono la camicia di forza se non per sentito dire, e non ne hanno mai visto un esemplare, così è da credersi che fra qualche tempo anche la cella d'isolamento sarà diventata un'anticaglia, di cui bisognerà leggere la descrizione nei vecchi Manuali, o che si potrà vedere ancora in qualche Stabilimento troppo lento a seguire il cammino dei progressi scientifici.

Cheché ne sia, è insomma per me ben evidente che la tendenza della Psichiatria moderna è decisa verso l'abolizione completa dell'isolamento cellulare: né questa è un'utopia, poiché, come è riferito nella pubblicazione del Kalmus, essa è già messa in pratica da un decennio oramai nel Manicomio di Lubecca, ed esperimenti seri nel medesimo senso sono in corso senza inconvenienti in altri asili. La maggior parte anzi degli alienisti tedeschi, prendendo occasione da una comunicazione del Mercklin al Congresso di Jena del 1903, si sono già pronunciati in senso assolutamente favorevole al trattamento acellulare degli alienati.

Nel Congresso medesimo il Cramer ed il Buchholz hanno combattuto anche l'impiego dell'isolamento in cella negli ospedali comuni che spesso ricevono (specialmente nei piccoli centri lontani dai manicomi) alienati per un periodo più o meno lungo in osservazione. E' dunque una vera crociata che si è iniziata in Germania contro le così dette celle di sicurezza nei ricoveri per alienati, e non passeranno certamente molti anni prima che i nuovi metodi del trattamento in comune per i malati di mente agitati siano divenuti una nozione elementare della terapia psichiatrica.

Ora, quand'anche non si voglia così rapidamente giungere alla totale abolizione, non è tempo che noi pure incominciamo a preoccuparci di questa tendenza, certamente benefica ed umana e quindi destinata presto o tardi a trionfare?

E non dobbiamo noi in particolar modo preoccuparcene, ed è questo il punto principale di cui ho voluto trattare innanzi a voi, ora che, per il felice risveglio dell'opinione pubblica e per effetto stesso della Legge in questo anno promulgata, parecchi Stabilimenti sono sorti ex-novo, o si è deliberato costruire, oppure stanno rinnovandosi ed ampliandosi ed arricchendosi di nuovi padiglioni? Io credo che tale preoccupazione sia più che legittima, poiché, se per l'adozione di alcuni concetti tecnici moderni, per la soppressione, ad esempio, di ogni sistema coercitivo, può bastare la volontà del Direttore, quella del personale da lui dipendente, il consenso delle Amministrazioni, oppure una disposizione del Codice, l'applicazione invece del trattamento in comune dei pazzi agitati richiede, oltre al concorso dei fattori già citati, che si possa disporre di locali idonei, i quali dovrebbero essere di tipo perfettamente opposto a quelli che, seguendo alla cieca vecchie tradizioni, si sono costruiti o ridotti fin qui nei nostri Stabilimenti, o, purtroppo, ancora si continuano a costruire.

Anche in questa applicazione all'edilizia, di criteri tratti logicamente dalle conclusioni scientifiche, la Germania ci precede di un buon tratto: e vi domando perdono se ancora una volta traggio esempio dalle pubblicazioni tedesche: spero sarà oggi l'ultima.

Non posso, dunque, fare a meno di deplorare che, mentre in Germania già da tempo il sistema delle lunghe file di celle sboccanti convenzionalmente in un monotono corridoio è considerato del tutto inidoneo, sì che le recenti pubblicazioni tecniche quali l'«Atlante» (unico nel suo genere) del Kolb, così ricco di tipi svariati di edifici manicomiali; e così pure la monografia del Dannemann sugli «Asili civici per alienati»; e l'ultima edizione del tedesco «Handbuch der Arahitektur» nella parte assai ben compilata che il Voiges vi dedica alla costruzione dei manicomi, non ne recano più neppure un esempio, da noi invece sì continuano ad erigere, colla spesa di centinaia di migliaia di lire, padiglioni con dozzine e dozzine di celle disposte nella ben nota maniera che sembra divenuta stereotipica, ed in proporzione che si deve giudicare eccessiva in rapporto al numero totale dei ricoverati. Tali costruzioni comprometteranno per un tempo incalcolabile l'introduzione di metodi razionali di cura; perché quando molte celle sono a disposizione, dato un affollamento facile a verificarsi, esse debbono essere a diritto od a torto occupate; e perché la sorveglianza di un riparto cellulare costruito secondo il vieto «Corridorsystem» è praticamente sempre manchevole; mentre poi, per una strana contraddizione, esso contiene di solito gli inquilini più bisognosi di sorveglianza intelligente e continua.

Quando sarà riconosciuta la nessuna convenienza di rinchiodere per forza in una camera di sicurezza gli alienati incoercibili, si vorranno molto più razionalmente avere gli agitati suddivisi, tanto di giorno che di notte, in parecchi ambienti destinati ad accogliere ognuno un piccolo gruppo relativamente omogeneo di ammalati; e le poche camere di separazione, che nulla avranno più dell'antica cella nell'arredamento e nella impossibilità di uscirne, si vorranno distribuite, singolarmente od anche insieme, in comunicazione diretta o quasi (per comodità di vigilanza) cogli altri ambienti di soggiorno o coi dormitori comuni.

Disgraziatamente allora la maggior parte dei Manicomi necessari al nostro paese saranno già costruiti, e buon numero di essi saranno appena terminati o rimessi a nuovo nel modo che ho detto; e nuove radicali trasformazioni non sarebbero trovate di molto gusto da Amministrazioni già aggravate di svariate spese; né dai continui mutamenti si avvantaggerebbe il credito delle nostre discipline.

Giacché poi sono a parlare in materia di costruzioni manicomiali, tanto connesse colla buona pratica delle dottrine che professiamo, permettetemi ch'io esprima anche il desiderio di veder abbandonato nei futuri tipi di Manicomio il così detto stabilimento centrale, o per i bagni: mero impianto decorativo, che solo potrebbe servire per le abluzioni igieniche di malati tranquilli: inutile invece per i degenti in infermeria, per i malati in osservazione, e soprattutto per gli agitati; tutte categorie di degenti per le quali è infinitamente preferibile che le vasche da bagno siano disposte nel padiglione medesimo ove dimora l'ammalato.

A lunghe applicazioni calmanti, che la recente esperienza ha dimostrato così benefiche nei casi anche di estrema agitazione, semplicissime in sé, richiedono però un impianto idroterapico facilmente accessibile dalle sale degli agitati; anzi, come ora si desidera, in diretta comunicazione colle medesime. Ora io ho ragione di credere che alcuni Colleghi non hanno potuto completamente persuadersi del meraviglioso effetto sedativo dei bagni, per la difficoltà in cui essi sono di applicarli in ogni caso ove ne esista l'indicazione, ad ogni ora del giorno e della notte e per la durata necessaria ad ottenere la calma, costretti come essi sono a spedire ove occorra individui agitatissimi ad un padiglione lontano, oppure a servirsi di una tinozza mobile trascinata presso il letto dell'ammalato.

È questo infatti l'unico ripiego possibile, e quello al quale io pure sono obbligato nelle attuali (e speriamo transitorie) condizioni della mia così detta Clinica; ma il ripiego è tutt'altro che comodo, specialmente quando non si abbia facilità di provvedersi in vicinanza dell'acqua alla richiesta temperatura.

2) L'ultima delle mie conclusioni è rivolta principalmente a biasimare lo spirito da cui è stato animato il legislatore, nello stabilire colle nuove disposizioni una Sezione del tutto distinta dalle altre del Manicomio, nella

quale dovranno essere accolti «ricoverati in via provvisoria»; cioè coloro per i quali il Tribunale non ha ancora emanato il decreto di definitiva aggregazione allo Stabilimento, ma che frattanto devono, per il loro contegno, essere sospetti di alienazione mentale.

Il regolamento, per quanto ne so, ribadirà le disposizioni di legge, prescrivendo che i locali destinati a questo scopo abbiano ad avere un ingresso speciale distinto da quello comune del Manicomio; stabilirà quanto tempo gli ammalati dovranno rimanere in questo comparto, persino pare che comminerà pene severe per il Direttore, che non osservasse scrupolosamente la regola della separazione assoluta dei ricoverati in via provvisoria dagli altri ospiti dello Stabilimento.

Sono appunto tutte queste disposizioni che io trovo erronee ed inconsulte.

La Legge evidentemente non parte dal principio che un'osservazione medica o psichiatrica sia necessaria per la esatta conoscenza dell'ammalato e per la diagnosi della psicopatia.

Se così fosse, lascerebbe che il Direttore collocasse tutti i propri ammalati ove meglio egli giudicasse conveniente per il buon ordine dell'Asilo; e che egli adoperasse per giungere alla diagnosi definitiva tutti i criteri che la scienza consiglia, fra i quali può pure esservi il trasferimento nell'uno piuttosto che nell'altro degli ambienti del Manicomio. Ma la preoccupazione unica che appare dalla Legge è quella di far ben chiaro risaltare in qualunque momento, che l'essere accolti in quel determinato comparto di un Asilo per alienati non significa essere dichiarati pazzi (...).

Con questi appunti, o Signori, come vi facevo prevedere fin dalle mie prime parole, io non ho inteso che accennare ad uno dei tanti lati deboli della nuova Legislazione sugli alienati che meritano di essere corretti, se si vorrà che questa corrisponda alle tante aspettative ed ai bisogni della nostra nazione: l'obbligo poi imposto a tutti i Manicomi di possedere una Sezione per alienati criminali, o per criminali alienati che hanno terminato di scontare la loro pena; il divieto fatto anche al malato di mente, il quale, conscio dei propri disturbi, si presenta di sua volontà al Manicomio, di continuare ad amministrare le proprie sostanze; ecco, ad esempio, altri due punti che hanno richiamato la mia attenzione perché li reputo entrambi ingiusti e contrari il primo al progresso della tecnica manicomiale, il secondo ai concetti più equi intorno alla capacità civile degli alienati.

Né sono queste certamente le sole deficienze del nuovo diritto: io ritengo sia un compito tutto nostro quello di additarle e commentarle coi criteri delle teorie apprese e dell'esperienza, finché ci sia dato ottenere un Codice speciale delle nostre discipline, il quale non ne ostacoli lo sviluppo, ma riesca anzi per esse un impulso ed un aiuto al raggiungimento dei loro fini scientifici e sociali.

Conclusioni:

I - Tutti i mezzi di contenzione meccanica dell'alienato sono condannevoli in ogni caso e da escludere nella pratica manicomiale. Essi possono — e quindi devono — essere sostituiti dalla Sorveglianza continuata di un personale idoneo ed in numero sufficiente, o dall'impiego di opportuni calmanti, fra i quali è sovrano il bagno tiepido prolungato e ripetuto. Unicamente in caso di gravi lesioni fisiche, per la cui guarigione sia indispensabile la immobilità assoluta del corpo e della parte affetta, e quando tale immobilità non sia raggiungibile in altra guisa, è permesso l'uso temporaneo di qualche mezzo di contenzione proporzionato allo scopo da ottenere e, meglio che tutto, a fabbricarsi caso per caso coi consueti procedimenti impiegati in Chirurgia.

II. - Dell'isolamento deve farsi un impiego limitatissimo nella cura delle malattie mentali: esso non deve mai prolungarsi per tutto un periodo di 24 ore; non deve essere impiegato di giorno per ammalati semplicemente clamorosi, o deve essere evitato in tutti i casi di confusione mentale grave.

Affinché però questi principi possano essere sinceramente e agevolmente applicati, è necessario che in tutto le nuove costruzioni manicomiali o nei radicali restauri che fossero intrapresi si abbandoni il vieto e deplorabile tipo di padiglione per agitati che si riassume in corridoi fiancheggiati da una lunga fila di celle, le quali molte volte, per l'affollamento del Manicomio, devono esser tenute occupate, quand'anche il Direttore non riconosca applicabile l'isolamento per un così gran numero di suoi ammalati. Dovranno invece essere nei padiglioni per agitati parecchie sale di riunione, refettori e dormitori di mediocre grandezza perché si possano variamente separare in più gruppi gli ammalati; le stanze di separazione saranno ridotte al minor numero possibile e distribuite in prossimità delle sale di soggiorno e dei dormitori, in modo da permettere una efficace e quasi ininterrotta vigilanza.

III. - Le «Sezioni d'osservazione» destinate ad accogliere ricoverati in via provvisoria, come sono stabilite colla Legge 14 Febbraio 1904, sono tecnicamente un errore, e rappresentano un passo indietro nei riguardi della situazione sociale dell'alienato. Dovendo costituire, nel concetto del legislatore, come un piccolo Manicomio dentro o piuttosto vicino al Manicomio maggiore, non possono, specialmente negli Stabilimenti non vastissimi, permettere la razionale suddivisione dei degenti, moltiplicando senza ragione il numero dei comparti in cui è necessaria la guardia continua, implicano un disagio notevole per coloro che sono accolti in stato di tranquillità. Nei riguardi sociali accentuano la separazione dell'alienato di mente da ogni altra categoria di ammalati, contrariando gli sforzi costanti degli alienisti, perché la pazzia sia finalmente compresa e trattata come una forma morbosa, peculiare finché si voglia, rientrante però sempre nel campo della Neuropatologia.

Genova, Ottobre 1904.

Tamburini. Elogia la bella ed efficace relazione del Prof. Belmondo. Si associa alla maggior parte dei concetti da lui svolti, specialmente per l'abolizione dei mezzi di coercizione, per la quale è bene che anche fra noi si levi la voce autorevole del Congresso, come già si è levata due anni or sono quella del Congresso Internazionale per l'Assistenza degli alienati in Anversa. È bene che tutti noi abbiamo sempre dinanzi alla nostra mente e che lo incutiamo continuamente ai nostri allievi, ai nostri Infermieri, che la regola assoluta deve essere l'abolizione dei mezzi di coercizione e che se qualche eccezione, in qualche caso speciale, inevitabile, può esservi, deve essere deliberata come una cosa grave, in seguito a consultazione medica e mai lasciata in balia del personale superiore, anche di sorveglianza.

E ciò tanto più che questo principio fondamentale della moderna tecnica manicomiale è stato anche sanzionato dal Regolamento che è già compilato per l'applicazione della Legge sui Manicomi, nel quale non è ammesso l'uso dei mezzi di coercizione, che in casi assolutamente eccezionali e per sola autorizzazione del Medico curante, comminando anche pene gravi ai trasgressori. Così conviene pure col Relatore riguardo alla limitazione dell'isolamento dei malati e alla sostituzione con Sezioni di sorveglianza e di guardia continua di giorno e di notte.

E per concretare i concetti del Prof. Belmondo e suoi su questi punti, propone il seguente ordine del giorno: “ Il Congresso fa voti che, col provvedere alla diminuzione dell'affollamento dei Manicomi, con l'aumento di numero dei Medici e Infermieri, colla elevazione intellettuale e morale di questi ultimi, con una migliore

disposizione e ripartizione dei locali, e colla istituzione delle Sezioni di sorveglianza, si possa anche in Italia, come ormai nella maggior parte delle altre Nazioni, attuare l'abolizione dei mezzi di coercizione per gli alienati».

Non può invece convenire col Relatore nel ritenere un errore e un passo indietro l'istituzione, voluta dalla Legge sui Manicomi, del Reparto d'osservazione. Il concetto del Legislatore è stato molto semplice: l'individuo ricoverato provvisoriamente non è riconosciuto alienato fino a che non sia stato pronunciato il giudizio dai suoi giudici naturali che sono i Medici del Manicomio, e perciò deve restare in un Comparto che non sia ancora il vero Manicomio, cioè nel Comparto d'osservazione. Riconosce gli inconvenienti rilevati dal Relatore riguardo alla mescolanza dell'individuo in osservazione con altri pazzi, un tale inconveniente può essere eliminato con una razionale costruzione del Comparto e specialmente colla opportuna suddivisione dei locali. Del resto, siccome i fatti valgono più di qualunque discussione, riferisce che a Reggio, dove ne era molto sentito il bisogno, già da molti anni funziona egregiamente il Comparto d'osservazione che ha portato molti vantaggi, fra i quali quello di abolire ogni mezzo di coercizione per tutti i nuovi ammessi, anche agitati e pericolosi. E indipendentemente dal Comparto d'osservazione vi esistono anche delle Sezioni di sorveglianza per i malati pericolosi e non si sente il bisogno di fonderle col Comparto di osservazione. La questione più grave è quella del tempo che il ricoverato deve restare nel Comparto d'osservazione, che dovendo attendere il decreto di ricovero definitivo sarà piuttosto lungo; ma ciò porterà soltanto alla conseguenza di dover fare questi Comparti più grandi e ripartirli in piccole Sezioni speciali per le varie categorie di malati. Così è appunto anche nella Clinica Psichiatrica di Firenze, che da tanto tempo funziona egregiamente da Comparto d'osservazione.

Tambroni. Ringrazia il Prof. Belmondo del modo cortese col quale nella sua bellissima relazione ha mosso critiche alle conclusioni della sua relazione presentata al precedente Congresso di Ancona. Tale cortesia, mentre rispecchia le doti squisite dell'animo suo, è per l'Oratore anche una prova della sua sicurezza che nel formulare quelle conclusioni non era dominato da un preconetto, ma portava il risultato del suo convincimento fondato sopra una lunga esperienza. La vita che per 20 e più anni ha passata in mezzo a malati di mente lo ha convinto che la contenzione indiretta è preferibile a quella diretta a mezzo di Infermieri, perché ottiene più facilmente o presto lo scopo, evitando lotte lunghe, penose e pericolose, e che in molti casi esercita una vera o propria azione curativa; contenzione indiretta, che, come disse al Congresso d'Ancona, dovrà essere blanda e temporanea, applicata soltanto in casi eccezionali e ordinata sempre dal Medico. E in ciò dunque si trova d'accordo anche col Prof. Tamburini.

Il Prof. Belmondo dice che alla agitazione degli alienati può essere efficacemente provveduto con bagni tiepidi prolungati o con somministrazione, per bocca o per via ipodermica, di sostanze chimiche, ma se ciò talvolta è possibile, è pur vero che spesso anche i bagni prolungati (sia pure per giorni interi, come suol farsi nella Clinica di Heidelberg e altrove) e gli ipnotici e sedativi in uso non riescono in tutti i casi e stabilmente a fare ottenere la calma dei malati. Talvolta anzi, per esempio, dopo 4 o 5 ore dalla somministrazione della ioscina o della iosciamina, l'agitazione del malato si ripresenta gravissima e imponente.

L'O., sempre nell'intento di raggiungere l'ideale e di allinearsi sempre più al no-restraint assoluto, pur lottando con le poco felici condizioni edilizie del suo Istituto, ha potuto abbassare la proporzione dei malati coerciti (di notte s'intende) al disotto 4 o in qualche giorno anche del 3 per cento. E in ciò gli è riuscita utilissima l'istituzione delle Sale d'osservazione a sorveglianza continua. Per dimostrare poi gli sforzi che l'O. fa continuamente in questa gara umanitaria e civile, dice anche che nella Colonia agricola di recente impiantata a 3 chilometri dal Manicomio centrale di Ferrara, ha proibito assolutamente perfino di portare qualsiasi mezzo coercitivo. Si assicuri il Prof. Belmondo che egli non lascerà nulla d'intentato per raggiungere l'ideale cui tutti tendiamo, ben lieto di potere dichiararsi vinto dinanzi alla prova dei fatti.

Per ciò che riguarda l'isolamento, deve, a suo giudizio, farsi una distinzione: deve, cioè, distinguersi l'isolamento diurno da quello notturno. Per la limitazione dell'isolamento diurno condivide pienamente idee del Relatore. Non è così per l'isolamento notturno, che per i malati cronici, rumorosi, violenti e non tendenti al suicidio estenderebbe al massimo, non costituendo esso cosa dannosa o spiacevole ai malati, ma invece da loro desiderata e vantaggiosa agli altri. Egli quindi sarebbe per una grande limitazione delle celle d'isolamento. Per ciò che riguarda i Comparti d'osservazione nel senso della Legge 14 Febbraio 1904, condivide pienamente le idee del Prof. Belmondo, sempre che però venga istituita, in ambedue le Sezioni maschile e femminili, una Sala d'osservazione a sorveglianza continua.

Cristiani. In appoggio delle conclusioni del Prof. Belmondo e a dimostrazione che l'abolizione della contenzione meccanica è possibilissima indipendentemente da ragioni etniche, da forme di psicosi, cita alcuni esempi del Manicomio di Lucca. Quando egli ne prese la direzione, moltissimi alienati erano contenuti anche da anni; progressivamente li ha tutti sciolti, senza inconvenienti. Nel Manicomio di Lucca riceve oggi i malati che provengono come prima dalla stessa regione; ebbene, allora erano contenuti, oggi non lo sono e senza inconvenienti: dunque non influisce l'elemento della regione, né quello delle forme di psicosi. Ultimamente aveva una Sezione di circa 40 agitati, contenuti giorno e notte; ha aumentato il personale, li ha sciolti tutti di giorno e di notte, senza inconvenienti. Così nel Manicomio di Lucca, senza inconvenienti, ha abolito del tutto la camicia di forza. Quanto ai calmanti per raggiungere il no-restraint, mentre vi è favorevole, vi è però contrarissimo se raggiungano quella che si chiama contenzione chimica: questa è un intossicamento sempre dannoso all'organismo e alla psicosi.

Quanto all'isolamento cellulare non si può fissare l'orario di non oltre 24 ore; deve dar norma l'utilità del malato, e questa è valutata dal Medico, che solo può fissare la durata dell'isolamento. E' poi favorevole all'abolizione delle celle; nel Manicomio di Lucca, dove i malati sono cresciuti a 900, le celle sono rimaste ferme di numero; non ne ha voluto l'aumento: invece i nuovi locali sono stati costruiti con i criteri tecnici espressi dal Prof. Belmondo e corrispondono benissimo. Quanto al Comparto d'osservazione non concorda col Prof. Belmondo; ritiene che, per lo meno nei grandi Manicomi, è necessario. Esso risponde alla necessità di approfondire lo studio e così meglio conoscere il malato e quindi meglio curarlo e trattarlo poi nelle Sezioni. Non è mai troppo quando si tratta di togliere o meno la libertà personale o la capacità civile. Costruito come si deve, permette pure la suddivisione dei malati, senza gli inconvenienti temuti dai Prof. Belmondo.

Bianchi. Dichiaro di associarsi in massima alle due prime conclusioni della bella e brillante relazione del Prof. Belmondo. Solo non vorrebbe che fosse in modo assoluto vietato qualche razionale mezzo contenitivo nei Manicomi. Egli è certo che alita tale un sentimento umanitario nell'ambiente psichiatrico italiano, che confida negli sforzi di tutti per la progressiva abolizione di cedesti mezzi nei nostri Asili. Vorrebbe lasciata ai Medici e ai Direttori quella libertà, della quale tutti sono così gelosi, e quelle responsabilità che non possono esser disgiunte dall'ufficio che è loro affidato. Ricorda che nelle condizioni strutturali le più viete del vecchio Manicomio di Napoli, egli è riuscito a ridurre a poco più dell'uno per cento dei ricoverati qualche momentanea applicazione della camicia. Ricorda pure che esistono casi di forme (epiletiche) o di impulsi coscienti, nelle quali la camicia riesce ad un risparmio notevole di energia dell'agitato, od è richiesta dallo stesso malato. Quanto alle critiche fatte alla Legge per i difetti che essa contiene, dichiara che, come legislatore e relatore della Legge in Parlamento, egli non deve darne conto che alla sua coscienza e al paese. Riconosce che la Legge non è perfetta, ma, invocando la legge della progressività, è bene farne lo esperimento prima di giudicarla o d'invocare immediati ritocchi. E' stata la Società Freniatria con successivi voti a solleccarla e l'ha avuta; un gran beneficio è già; la si esperimenti, e verrà il tempo di modificarla ad esperienza fatta.

L'O. dichiara poi che, dovendosi allontanare dal Congresso, sente il bisogno di dire qualche parola a riguardo di una protesta stampata contro il relatore della Legge per una frase, secondo la quale al Direttore si dovrebbero accordare poteri disciplinari anche per i Medici. La protesta presume che tutti gli organi di un organismo sociale adempiano esattamente il loro compito per il regolare svolgersi della vita dell'Istituto. Poiché è ammissibile l'inadempienza di qualche Medico, e dato che volessimo essere ancora uniformati al concetto della gerarchia che emana dalla legge della vita, domanda se non sia meglio che il richiamo al Medico del Manicomio venga dal Direttore, anziché dall'Amministratore o da un Consiglio composto di Medici e Direttore. Da 16 anni che è Direttore di grandi Manicomi egli è vissuto con Medici sempre meno come maestro o direttore che come amico e collega, e della loro sorte si è sempre preoccupato. Sa che nella massima parte dei Manicomi, Direttori e Medici vivono come in una famiglia; nell'esprimere adunque quel suo pensiero egli aveva creduto d'interpretare un desiderio dei Medici, e di adoperarsi nel loro interesse. Peggio per loro se non hanno ciò compreso (applausi).

Tamburini. Gli applausi unanimi del Congresso debbono aver mostrato al Prof. Bianchi la stima e la fiducia che i Colleghi hanno per lui e il nessun conto che fanno di avventate e ingiustificate accuse.

Angiolella. È convinto che non c'è nessuno tra noi che non divida le idee così bene esposte dal Prof. Belmonto e che non è persuaso della necessità di applicare il no-restraint assoluto o, per lo meno, il più largo che sia possibile. Noi però andiamo incontro, nell'applicare queste nostre idee, a difficoltà pratiche, inerenti non solo la deficienza numerica e qualitativa del personale, ma principalmente le condizioni dei locali, i quali, in molte Province d'Italia, lungi dal rispondere alle condizioni che vuole il Prof. Belmonto e la moderna tecnica manicomiale, sono ancora vecchi Manicomi, caserme, o vecchi monasteri ridotti alla men peggio e per lo più agglomerati ed affollati in modo talvolta spaventoso. Un altro ostacolo si incontra nel fatto che il pubblico, le Amministrazioni ed i Magistrati sono quasi sempre prevenuti contro di noi e, ad ogni incidente che si verifica, vanno cercando le responsabilità e aprono procedimenti disciplinari e perfino giudiziari. È nel pubblico, quindi, che sarebbe necessario fare una propaganda, fare intendere alle Amministrazioni che è loro dovere fornire locali e mezzi agli Alienisti, onde attuare questi metodi umani e liberali di trattamento; persuadere il pubblico, i Magistrati e tutti che se pur i metodi, come tutti i progressi, danno luogo talvolta a qualche inconveniente, questo inconveniente ha un valore minimo rispetto ai vantaggi che alla generalità dei malati ne derivano.

Scabia. È lieto che all'ultimo momento sia entrato dalla finestra l'argomento che voleva, col collega Amaldi, entrasse dalla porta nell'occasione dell'ultimo Congresso di Ancona. È doppiamente lieto sia stato affidato il tema al Prof. Belmonto, che con tanta competenza ha trattato l'argomento. L'innovazione è di buon augurio e spera che i futuri Congressi abbiano quasi esclusivamente un interesse pratico e professionale. Ringrazia il prof. Belmonto del benevolo ricordo dei suoi lavori; teme però sia stato tradito il suo concetto riferendo alcune espressioni. Queste sono state scritte a giustificazione degli Alienisti meridionali allora (cinque anni fa), partigiani del no-restraint relativo, intendendo fosse giustificazione loro il concetto espresso in un lavoro di Angiolella sul rapporto della psicosi al carattere etnico. Condivide l'idea che gli ex-carabinieri non corrispondono come Infermieri e peggio le ex-guardie carcerarie, che portano nell'Istituto il regime del poliziotto. È convinto che non necessitino i padiglioni per agitati e riferisce che nel suo Manicomio, ove sono 400 alienati, non ne sente il bisogno ed ha ottenuto che l'Amministrazione non costruisca tali padiglioni. Condivide le idee del relatore circa le Sezioni d'osservazione.

Amaldi. Alla bellissima Relazione del Prof. Belmonto, che nella sua prima parte ha passato in esauriente rassegna tutte le ragioni pro e contro il no restraint manicomiale, devesi pur aggiungere ancora una nota, riferendosi ad una delle obiezioni che più frequentemente si è sentito opporre, nella pratica che, appunto, di un relativo no restraint attua da sei anni nel Manicomio di Mendrisio.

L'obbiezione, che muove da un punto di vista, esclusivamente estetico e speculativo, è questa: Nostro sforzo costante di fronte ai nostri malati si è quello di risollevarli quanto più ci sia possibile dal loro decadimento anche morale, di richiamarli sempre agli usi e alle regole del vivere normale, di opporci insomma a tutto ciò che è abbruttimento anche esteriore; ma quando voi isolate un uomo, sia pure un malato agitatissimo, laceratore ed improprio, e lo lasciate in una stanza, spogliato o quasi con una semplice imbottita, sopra un mucchio d'alga marina, voi lo ritornate ad un modo di vita inferiore ed arretrata, voi ne fate un selvaggio, voi, infine, ci date un ben brutto spettacolo. «E' brutto, quindi è da ripudiarsi», ci diceva uno dei nostri Colleghi più distinti, anima d'artista e di scienziato insieme.

Risponde anzitutto che il «brutto spettacolo» è il caso, può dirsi, eccezionale, il caso spesso dell'uno per cento dei suoi malati presenti nella giornata, talvolta del zero per cento, col desiderio, il proposito sempre vigile in noi di renderlo sempre più raro, sempre più eccezionale. Risponde che più "brutto del costume semi adamitico e preistorico a cui per qualche ora del giorno e per qualche notte, tra un bagno e l'altro, vede ritornare qualche suo malato, umanamente brutto, più triste, più penoso è l'altro spettacolo dell'individuo che fisso coi polsi fissati alle sponde del letto, un ritorno questo a condizioni di vita che non saranno dell'età silvestre, ma sono certamente tormentose e male accette a chi le ha da subire.

Specialmente poi per quanto riguarda i malati di forme acute, in stato di agitazione grave e gravissima, risponde appellandosi al giudizio, dopo tutto competente e rispettabile, della parte più interessata, al giudizio, cioè dei malati stessi..., passati a guarigione, ch'egli non manca mai di sottoporre ad un'inchiesta personale, insistente. E le dichiarazioni, i ricordi vivissimi, i confronti (in qualche caso di malattia recidivamente trattata in accessi anteriori e in altri luoghi con applicazione di mezzi contentivi personali) che qualche malato intelligente fa presenti all'animo suo, talora dubbioso e in cerca sempre del meglio, parlano a lui un linguaggio così sicuro e decisivo, che non gli è possibile il cedere a nessuna obbiezione, nemmeno se ispirata all'estetismo più raffinato. Aggiunge anche che il no- restraint come toste avvertiva il Prof. Belmondo, non può certo né deve essere praticato ciecamente, in modo intransigente.

Per esempio nel Manicomio di Mendrisio in questi ultimi tempi venne una donna affetta da mania periodica e da tubercolosi polmonare con broncorrea profusissima in stato di tale agitazione da rappresentare un pericolo gravissimo di contagio per le altre malate e per il personale di servizio; si trovò necessario di fissarla a letto con fascie alle braccia e ai piedi per circa quattro settimane. Migliorate le condizioni bronchiali, venne sciolta. Questo il caso in cui riconobbe necessario il restraint, su 930 avuti in cura in sei anni, da che dirige il Manicomio di Mendrisio.

Verga. Nel Manicomio di Mombello, di oltre 750 ricoverati, si impiegano da tempo assai di rado i mezzi contentivi e solo in casi di imperioso bisogno e finché questo dura. Si diminuirà certo l'impiego di mezzi contentivi col miglioramento intellettuale degli Infermieri, che ora vengono reclutati fra i contadini.

Nel Manicomio milanese i nuovi entrati furono sempre studiati in Sale di osservazione prima di essere collocati nei Riparti comuni: e da circa un anno furono istituiti due veri Riparti d'osservazione, uno maschile ed uno femminile, composti ciascuno di due dormitori, uno per gli agitati, irrequieti, o l'altro per i tranquilli, più 5 celle per i tranquillissimi o per isolare tubercolosi o affetti da malattie cutanee, ecc., una sala di convegno, refettorio, cortile e sala bagni. I letti sono 35, gli infermieri 18, compreso un Capo. I Riparti di osservazione sono necessari specialmente nei Manicomi popolati e mediante questi si può opporsi al soverchio affollamento dei Manicomi, poiché in questi i pazzi sono maggiormente studiati, quindi curati, e molti di essi vengono licenziati prima di

entrare nei Riparti comuni. Naturalmente nei Riparti d'osservazione, data l'abbondanza del personale di servizio, sono completamente aboliti i mezzi di contenzione meccanica.

Obici. Non gli sembra che l'Ordine del giorno del Prof. Tamburini sia consono in tutto e per tutto alle conclusioni della bella Relazione presentata dal suo caro maestro Prof. Belmondo. Non è come un augurio e una possibilità lontana che noi dobbiamo parlare qui dell'abolizione dei mezzi coercitivi nella custodia degli alienati, ma dobbiamo affermare come un dogma la proscrizione di tali mezzi da tutti i nostri Manicomi, anche perché di tale netta affermazione noi tutti possiamo servirci di fronte alle Amministrazioni, per richiedere loro quelle riforme, che nei vari Manicomi sono necessarie per attuare un tale santo ideale. Presenta perciò il seguente Ordine del giorno: «Il Congresso, facendo plauso alla relazione del Prof. Belmondo disapprova la contenzione meccanica degli alienati; deplora che in molti Manicomi d'Italia, per necessità di ambiente o di personale di servizio si faccia ancora uso dei mezzi di contenzione meccanica nella custodia degli alienati, e fa voti perché tutti i Soci s'impegnino a provocare con ogni loro energia, dalle Amministrazioni, quei provvedimenti che nei vari casi speciali sono necessari a toglierli».

A corroborare le affermazioni del Prof. Belmondo sulla possibilità di applicare, anche in cattive condizioni di ambiente e di personale, il no-restraint, l' O. farà forza alla modestia di un caro collega, che sembra - poiché tace - non volere portare qui il contributo della sua opera personale nel porre riparo ai gravissimi scandali che una "Relazione" ormai celebre del Prof. Belmondo rivelò nel Manicomio di S. Servolo.

Il Dr. Colbacchini, suo antecessore in quel Manicomio, poté rapidamente sciogliere dai ceppi e dalle catene ben 80 alienati, che erano ritenuti violentissimi e pericolosi, senza avere bisogno di modificare la disposizione molto infelice degli ambienti, e quel che più conta senza aumentare il personale di servizio. Con una più logica divisione dei malati e con l'educare gli Infermieri a trattare gli ammalati con umanità e con intelligenza, poté ottenere in pochissimo tempo di ridurre a zero la percentuale di assicurati.

Pellegrini. Ringrazia anzitutto il chiar. Direttore della Clinica di Padova di avere ricordato, nella sua dotta relazione, il Manicomio di Girifalco, da lui diretto, come quello nel quale il no-restraint si può dire applicato in via assoluta, e ciò quantunque la popolazione dello Stabilimento sia per la massima parte composta di epilettici, d'impulsivi, e di criminali.

Confessa che nessun inconveniente ha avuto a deplorare dall'applicazione della libertà ai ricoverati; però rimane perplesso e indeciso se continuare nel lodato sistema, dopo un fatto occorsogli giorni or sono. Fra i ricoverati ammessi in Manicomio vi era un imputato di omicidio mandato a scopo di osservazione dall'Autorità Giudiziaria. Il giudicabile per sette mesi fu sempre tranquillo, e mai nessuno ebbe a lamentarsi della sua condotta. Era docile, somnesso, servile. Lo mandò a lavorare nell'officina degli stagnini, ove la sorveglianza era immediata, continua, raccomandando naturalmente al Capo-officina di non perderlo mai d'occhio, tanto più che il suo contegno gli aveva fatto sospettare di essere davanti ad un caso di simulazione.

Un bel giorno l'Infermiere, chiamato in Sezione, fidandosi del ricoverato lo lasciò solo, e questi, scavalcando il muro di cinta alto metri 3,60, è evaso. Egli punì l'Infermiere per la poca sorveglianza esercitata e ne riferì all'Amministrazione provinciale, tanto più che l'evaso era delinquente, perché ogni ricerca fatta per rintracciarlo era riuscita infruttuosa.

L'Amministrazione approvò la pena disciplinare benché lieve (una multa) comminata all'Infermiere e, considerando che il Regolamento e la nuova "Legge sui Manicomi" attribuiscono al Direttore la responsabilità di tutto l'andamento del Manicomio, diede a lui un'ammonizione scritta.

Ora desidera che i Colleghi diano il loro giudizio sulla misura disciplinare presa a suo riguardo. È possibile che si punisca un Direttore di non altro colpevole che di aver fatto il suo dovere? E' possibile che la legge intenda la responsabilità del Direttore nel senso che l'intende l'Amministrazione provinciale di Catanzaro? Rebus sic stantibus, dove si andrebbe a finire? L'O. però continuerà a tener liberi i malati, a farli lavorare, malgrado tutte le ammonizioni; e crede che gli egregi Colleghi saranno dello stesso ordine d'idee.

Pres. Osserva che potrà la Presidenza della Società Freniatria interessarsi della cosa e scrivere in proposito alla R. Commissione Provinciale.

Antonini. Il Dott. Amaldi, avendo richiamata la osservazione estetica da lui fatta al Manicomio di Mendrisio, gli dà occasione di dichiarare che non solo apprezza alla Relazione Belmondo, ma invoca l'abolizione della camicia di forza appunto in nome dell'estetica.

All'urto ricevuto dalla vista dell'uomo primitivo nel varech nella cella di Mendrisio, unico neo trovato nello splendido Manicomio dell'Amaldi, provvede la nuova concezione che dell'antico Comparto agitati ha esposto il Prof. Belmondo, e che approva.

Gonzales P. Dichiaro che dal canto suo voterà con vero entusiasmo l'ordine del giorno Obici, che è reciso, netto e non offre il fianco a transazioni o a mezze misure. Questo l'O. afferma, soprattutto tenendo calcolo delle ragioni che furono poco prima espresse dal prof. Angiolella.

Ferrari. Crede che meglio degli ordini del giorno, per quanto tassativi, giovi la persuasione; perciò si permette di rilevare un'osservazione fatta in questa discussione dal Dott. Tambroni.

Egli dice che, fra la coercizione eseguita da Infermieri e quella esercitata dalla camicia di forza, è preferibile questa; ma crede che sia in errore, perché si comprende come la coercizione esercitata dagli Infermieri è sempre intelligente (e quando gli Infermieri siano allenati tanto più), non solo, ma sa perfettamente quando cedere, anche perché si esaurisce da sé. Inoltre, la difficoltà e la noia di togliere dal resto del servizio 3-5 Infermieri per ogni caso di grave agitazione, quando non ci siano affatto camicie di forza, né altri mezzi di contenzione (perché sia assolutamente proibito di servirsi di questo mezzo, che non è certo di cura in alcun modo) sarà ciò che persuaderà nel miglior modo della opportunità di abbandonare completamente, radicalmente ogni contenzione.

Belmondo. È lieto che lo svolgimento del suo tema abbia provocato una così ampia discussione: indizio che mal non si apponeva, allorché dichiarava essere questi problemi pieni d'interesse e d'attualità.

Ringrazia anzitutto il caro ed illustre maestro Prof. Tamburini, per l'adesione piena che Egli ha concesso alle sue due prime conclusioni.

Non così invece è d'accordo il Prof. Tamburini colla terza delle sue conclusioni, ed egli ricorda infatti che la Sezione d'osservazione istituita nel Manicomio di Reggio funziona benissimo da anni, ed altrettanto bene corrisponde al suo scopo la Clinica Psichiatrica di Firenze, che pure funziona come Sezione d'osservazione.

Ma nella sua conclusione egli ha criticato l'istituzione di queste Sezioni, specialmente per i Manicomi di piccola e media grandezza, che sono i più e quelli altresì è desiderabile che si moltiplichino: quelli di Reggio-Emilia e di Firenze sono invece notoriamente fra i più popolosi. Anzi questo ultimo gli sembra l'esempio delle ragioni delle sue osservazioni, poiché esso non rappresenta affatto un Comparto d'osservazione secondo richiede la nuova Legge: il Clinico trattiene ivi gli ammalati anche già riconosciuti pazzi, per un tempo illimitato; onde si comprende come, per il loro maggior numero, sia possibile suddividere convenientemente gli ammalati.

La Clinica psichiatrica di Firenze ha invero diverse Sezioni e costituisce effettivamente un piccolo Manicomio.

Non risponderà minutamente a tutti gli altri Oratori, perché gli sembra che alcuni di loro, che non accettano le conclusioni sue, più che vere obiezioni, abbiano esposto una opinione differente: ed a questa non potrebbe

opporre argomenti per lui più probatori che quelli cui si è attenuto nella sua Relazione. Gli preme però di dichiarare all'illustre Prof. Bianchi che fa ben lungi dalla sua intenzione il muovere il più piccolo appunto all'operato suo sia come scienziato, che, e tanto meno, come legislatore per tutto ciò che si riferisce all'approvazione della Legge sugli alienati. Egli crede di essere interprete del sentimento di tutti nel dichiarargli anzi la profonda gratitudine di ogni alienista italiano per la illuminata attività sua nel propugnare la Legge che tutti desideravamo e nel portarvi tutto quelle correzioni, tutti quei miglioramenti, che la sua dottrina superiore e la grande esperienza gli suggerivano.

Ma la Legge disgraziatamente non fu compilata dal Prof. Bianchi; ed egli non crede nemmeno di rivolgergli un elogio molto peregrino, nel dichiarare la sua viva persuasione che, se il Prof. Bianchi, o qualche altro dei nostri maggiori alienisti fosse stato effettivamente incaricato di stendere il progetto di Legge, questo sarebbe riuscito migliore assai che non sia, espressione quale esso fu di un lavoro unicamente burocratico. Gli duole però di non poter accettare l'applicazione dei mezzi coercitivi, giustificati col desiderio talvolta manifestato dal malato, od in nome della libertà professionale. Il malato di mente il quale domanda di essere sottoposto a coercizione meccanica, estrinseca nient'altro che un sintomo morboso di più, e se ne dovrebbe dedurre nient'altro che la gravità del delirio, o della confusione mentale, o del perversimento cenestetico, al quale egli può trovarsi in preda. Così pure ammette la più ampia libertà dell'esercizio professionale, allorché si tratti di scegliere fra i vari mezzi terapeutici permessi nel trattamento delle psicosi, come in caso di qualunque altra malattia. Ma tutta la sua argomentazione è stata rivolta a dimostrare appunto che i mezzi di contenzione meccanica sono da escludere dall'arsenale terapeutico, e dovrebbero essere vietati per legge, come lo sono, ad esempio, nella Legislazione inglese.

Ringrazia il Prof. Tamburini anche per l'ordine del giorno da lui proposto, che egli avrebbe volentieri accettato, se non fosse stato presentato l'altro ordine del giorno dell'Obici, che è anche più assoluto, e che quindi accetta.

Tamburini. Propone che i due ordini del giorno, completandosi a vicenda, vengano fusi insieme.

Obici e Belmondo accettano.

Pres. Pone ai voti l'ordine del giorno **Obici-Tamburini**, firmato anche da **Belmondo**, che resta così formulato:

«Il Congresso, facendo plauso alla Relazione del Prof. Belmondo, disapprova la contenzione meccanica degli alienati, deplora che in molti Manicomi d'Italia, per necessità di ambiente o di personale di servizio, si faccia ancora uso dei mezzi di contenzione meccanica nella custodia degli alienati, e fa voti perché tutti i Soci si impegnino a provocare, con ogni loro energia, nelle Amministrazioni quei provvedimenti, che nei vari casi speciali sono necessari a toglierli; e che, col provvedere alla diminuzione dell'affollamento dei Manicomi, con l'aumento di numero dei Medici e degli Infermieri, colla elevazione intellettuale e morale di questi ultimi, con una migliore disposizione nell'articolazione dei locali, e colla istituzione delle Sezioni di sorveglianza, si attuino anche in Italia, come ormai nella maggior parte delle altre Nazioni, l'abolizione dei mezzi di contenzione per gli alienati».

L'ordine del giorno è approvato.

Storia dei mezzi di contenzione

Cinzia Spaccatrosi

In questo articolo si percorre la storia della contenzione, dalla nascita della psichiatria fine '800 ai giorni nostri. La crescita della contenzione come esigenza di mantenere la tranquillità all'interno dei reparti psichiatrici fino ad oggi dove i mezzi di contenzione, nonostante la Legge Basaglia, vengono usati liberamente

This article covers the history of the restraint, the birth of the psychiatric end '800 to the present day. The growth of restraint as a requirement to keep the peace within the psychiatric wards until today where the means of restraint, despite the Law Basaglia, are used freely

Este artículo cubre la historia de la moderación, el nacimiento de la final psiquiátrica '800 hasta nuestros días. El crecimiento de la restricción como un requisito para mantener la paz dentro de las salas de psiquiatría hasta hoy cuando los medios de coerción, a pesar de la Ley Basaglia, se utilizan libremente.

Sommario: 1. La storia della contenzione nel passato; 1.1 La storia della contenzione nell'era industriale; 1.2 La storia della contenzione nel XX secolo; 2. La contenzione tra costrizione e protezione vista dalla Legge Bianchi; 2.1 La contenzione vs il ricovero volontario; 2.2. Necessità di una Legge umanizzata; 3. Il Sistema contenitivo odierno; 3.1 Il Trattamento sanitario Obbligatorio (TSO); 3.2 La persistenza del concetto di violenza; 4. Cenni di storia dei mezzi contenitivi del passato; 4.1 La contenzione fisica odierna; 4.2 Altre forme di contenzione odierna; 5. L'importanza di una umanizzazione; 5.1 Le tecniche APA; 5.2 Procedure operative; 5.3 Malpractice e Responsabilità professionale; 5.4 Il consenso; Bibliografia e sitografia di riferimento

1. La storia della contenzione nel passato

Passi che risuonano in lunghi corridoi, gemiti, grida, rumore di catene, odore di urina e vomito, enormi stanzoni fatiscenti, letti di ferro, cinghie di cuoio e, nello spazio tra un respiro e l'altro, dolore, tanto dolore. C'è questo nei primi anni in cui la psichiatria si affaccia nella medicina come scienza per la cura dei pazienti con disturbi mentali, c'è la contenzione quale strumento per controllare comportamenti violenti, oppositivi e contestatari.

Chiunque si fosse affacciato all'interno di Istituti o reparti ospedalieri destinati alla cura di questi malati avrebbe potuto osservare come la contenzione fosse prassi quasi ordinaria per prevenire comportamenti minacciosi o violenti degli stessi. Nata con la psichiatria stessa, nonostante fosse noto fin dalla metà dell'800 come il suo uso

ordinario e protratto - quando non punitivo - producesse la regressione del malato e la alimentasse la violenza nell'Istituzione, la contenzione si è sviluppata praticamente quasi indisturbata per lunghissimo tempo.

Malgrado le attenzioni di molti studiosi e valenti psichiatri che tentarono di regolarne l'uso ordinario ed indiscriminato e i contributi di discipline vicine alla psichiatria nel renderla uno strumento più attenuato ed efficace, la pratica di immobilizzare totalmente o parzialmente un paziente in cura attraverso l'uso di cinghie, lacci, fascette, spallacci, cinture, polsini, corpetti, sedie di contenzione ed altri mezzi, più o meno sofisticati, le forme di coercizione e segregazione hanno continuato – e continuano tutt'ora – ad essere utilizzate come atti sanitari con valenza terapeutica, quando non possono essere considerati tali.

Importante la figura di Vincenzo Chiarugi, che per primo affermò che gli insani non dovevano più essere legati, incatenati o percossi da medici e inservienti, manifestando inoltre la necessità di ospedali puliti, ariosi e ben regolamentati.

Tale evidenza fu compresa anche da Philippe Pinel², medico francese unanimemente considerato l'innovatore della psichiatria: sull'onda delle nuove idee diffuse dall'Illuminismo e con l'affermazione dei diritti dell'uomo e del cittadino propugnati dalla Rivoluzione Francese, venivano chiusi gli istituti di segregazione e prese a diffondersi la considerazione della follia come malattia.

Pinel considerò la malattia mentale come uno stato di alterazione esistente di un equilibrio normalmente esistente tra le passioni umane: con il cosiddetto "atto di Pinel", consistente nel liberare da catene e da altri mezzi di contenzione i malati segregati nell'ospedale di Bicêtre³ e di Salzbürg, già nel 1794 separò il malato mentale dalle altre figure emarginate di quel periodo, compiendo un atto rivoluzionario in nome della rieducabilità della natura umana e della forza della ragione.

Egli inserì il malato al centro di un nuovo spazio più utile per lo sviluppo degli studi per la cura della follia, il manicomio, creando un nuovo progetto terapeutico, il trattamento morale, che si avvale fin da subito di nuovi mezzi costrittivi come sedie di contenzione, cinture di cuoio, manette, collari e camicie di forza al posto delle rudimentali catene.

Il suo gesto rivoluzionario fu successivamente ridimensionato, appartenendo ad altri prima di lui la scelta di liberare i malati dalle catene e da altri più o meno barbari mezzi di costrizione all'interno dei reclusori, ma il valore delle sue scelte e della sua opera va opportunamente considerato alla luce dell'eco generato nella storia della psichiatria.

1.1 La storia della contenzione nell'era industriale

Emerge chiaramente proprio in quegli anni come il primo, vero strumento di contenzione sia proprio l'istituto del manicomio: con le proprie mura, la chiusura verso l'esterno e l'isolamento, preserva la società, ne garantisce la sicurezza ed elimina da essa gli elementi improduttivi, inutili per la nascente società industriale. Allo stesso tempo

² Philippe Pinel è stato un medico psichiatra francese. È considerato un innovatore della psichiatria per aver inaugurato la nuova concezione del malato mentale, separandolo da altre figure di emarginati sociali con i quali veniva comunemente associato grazie alla sua preparazione multidisciplinare, introdusse per primo l'analisi fisiologica della malattia mentale facendola emergere dal clima di mistero e superstizione che sino ad allora l'avvolgeva.

³ L'ospedale di Bicêtre in origine era stato progettato come ospedale militare, la cui costruzione iniziò nel 1634. Con l'aiuto di Vincent de Paul finalmente fu aperto come orfanotrofio nel 1656. Nel 1885 prese il nome di *Hospice de Bicêtre*. Nella sua storia è stato usato in modo successivo e simultaneo come orfanotrofio, prigione, manicomio. Fu il primo ospedale, nel 1770, a introdurre l'utilizzo della camicia di forza come mezzo di restrizione. Il degente più famoso fu il Marchese de Sade.

provoca alienazione nei reclusi perché preclude lo scambio sociale esterno ed elimina dalla sfera dei loro bisogni primari lo spazio e il tempo.

Come unica esperienza europea di abolizione di ogni forma di contenzione fisica viene registrata quella dello psichiatra inglese John Conolly ⁴che nel 1856 tenta l'esperimento all'interno della struttura psichiatrica di Hanwell e, successivamente, nella casa di cura di Earlswood da lui fondata. Conolly sin dal 1839 ad Hanwell si battè per l'abolizione di tutti i mezzi di contenzione e soprattutto, in modo ancora più radicale, per l'eliminazione di tutte le forme istituzionali di restrizione personale come l'isolamento e la privazione dei propri oggetti. La sua attenzione si concentrò anche sull'assistenza extra e post-ospedaliera dando indicazioni per la costruzione di un servizio nazionale di salute mentale che prevedeva addirittura la possibilità di cure domiciliari, di collaborazione con i medici generici e di formazione specialistica per il personale sanitario. In uno dei suoi libri più celebri Conolly annota come per sette anni nella struttura di Hanwell non fosse stato fatto ricorso "a camicie di forza, manicotti, bracciali, cavigliere, sedie di contenzione o altri strumenti di coercizione fisica, né di giorno né di notte", nonostante la riluttanza di infermieri e sorveglianti ad abbandonare i vecchi metodi. Conolly inseguì il superamento dell'isolamento dei malati, che in quegli anni non scenderanno mai sotto il numero di mille ospiti nella propria struttura.

Successivamente a questa esperienza vennero sperimentate molte pratiche di cura per il paziente psichiatrico come la piretoterapia malarica, terapia shock consistente nell'aumento artificiale della temperatura corporea che induce crisi convulsive con scosse tonico-cloniche. Utilizzata per pazienti psicotici ma con scarsi risultati fu progressivamente abbandonata nei primi anni '40 a causa dell'avvento della penicillina.

1.2 La storia della contenzione nel XX secolo

Dalla creazione dell'Unità d'Italia in poi l'eccessivo numero di malati presenti nelle strutture costituisce un problema di difficile soluzione e vari sono i tentativi e gli esperimenti terapeutici come la musicoterapia che vengono messi in atto come soluzioni alternative per il trattamento del malato.

Agli inizi del '900 l'argomento "contenzione" viene ripreso in un'ottica assolutamente diversa: l'esigenza di tutelare la società nei confronti dei malati mentali rende necessario un rafforzamento della pratica di internamento degli alienati mediante l'emanazione di apposite leggi in ogni stato. In Italia la legge del 14 febbraio 1904, n. 36 detta "legge Bianchi"⁵ legittima questa tendenza e perfeziona l'istituzione manicomiale, rendendo queste strutture non un luogo di cura ma un contenitore della follia, dove si opera la coercizione e la spersonalizzazione di tutti i pazienti.

2. La contenzione tra costrizione e protezione vista dalla Legge Bianchi

⁴ Psichiatra inglese, dal 1839 direttore dell'ospedale psichiatrico di Hanwell. Ideò e attuò il sistema di liberalizzazione dell'assistenza ai malati di mente prima nell'ospedale di Hanwell, poi nella casa di cura di Earlswood da lui fondata

⁵ Legge Bianchi Numero 36/1904 "legge sui manicomi e alienati"

La legge Bianchi prevedeva l'obbligo di custodia per la persona affetta da qualsiasi alienazione mentale, imponendo di mettere il malato in condizioni di non nuocere attraverso il confinamento e la restrizione fisica. La psichiatria, attraverso la legge, liquida il problema della cura con la classificazione del malato come "persona pericolosa per sé e per gli altri o di pubblico scandalo", lo costringe all'isolamento coatto nei manicomi, ne cataloga disturbi, sintomi, comportamenti attribuibili a questa o quella patologia, salvo poi ricorrere sempre alle stesse cure di carattere sedativo.

I pazienti che entrano in manicomio e vi rimangono per lungo tempo, spesso fino alla morte, vengono iscritti al Casellario Giudiziario, perdendo così ogni diritto giuridico e assumendo la classificazione di "incapace di intendere e di volere". I trattamenti all'interno del manicomio stesso erano basati su metodi empirici, spesso violenti e traumatici, mirati a suscitare nel paziente uno stato psicofisico che si traducesse in una sorta di "scuotimento psicologico": talvolta il malato viene lasciato immerso in vasche da bagno di acqua fredda per intere giornate; insieme ad altre questa sarà una pratica che renderà tristemente famosi molti dei nuovi OO.PP. costruiti in quel periodo.

Il regolamento manicomiale del 1909 (R.D. n.615) porta un vento nuovo nell'utilizzo delle pratiche coercitive: all'art. 60 legittima tali pratiche solo se subordinate ad "*autorizzazione scritta del direttore o di un medico dell'istituto*" e investe quindi di nuova responsabilità i medici per quanto riguarda la contenzione. Per la prima volta si inizia a sentire la necessità di una riduzione dei manicomi e di un loro utilizzo solo in casi di strettissima necessità.

2.1 La contenzione vs il ricovero volontario

Si deve aspettare la Legge 431 ⁶del 1968 per vedere affrontato in maniera propositiva il capitolo sul ricovero volontario e veder garantita la non restrizione della libertà personale, arrivando così ad una parziale revisione della legge Bianchi, revisione che inizia con la revoca dell'obbligo di iscrizione al Casellario Giudiziario, il riconoscimento della possibilità di ricovero volontario da parte del malato e la nascita dei primi Centri di Igiene Mentale.

2.2 Necessità di una Legge umanizzata

Il vero cambiamento avviene nel 1978 con l'approvazione della Legge 180 del 13 maggio 1978 ⁷che sancisce la fine del modello manicomiale ed indica la necessità di predisporre strutture e servizi territoriali che consentissero al cittadino che presentasse disturbi psichiatrici, di vivere la sua esperienza di crisi mantenendo fin quando possibile il legame con il suo ambiente.

⁶ Legge Mariotti introduce il ricovero volontario e dispone l'abolizione dell'iscrizione al Casellario Giudiziario

⁷ Franco Basaglia si deve l'introduzione in Italia della "legge 180/78", dal suo nome chiamata anche Legge Basaglia, che introdusse una importante revisione ordinamentale sui manicomi e promosse notevoli trasformazioni nei trattamenti psichiatrici sul territorio

Tale riforma, voluta fortemente da Franco Basaglia ed intitolata “Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori”, arriva finalmente ad affrontare il paradosso dell’uso dei mezzi di contenzione che a quel punto cozzano fortemente con quel principio di volontarietà del trattamento sanitario promulgato dalla nuova legge: il principio ispiratore secondo il quale il malato di mente ha gli stessi diritti degli altri pazienti e per cui la cura ed il ricovero diventano una libera scelta della persona, si viene a trovare in aperta contraddizione con il ricorso ai mezzi di contenzione.

Già la Costituzione Italiana all’articolo 13 tutela il più elementare e fondamentale dei diritti, quello alla libertà del proprio corpo: “*La libertà personale è inviolabile. Non è ammessa forma alcuna [...] di restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dell’autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge [...]. È punita ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizioni di libertà [...]*”. Lo stesso concetto viene rafforzato ulteriormente all’art.32, che sancisce “[...] *Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana*”. Queste dichiarazioni sono permeate sicuramente di quell’afflato di libertà che si poteva sicuramente avvertire nelle parole di un precursore dell’antipsichiatria, quell’Antonin Artaud, attore e artista che fu internato dal 1937 al 1946 e che nella sua *Lettera ai direttori dei manicomi* lanciò quasi per primo quel grido di denuncia e di autodeterminazione del malato che segnò il solco determinante la distanza dalla disumanità con cui gli psichiatri applicavano certi trattamenti. Trattato più volte con elettroshock, egli fu il primo paziente a proporre con i propri scritti un punto di vista diverso dal pensiero psichiatrico dominante, scagliandosi contro gli psichiatri e il loro “*diritto di sanzionare mediante incarcerazione a vita le loro ricerche nel campo dello spirito umano*”, e la realtà ospedaliera in cui “*i detenuti forniscono la loro manodopera gratuita e utile, nella quale le sevizie sono la regola*”. Con tutta la determinazione e la lucidità che le “cure” ancora non erano riuscite ad estirpare in lui, in una lettera a Pierre Bosquet del 1946 egli scrisse: “*Il mio corpo è mio, non voglio che se ne disponga. .. Non voglio che lo prendano per metterlo in cella, per mettergli la camicia di forza, per attaccargli i piedi al letto, rinchiuderlo in un reparto di manicomio, proibirgli sempre di uscire, avvelenarlo, pestarlo di santa ragione, privarlo di cibo, addormentarlo con l’elettricità.*”

3. Il Sistema contenitivo odierno

Questi primi, timidi semi di autodeterminazione, trasformati in diritti inalienabili dalla nostra Costituzione nell’immediato dopoguerra, dovranno veder passare ancora molti anni per trovare il terreno fertile di quella riforma Basaglia dove attecchire e svilupparsi e perché infine venga stravolto il vecchio modello manicomiale: il paziente viene finalmente visto come portatore di una patologia e pertanto il ricovero coatto deve rappresentare l’eccezione e non la norma. Nonostante questo continuano ad essere redatti protocolli che disciplinano l’uso della contenzione nelle case di riposo, nelle R.S.A. (Residenza Sanitaria Assistenziale)⁸, nei reparti di geriatria, di rianimazione, neurologia, etc. giustificandoli come necessari a prevenire i danni da caduta accidentale, per

⁸ Presidi che offrono a livello nazionale un medio livello di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello “alto” di tutela assistenziale ed alberghiera generica sulla base dei modelli assistenziali adottati dalle Regioni e Province autonome a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti stabilizzati di patologie, fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non assistibili a domicilio.

controllare i comportamenti disturbanti, quali aggressività e vagabondaggio o per consentire la somministrazione di un trattamento medico senza l'interferenza del paziente.

3.1 Il trattamento sanitario obbligatorio (TSO)

Sull'onda di una possente spinta ideale la legge voleva anche essere un modo per modernizzare l'impostazione clinica dell'assistenza psichiatrica, instaurando rapporti umani rinnovati con il personale e la società, riconoscendo appieno ai pazienti la totalità dei diritti e la necessità di una vita di qualità, in strutture territoriali che possano seguirli e curarli come si deve. Viene così creato il TSO, Trattamento Sanitario Obbligatorio, mediante il quale è possibile far ricoverare un paziente perché venga sottoposto a terapie di medicina generale (TSO terapeutici) o psichiatrica (TSO psichiatrici), da effettuare "se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici e se gli stessi non vengano accertati dall'infermo (art. 34)". L'insieme di strumenti e nuove norme contenute nella 180 avrebbero dovuto favorire l'abrogazione delle norme della legislazione manicomiale che regolavano la contenzione e, con l'adozione di pratiche ispirate ai principi della psichiatria di comunità, procedere alla sua progressiva riduzione e definitiva scomparsa.

3.2 La persistenza del concetto di violenza

Come dimostrano le cronache e gli interventi dei magistrati dopo il 1978, il verificarsi di gravi incidenti all'interno o all'esterno dei luoghi di cura rende evidente che il problema della responsabilità per gesti auto o etero-lesivi del paziente non è stato ancora superato e fa ancora convergere il dibattito sulla "posizione di garanzia" degli operatori di salute mentale all'interno del nuovo modello di assistenza. Il fatto poi che la legge 180/1978 abbia demandato alle Regioni il compito di attuarne le norme non ne ha favorito l'applicazione, dal momento che il legiferare eterogeneo delle stesse ha prodotto risultati diversificati su tutto il territorio nazionale. Di fatto solo dopo il 1994, con la riforma dei servizi psichiatrici a livello nazionale varata dal governo Berlusconi ed applicata dal governo Prodi nel 1996 si è attuata quella tanto auspicata razionalizzazione delle strutture di assistenza psichiatrica, completando l'eliminazione dei residui istituti manicomiali. Ma l'uso ancora frequente di pratiche contenitive e di varie forme di restrittività all'interno delle strutture, evenienze più frequenti di quanto si è soliti pensare, mettono continuamente a rischio la piattaforma operativa delle riforme e ripropongono con allarmante frequenza il pericolo di nuovi processi di manicomialità. Possiamo individuare quindi un tipo di "contenzione manuale" che consiste nell'uso della forza fisica da parte per personale sanitario al fine di vincere la resistenza o bloccare il paziente, ed una "contenzione meccanica" che prevede l'uso di presidi che riducono o controllano il movimento del paziente, limitandone quindi la libertà e la normale accessibilità al proprio corpo.

4. Cenni di storia dei mezzi contenitivi del passato

Nonostante la contenzione con mezzi meccanici venga praticata con modalità e frequenza nettamente inferiore rispetto al passato, se ne può rilevare la presenza persino all'interno delle strutture territoriali residenziali. Il succedersi temporale di mezzi di contenzione più o meno brutali e violenti, l'efferatezza della loro applicazione e la crudeltà insita nella valutazione di chi dovesse essere sottoposto a mezzi coercitivi dovrebbe indurre ciascuno di noi a pensare sulla liceità di certi trattamenti: basterebbe immaginarsi pazienti rinchiusi in una struttura del 1700, contenuti con le cosiddette "camiciole a muro" e con catene fissate alle pareti e ai letti, per sentire il peso di tutto quell'orrore. La teoria recitava che più era dolorosa la contenzione, migliori sarebbero stati i risultati e quale miglior mezzo della "sedia sedativa" sviluppata da Benjamin Rush verso la fine del 1700 per indurre il paziente così immobilizzato in uno stato di disagio e di dolore inenarrabile? Quale miglior strumento del "letto a mangiatoia" ideato nel 1800 per raggiungere questo scopo? la gabbia in ferro contenente un graticcio che fungeva appunto da letto, nella quale il paziente veniva rinchiuso per settimane o mesi produceva ampiamente l'effetto desiderato, quella spersonalizzazione del malato tanto perseguita nell'800 con l'uso di catene e sedazione. Grande era la considerazione destinata dagli psichiatri all'uso di cinture legate a manette, bracciali di cuoio, catenelle da caviglia e sedie di contenzione, delle quali non mancavano di esaltare le virtù curative. La naturale evoluzione dei materiali fa progressivamente abbandonare l'uso delle catene in ferro per gli strumenti testé citati, uniti a collari e camicie di forza finché, agli inizi del 900 la contenzione si trasforma in vera e propria tortura per il soggetto alienato, avente molto spesso il solo torto di appartenere a classi sociali disagiate, da allontanare dalla società cosiddetta "normale": terapie come la lobotomia e l'elettroshock vengono applicate a tutti i risidenti negli istituti manicomiali.

4.1 La contenzione fisica odierna

L'uso della contenzione meccanica è ancora oggi molto frequente sui degenti in ambito ospedaliero e non di rado tale pratica si estende anche ai reparti non prettamente psichiatrici, a causa della presenza negli stessi di molteplici tipologie di malati ricoverati, tra cui anziani, pazienti in stato confusionale, con patologie da astinenza da alcol o sostanze stupefacenti per citarne solo alcune tra le più frequenti. Oltre ai mezzi già citati, viene tutt'oggi praticata con l'ausilio di mezzi applicati all'ospite a letto (fasce, cinture) o in carrozzina (corpetto), di mezzi di contenzione per segmenti corporei (cinghie per caviglie e polsi), di presidi inseriti come barriera ambientale (spondine di protezione al letto) o posizionati sulla persona che obbligano ad una postura obbligata (cuscini anatomici o sistemi analoghi come cintura pelvica, divaricatore inguinale, tavolino, carrozzina basculante, poltrona bassa).

Nei reparti psichiatrici (SPDC) la contenzione meccanica viene ancora reputata necessaria in varie fasi di diverse patologie mentali, da sola o unitamente a quella farmacologica. In una recente ricerca commissionata dall'Istituto Superiore di Sanità su campioni di pazienti contenuti su tutto il territorio nazionale, è emerso che molto spesso la contenzione viene praticata con una frequenza superiore a quella reputata fisiologica per uno strumento reputato straordinario: è più di un sospetto, quasi una certezza, che in molti casi essa venga usata come strumento di prevenzione, come forma di intervento anticipato e non in presenza di un reale pericolo per l'incolumità del personale sanitario o per gli altri ospiti dell'istituto. Emerge inoltre come nella totalità degli istituti interessati dalla ricerca esista un 20% che nel periodo considerato non ha mai applicato alcuna contenzione, fatto che dimostra come un'altra via all'impiego di pratiche contenitive dei pazienti aggressivi sia reale e percorribile.

4.2 Altre forme di contenzione odierna

Bisogna sottolineare come esistano altre forme di contenzione come quella “chimica”, che prevede la somministrazione di farmaci tranquillanti e sedativi, la “contenzone ambientale”, che interviene sull’ambiente di vita del paziente per limitarne o controllarne i suoi movimenti, e una “contenzone relazionale”, che si basa sull’ascolto e l’osservazione empatica del paziente al fine di ridurne progressivamente e contenerne l’aggressività soddisfacendo il suo bisogno di sicurezza, ma che l’oggetto di attenta analisi sono unicamente gli interventi che incidono in maniera determinante sui diritti fondamentali del malato, ossia la “contenzone fisica” e quella “meccanica” che implicano l’uso della forza fisica e di mezzi che impediscono la libertà di movimento mediante il “blocco” totale o parziale del corpo e che quindi hanno con più probabilità la possibilità di configurarsi come fattispecie di reato, più precisamente il delitto di violenza privata (art.610 c.p.)⁹ e il delitto di sequestro di persona (art. 605 c.p.).¹⁰

Altro importante campo di intervento recentemente individuato dalla letteratura internazionale riguarda l’assistenza al paziente contenuto, in considerazione dei rischi di lesioni potenziali, di quelli successivi al “blocco” del malato, degli eventi avversi (legati anche a pratiche scorrette di applicazione dei mezzi di contenzone) e della sorveglianza e difesa del paziente contenuto rispetto ai degenti ed alle persone non addette presenti in reparto (parenti, partner, amici, etc.).

5. L’importanza di una umanizzazione

Appare evidente come l’impostazione di corrette procedure di accoglienza, di accessibilità dell’utente e dei parenti al personale medico ed infermieristico, di gestione del tempo, dei colloqui e delle uscite programmate, possa notevolmente ridurre il rischio di comportamenti violenti (tecniche e procedure di *de-escalation*). Qualsiasi sia la ragione per la quale si decida di ricorrere alla contenzone, questa va effettuata solo su prescrizione medica: il medico deve dare conto di aver valutato l’esistenza di fattori che possano aver dato luogo allo stato di agitazione e del tentativo di aver modificato o eliminato i fattori di rischio con altri metodi. Qualora, nonostante i tentativi, il comportamento pericoloso o lesivo del paziente continui, una volta prescritta la contenzone egli deve indicare quale mezzo contenitivo utilizzare e la durata della contenzone stessa: nella prescrizione deve essere indicato il termine dell’intervento contenitivo o della rivalutazione della sua reale necessità. Il prolungamento o la riduzione della contenzone deve avvenire solo dopo ulteriore verifica del soggetto da parte dell’equipe medica.

⁹ Art 610 Chiunque, con violenza o minaccia, costringe altri a fare, tollerare od omettere qualche cosa è punito. La violenza e la minaccia sono considerate dalla norma in esame come strumenti per coartare l'altrui volontà. In altri casi, invece, il legislatore penale attribuisce rilevanza alla violenza e alla minaccia come tali, cioè, in quanto usate per arrecare direttamente un danno al soggetto. Costituiscono esempi di violenza privata l'immobilizzare con la mano il volante di un'automobile, con privazione, sia pure per breve periodo, della libertà di movimento; il compiere, da parte del conducente di un'autovettura, atti emulativi tali da interferire in modo

¹⁰ Art 605 sequestro di persona

5.1 Le tecniche APA

La procedura di contenzione indicata dall'APA (American Psychiatric Association¹¹) stabilisce delle regole ben precise per l'effettuazione di manovre corrette da parte del personale infermieristico: al segnale convenuto, infatti, ogni operatore deve occuparsi di bloccare un arto del soggetto, trattenendo la leva articolare al suo fulcro e lungo la linea di trazione, mentre uno tratterà il capo del soggetto avvolgendone il collo, ad impedire pericolose testate o morsicature.

Dal momento che tutte queste manovre tendono a sottrarre stabilità al soggetto, la presa al collo deve essere fatta con molta delicatezza e attenzione, deve prevedere in ogni caso la normale respirazione ed essere flessibile, adeguandosi ai movimenti repentini ed imprevedibili sia del gruppo che del paziente. Una volta sul letto il soggetto dovrà essere rapidamente contenuto. Verranno contenuti prima gli arti inferiori poi quelli superiori, dove fosse necessario si immobilizzerà anche il tronco. Bisognerà rimuovere tutti gli oggetti dalle tasche del paziente e poi spogliarlo, mantenendo la calma durante tutto il corso della manovra: un tono di voce sereno e parole acquietanti renderanno il vissuto meno traumatizzante per il soggetto.

5.2 Procedure operative

Le procedure operative essenziali prevedono inoltre una compilazione immediata di un Registro delle Contenzioni, che riporti:

- che prima della contenzione sono stati tentati altri interventi meno restrittivi (indicare quali);
- che sono state considerate le condizioni del paziente (dettagliare);
- quindi data, ora, numero progressivo della contenzione, data di ricovero, motivazione e firma del medico, firme attestanti il passaggio dell'infermiere (almeno ogni 15 minuti), controfirma del medico (almeno ogni 8 ore); se il provvedimento supera le 24 ore controfirma di una figura apicale (direttore UOC o responsabile del servizio), data ed ora della "contenzione" con motivazione e firma del medico, eventuali eventi avversi;
- dovrà essere attestata la presenza del medico all'atto della contenzione, la sua decisione e la motivazione scritta sia sul Registro che in cartella clinica, dove sarà riportata anche il tipo di contenzione decisa e praticata dall'equipe nonché le modalità particolari di sorveglianza, assistenza e difesa del paziente;
- il personale dovrà evitare prese al collo, torace ed addome; tentare preferibilmente una presa per gli arti superiori ed inferiori, cercando di evitare lesioni, distorsioni, slogature;
- quindi operare al termine dell'intervento un controllo attento sull'applicazione dei mezzi di contenzione. Ove sorgano dubbi è necessario far valutare al medico la condizione del paziente e gli eventuali rischi legati alla contenzione meccanica;

¹¹ Nel linguaggio tecnico e scientifico il termine equivale alla *retroazione*, che designa il processo per cui l'effetto risultante dall'azione di un sistema (meccanismo, circuito, organismo, ecc.) si riflette sul sistema stesso per variarne o correggerne opportunamente il funzionamento

¹¹ American Psychiatric Association (APA) organizzazione professionale di psichiatri i cui soci sono medici degli USA o di altre nazioni specialisti nella psichiatria. Si occupano di codificare le condizioni psichiatriche generalmente accettate e le linee guida per diagnosticare tali condizioni.

- la verifica dei parametri vitali ogni 15 minuti da parte dell'equipe infermieristica per la valutazione iniziale e continua dell'eventuale insorgenza di reazioni avverse legate all'applicazione dei mezzi contenitivi.

5.3 Malpractice e Responsabilità professionale

Il rispetto di tali procedure nella valutazione diagnostica e nell'esecuzione pratica, risulta fondamentale sia per evitare quei fenomeni di *malpractice*¹² che sovente si verificano in campo sanitario, sia affinché la contenzione non venga vista come una pratica ricorrente ed abituale, da effettuare con leggerezza quando viene meno la capacità di instaurare e gestire possibili alternative terapeutiche con il paziente. L'esecuzione della contenzione come una sorta di "automatismo sanitario" può far dimenticare agli operatori sanitari che la applicano i rischi che corrono sul piano della responsabilità professionali, dell'ottemperanza al rispetto della Costituzione, delle norme del Codice Penale, del Codice Civile e di quello Etico e Deontologico.

L'adeguata formazione del personale sanitario sui temi inerenti la violazione della libertà individuale, il consenso alle cure e la tutela della salute, oltre a tutelare *in primis* la persona del paziente mette in grado gli operatori di poter valutare in modo sufficientemente adeguato, caso per caso, le situazioni che legittimano il ricorso alla contenzione da quelle che ne esulano, riducendone quindi l'utilizzo.

5.4 Il consenso

Anche e soprattutto per questi motivi il primo atto del medico per la prescrizione della contenzione sarà quello dell'acquisizione del consenso da parte del paziente, o di chi lo rappresenta legalmente, al ricorso al trattamento contenitivo, descrivendone in modo chiaro e comprensibile i rischi e i benefici.

Qualora il soggetto non sia in grado di esprimere il proprio consenso a causa della momentanea alterazione delle sue facoltà, sarà cura del sanitario ricercare una qualsiasi espressione di volontà da parte del paziente, nonostante il coinvolgimento del legale rappresentante, facendo in modo che il paziente non percepisca il provvedimento contenitivo come un atto punitivo, bensì come un ausilio al trattamento sanitario. Una corretta informazione può mitigare la rabbia, la negatività ed il disagio di familiari ed amici del degente nei confronti del provvedimento, soprattutto se questo viene illustrato come *estrema ratio* in caso di rischio potenziale di suicidio, violenza o per l'esecuzione di un trattamento salvavita.

Il disagio determinato dalla decisione di essere sottoposti a contenzione e il fastidio fisico, che spesso diventa dolore, determinato dalla immobilità forzata, sono ben descritti dalle stesse voci dei pazienti nella rivista del Joanna Briggs Institute¹³ di Adelaide: le reazioni negative a questa pratica ci fanno porre molte domande sulla legittimità della stessa. Pertanto il Codice Deontologico degli Infermieri all'art. 4.10 recita, a proposito della

¹² I termine anglosassone *medical malpractice* tradotto in italiano può significare, a seconda dei casi, abuso o illecito o negligenza o imperizia

¹³ Il Joanna Briggs Institute - noto a livello internazionale come "JBI" - è un'organizzazione internazionale, operativa 72 centri collaboratori e gruppi di tutto il world. It si concentra sulla ricerca sanitaria evidence-based. L'Istituto ha sede a Adelaide, Australia Meridionale. È stata fondata da Royal Adelaide Hospital come istituto affiliato dell'Università di Adelaide nel 1996 ed è ora una scuola all'interno della Facoltà di Scienze della Salute presso l'Università di Adelaide in Australia. JBI è ora una collaborazione globale di scienziati di salute e medici che opera come un'organizzazione indipendente, non-profit che cerca di migliorare la salute globale.

contenzione: *“L’infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione fisica e farmacologica sia evento straordinario e motivato, e non metodica abituale di accudimento. Considera la contenzione una scelta condivisibile quando vi si configuri l’interesse della persona e inaccettabile quando sia implicita risposta alle necessità istituzionali”*.

L’uso erroneo, indiscriminato e spesso volutamente punitivo della contenzione, che tanto ha contribuito alla creazione di quel bagaglio di dolore e disperata alienazione che traspare con chiarezza dalle parole di un malato nel film di Silvano Agosti “La seconda ombra” – *“... Quando gli infermieri mi massacravano di botte con la pretese di curarmi, io mi rifugiavo nella mia seconda ombra, e non sentivo dolore”* – non deve portare alla demonizzazione di questo strumento essendo compresa tra gli atti medici a cui è possibile ricorrere se necessario.

D’altra parte la sua accettazione non deve farci dimenticare la brutalità e gli orrori inflitti ai reclusi nei manicomi, lo scandire di interminabili minuti fatti di cancelli, inferriate, di isolamento, lo scorrere inesorabile di ore permeate dal fumo di sigarette, dalla puzza di urina e di cibo, ore costrette da catene, lucchetti, serrature, l’avvicinarsi di giornate a contatto con il ferro gelido dei letti di contenzione, la camicia di forza, immersi nel bagno freddo, torturati con l’elettroshock e la lobotomia.

È importante che tutto ciò non venga rimosso dalla memoria, per una corretta applicazione dei metodi di cura e per restare umani di fronte a chi soffre, sempre.

Bibliografia e sitografia di riferimento

E. Ghera - “Diritto del Lavoro” – Cacucci editore

C. Cortese, A. Fedrigotti - “Etica Infermieristica. Sviluppo morale e professionalità”, Milano, Ed. Sorbona, 1988

E. Carli - “La professione infermieristica: da strumento a risorsa, da oggetto a soggetto, da missione a mission”

B. Cosseta, “Professione infermieristica. Organizzazione. Normativa. Etica”, ed. UTET, 1994

G. Ducci - “Buone pratiche in SPDC” – Alpes editore

R. Piperno, M. Purpura. Il problema della “non collaborazione” nel trattamento delle situazioni psicotiche. Rivista Sperimentale di Freniatria, Vol. CXXI, n.3

M. Sanza. Il comportamento aggressivo e violento in psichiatria. Centro Scientifico Editore, 1999

A. Vanni, V. Ferraioli, M. Zuzzoni, I. Masina. L’ambiente terapeutico nel servizio Psichiarico di Diagnosi e Cura. Rivista Sperimentale di Freniatria, Vol. CXVII, n.5 – 1994

A, Vanni, L. Peron, V.Ferioli, L. Masina, M. Zucconi. Comportamenti violenti e verifica della qualità in un Servizio psichiatrico di diagnosi e cura. Rivista Sperimentale di Freniatria, Vol. CXIX, n.6 – 1995

M. Cozza. L’insostenibile contenzione. L’infermiere, n. 10 Ottobre 2002

I Quaderni, Psichiatria, Inserto de L’Infermiere n. 2, Aprile 2002

Siti Internet consultati:

<http://www.treccani.it/enciclopedia/john-conolly/>

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=168&area=salute%20mentale&menu=rete

<http://www.evidencebasednursing.it/revisioni/SI4contenzione.pdf>

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_583_allegato.pdf

<http://www.ipasvi.tn.it/>

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_640

09/08/2009 - IL MATTINO

ELISABETTA MANGANIELLO Vallo della Lucania. Paziente muore nel reparto psichiatrico dell'ospedale San Luca, la procura di Vallo apre un'inchiesta. Indagati i 7 medici che l'hanno avuto in cura.

Francesco Mastrogiovanni, 58 anni, di Castelnuovo Cilento, insegnava alle elementari di Pollica. Ma il suo nome, trentasette anni fa, finì nell'inchiesta sul delitto politico di Carlo Favella, salvo poi essere scagionato proprio da un militante della destra. Quella drammatica vicenda, vissuta a 19 anni, però, gli lasciò segni profondi e sconvolse per sempre la sua vita. L'estate, con il caldo, era il suo periodo nero. E, per ritrovare la tranquillità, entrava e usciva dall'ospedale. Anche il 31 luglio scorso è arrivato al reparto di psichiatria del San Luca, in preda ad una crisi nervosa, ed è stato sottoposto dai sanitari a specifici trattamenti. Ai familiari che andavano a chiedere notizie, i medici rispondevano: «Tutto bene, ci vuole solo qualche giorno». Invece il 4 agosto mattina arriva la notizia shock: Francesco non ce l'ha fatta. Un improvviso arresto cardio-circolatorio avrebbe spezzato la sua vita. Ma le circostanze del decesso non sono chiare, di qui l'inchiesta avviata dalla procura della repubblica di Vallo. Gli stessi familiari di Mastrogiovanni non hanno conoscenza delle terapie a cui è stato sottoposto in quei 5 giorni di ricovero. «Vogliamo sapere cosa è successo, se ce l'hanno ammazzato», chiede la sorella Caterina Mastrogiovanni, anche lei insegnante e presidente dell'associazione Aspasia. E del fratello dice: «È stato sfortunato nella vita e anche nella morte. Speriamo sia fatta giustizia». Proprio per avere giustizia la famiglia ha già nominato i legali Loreto D'Aiuto e l'omonima cugina Caterina Mastrogiovanni, oltre al consulente medico Francesco Lombardo. Ci sono diversi particolari da accertare. C'è chi dice, infatti, che il decesso sarebbe avvenuto durante uno stato di sedazione e che il paziente fosse immobilizzato da strumenti di ritenuta. Gli inquirenti, intanto, per verificare la causa della morte, hanno disposto l'autopsia. In un primo momento doveva tenersi venerdì mattina, ma poi è stata rinviata a martedì prossimo, considerata la necessità di notificare i 7 avvisi di garanzia ai medici indagati. Di conseguenza anche i funerali fissati per venerdì pomeriggio sono stati rinviati alla prossima settimana. Nella piccola comunità di Castelnuovo Cilento la tragedia ha suscitato grande cordoglio. E in tanti hanno manifestato la loro solidarietà alla famiglia prostrata dal dolore, in particolare all'anziana madre e alle sorelle. In paese come nell'ambiente di lavoro Francesco era apprezzato e stimato. «Maestro, sei il più alto del mondo», gli ha scritto un piccolo alunno delle elementari di Pollica. La sua altezza fuori del comune spiccava, infatti, soprattutto tra quei bambini con cui sapeva essere dolcissimo. Alla ripresa di settembre, però, non lo troveranno. Il maestro "più alto del mondo" è andato via, in un posto sicuramente migliore per lui che in vita ha tanto sofferto. (<http://www.giustiziaperfranco.it/il-caso-.html>)

Quando la contenzione diventa tortura: il caso Mastrogiovanni

Cinzia Spaccatrosi

Questo articolo parla della vicenda aberrante della contenzione illecita applicata al maestro elementare Francesco Mastrogiovanni nel 2009 presso il reparto psichiatrico di Valle della Lucania. Una storia di malpractice sanitaria durata 82 ore portando a morte Francesco

This article talks about the story of aberrant unlawful restraint applied to the elementary teacher Francesco Mastrogiovanni in 2009 at the psychiatric department of Valle della Lucania. A history of health malpractice duration 82 hours leading to death Francesco

Este artículo habla de la historia de privación ilegal de movimiento aberrante aplican a la maestra de primaria Francesco Mastrogiovanni en 2009 en el departamento de psiquiatría de Valle della Lucania. Una historia de duración malpractice salud 82 horas que lleva a la muerte Francesco

Sommario: Introduzione; 1. La storia di Mastrogiovanni; 2. Persecuzione e tortura; 3. Il ricovero coatto; 4. Omissioni; 5. La morte; 6. La responsabilità infermieristica; 7. Sudditanza manifesta; 8. La negligenza; Bibliografia

Introduzione

A questo mondo, in questo Paese, un uomo può essere ucciso due volte. Anche tre, a volte. La prima volta quando la sua vita termina per un evento improvviso o per cause che saremo poi chiamati a giudicare in seguito.

La seconda volta quando una o più delle Istituzioni che dovevano proteggerlo, curarlo e preservarne l'esistenza in vita, concorre o diviene essa stessa esecutrice materiale dell'omicidio.

La terza al momento della sentenza, quando i responsabili, che siano attori principali o comprimari sulla scena del delitto, restano impuniti.

Il quattro agosto del 2009, presso il reparto psichiatrico dell'ospedale di Vallo della Lucania, un uomo muore: si chiama Francesco Mastrogiovanni e fa il maestro elementare presso la scuola di Castelnuovo Cilento. Un gigante buono, come lo definiscono i suoi allievi, con un passato discusso ed ingombrante di attivista anarchico.

1. La storia di Mastrogiovanni

Mastrogiovanni soffre di forti crisi depressive ma è sostanzialmente innocuo: in preda ad una di queste, fugge ad un alt dei carabinieri per un controllo, cerca scampo gettandosi addirittura in mare, ma viene convinto a consegnarsi. Arrestato viene sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio ma, una volta varcata la soglia dell'ospedale psichiatrico, non uscirà vivo da quel ricovero oscuro.

Mastrogiovanni muore una prima volta a causa di un provvedimento di contenzione male applicato, ma contemporaneamente è già stato ucciso una seconda da quell'Istituzione che doveva provvedere al suo ricovero ed alle cure necessarie perché continuasse una vita serena, integrato nella società.

Il gigante buono, quell'uomo di cinquantotto anni alto un metro e novantasette centimetri che dispensava dolcezza e sapere ai suoi allievi, non c'è più.

Nel suo passato una macchia che il giudizio degli uomini non vorrà più cancellare, nonostante le sentenze assolutorie: per capire cosa affligge Mastrogiovanni dobbiamo tornare a quegli anni settanta così terribili per la storia del nostro Paese e così gravidi di tensione e violenza. Mastrogiovanni rimane coinvolto nel caso Marini per la morte del fascista Favella. Il 7 luglio del 1972, infatti, viene commesso l'evento criminoso che segnerà per sempre il resto dei suoi anni: una prima versione dei fatti ci racconta che Marini e Mastrogiovanni, insieme ad altri attivisti anarchici, aggredisce Favella mentre passeggia con un amico, uccidendolo con una coltellata. Un'altra versione descrive un quadro diverso: mentre Mastrogiovanni e Marini passeggiano in un parco vengono assaliti da Favella e dal suo caro amico Alfiniti. Ne nasce una colluttazione e Favella cade colpito da una coltellata sferrata da Marini nel tentativo di difendersi. Durante il processo questa seconda ipotesi non viene presa in considerazione: Marini viene condannato per omicidio preterintenzionale e concorso in rissa, mentre Mastrogiovanni viene incarcerato per il solo concorso in rissa.

Siamo nel 1974 e Mastrogiovanni deve attendere il primo appello per essere assolto. In quei lunghi mesi di carcere cade in una profonda depressione: la violenza psicologica, unita alle angherie e alle vessazioni continue a cui viene sottoposte da parte delle guardie penitenziarie, modificano in maniera indelebile il suo equilibrio psichico.

Uscito dal carcere innocente e finalmente libero, Mastrogiovanni non si riprende mai più da quell'evento sconvolgente e periodicamente ricade in episodi di depressione.

A quasi venticinque anni dall'accaduto lo spettro del carcere torna nuovamente a minare la sua salute mentale: nel 1999 viene condannato a tre anni di reclusione per il reato di oltraggio a pubblico ufficiale e resistenza. Durante tutto il processo il Pubblico Ministero non fa che ricordare il terribile, a suo dire, passato anarchico di Mastrogiovanni, omettendo di menzionare le reali cause che lo vedono coinvolto in un episodio dal quale è stato, oltretutto, scagionato pienamente.

Quel salto in quel passato ormai quasi dimenticato mina nuovamente il già fragile stato psicologico di Francesco, il quale cede e ricade in una profonda depressione. Viene assolto anche questa volta, anche se dovrà aspettare il secondo appello perché ciò avvenga: da questo momento in poi gli orrori del passato sono sempre presenti nella sua vita e la vergogna di essere stato sottoposto a giudizio per colpe non commesse alterna nella sua mente periodi di normalità ad altri momenti maniacali che lo portano a numerosi ricoveri in reparti psichiatrici. Passano diversi anni prima che Mastrogiovanni riesca a ristabilire un precario equilibrio psichico. Finalmente tranquillo diviene maestro elementare della scuola di Castelnuovo Cilento e riversa in questa professione tutto l'amore e la voglia di insegnare ai bambini di cui è capace: amato dai suoi allievi e dalle rispettive famiglie, descritto con un Gigante buono e comprensivo, Mastrogiovanni riprende a poco a poco possesso della sua vita, seppellendo per un periodo i fantasmi del passato.

2. Persecuzione e tortura

Fino a quel famoso 31 luglio 2009 a Vallo della Lucania. Mastrogiovanni in quei giorni si trova in quella località per trascorrere una vacanza, ma perde il controllo di sé durante un controllo della polizia e scappa: mentre fugge in macchina la sua mente riscopre quello che ormai pensava fosse dimenticato, l'orrore della persecuzione degli agenti penitenziari durante i mesi di reclusione, la depressione, il malessere generale che lo porta a correre, a

nascondersi, a rifugiarsi dai persecutori, lo terrorizza a tal punto da spingerlo a cercare rifugio in mare. Francesco abbandona la macchina e continua la sua folle corsa a piedi, attraversa la spiaggia in preda al panico e in lacrime si getta in acqua, chiedendo aiuto. Ci vogliono tre ore di trattative da parte della polizia per convincere il povero Francesco ad uscire dall'acqua, tre ore per persuaderlo a lasciarsi aiutare. Ma è un tranello: sulla spiaggia è già pronta un'ambulanza che lo porta non in questura, come avrebbe voluto la procedura, ma in un reparto psichiatrico. L'ordinanza per un TSO (trattamento sanitario obbligatorio) è già stata firmata dal Sindaco di Pollica.

Uscito dal mare Francesco viene accompagnato in ambulanza, chiede di poter fumare, ormai è tranquillo. L'unica richiesta che fa agli ufficiali è quella di non essere portato nel reparto psichiatrico di Vallo della Lucania, ma non viene ascoltato: l'ambulanza procede proprio verso quell'ospedale che Mastrogiovanni rifiuta decisamente.

3. Il ricovero coatto

Francesco entra nel reparto psichiatrico con le sue gambe, viene accettato da due infermieri che gli mostrano la stanza, il suo letto e gli danno un pasto. Siamo ad ora di pranzo infatti e tutto sembra tranquillo: Francesco scambia due parole con i due infermieri, gli offre la mano, si presenta, è tranquillo, collaborante. Tutto viene filmato dalle telecamere di sicurezza, successivamente acquisite dalla Guardia di Finanza come prova del fatto.

Francesco pranza seduto sul letto, indossa ancora un paio di pantaloncini da mare, quindi esce dalla stanza. A quel punto non possiamo sapere con certezza quello che succede, poichè la telecamera è puntata esclusivamente all'interno della stanza, fatto sta che Francesco rientra sotto braccio agli infermieri che lo avevano accolto e, sdraiato a letto, si addormenta. Quindi viene frettolosamente spogliato, legato al letto mani e piedi e cateterizzato. Viene da chiedersi perché applicare la contenzione ad un paziente tranquillo, finanche collaborativo e, a questo punto, visibilmente sedato se l'articolo 54 del Codice Penale sancisce che la contenzione può essere applicata solo in caso di strettissima necessità?

Dopo due ore Mastrogiovanni si sveglia, sente tirare le mani e le gambe, non capisce, si agita e cade dal letto, rimanendo sospeso fra questo e il pavimento per un lunghissimo lasso di tempo, fino a che gli infermieri, allertati, finalmente intervengono, lo riposizionano sul letto, stringono nuovamente le fasce di contenzione e gli applicano un pannolone.

Come poi sarà accertato in sede processuale, quel pannolone sarà l'unico in ottantadue ore: il letto senza biancheria accoglie muto per tutto quel tempo il corpo sedato di Francesco. Ottantadue tremende, lunghissime ore in cui gli infermieri applicano una sola volta un ago canula per infondere liquidi e alimentare il paziente con 500ml di soluzione salina e 500ml di glucosata. Questo rimarrà l'unico alimento in tutta la degenza di Francesco. L'unico alimento in ottantadue ore.

La cartella clinica di Mastrogiovanni riporta la terapia da applicare in maniera chiara ed inequivocabile, ma gli infermieri continuano a scrivere sulla stessa che *“non si applica la terapia perché il paziente dorme”*. La medesima cartella non riporta alcuna prescrizione riguardante una qualsiasi delle misure di contenzione applicabili in casi del genere, né la metodica, né alcun tipo di considerazione che induca a considerare come strettamente necessario tale strumento.

Se non fossimo in un Paese che troppo spesso dimentica i propri figli più sfortunati, vedremmo comparire sulla scena dell'accaduto un registro di contenzione, così come previsto dalla legge, sul quale potremmo leggere una valutazione medica del paziente sottoposto a provvedimento contenitivo ogni otto ore, così come indicato come normale procedura dalle linee guida in materia di contenzione secondo Joanna Briggs, nonché una valutazione infermieristica ogni 2 ore.

4. Omissioni

Ma non v'è traccia di tutto questo e nella cartella clinica non venne trascritto nulla, non la valutazione d'ingresso (ovvero lo stato reale del paziente le sue condizioni fisiche i suoi parametri, il mezzo di contenzione applicato, l'ora di inizio della contenzione), né le valutazioni infermieristiche e mediche che dovevano essere effettuate per ridurre i mezzi di contenzione secondo le linee guida.

Nelle ore successive, Mastrogiovanni strappa più volte l'ago dal proprio braccio nel tentativo di fuggire da quel letto troppo piccolo: sono quelli i rari momenti in cui vediamo comparire il personale infermieristico, pochi istanti per risistemare l'ago e poi di nuovo il nulla. Per liberarsi Mastrogiovanni si procura ferite profonde due centimetri ai polsi e alle caviglie. Non viene mai medicato, mai alimentato, mai idratato. Mai.

Col passare delle ore le sue condizioni si aggravano, ma ai parenti non viene detto nulla, né ad essi viene concesso di fargli visita. Mai.

Solo le telecamere registrano inesorabili le ore di sofferenza di Francesco, fino a quella notte del 4 agosto 2009: sono passati cinque giorni dal ricovero e Francesco non appare più agitato, non vuole più lottare, è affannato e respira a fatica e intorno alle ore 24.00 muore, senza nessuno, solo, legato a quel letto.

5. La morte

Devono passare altre ore perché qualcuno si accorga che Francesco non c'è più.

Alle 7.00 del 5 agosto, durante il rituale giro letti, due infermieri constatano la morte di Mastrogiovanni. Immediatamente fanno sparire i mezzi di contenzione e chiamano il medico di guardia che, senza neanche avvicinarsi al corpo, fa intervenire il rianimatore, il quale non può far altro che accertarne la morte.

Le cause che hanno portato al decesso sembrano chiare e stanno tutte nelle scelte operate da chi avrebbe dovuto accudire il paziente, nella decisione aberrante di legarlo ad un letto invece di assisterlo e curarlo come merita, come è preciso obbligo di chi è investito di tale incarico e della responsabilità di una vita umana.

Ma non sempre quello che risulta lampante anche ad uno spettatore digiuno della materia si traduce poi nella soluzione più logica ed equa, in altre parole in Giustizia: a seguito delle indagini vengono indagate diciannove persone per l'ipotesi di reato di omicidio colposo: sette medici e dodici infermieri.

È qui, nel successivo processo di primo grado, che Mastrogiovanni viene ucciso una terza volta: in questa sede vengono condannati esclusivamente i medici per "*privazione della libertà personale*". Ad essi vengono ascritti i soli reati di sequestro di persona e falso in atto pubblico, valutando come dolo professionale e non colpa l'evento lesivo.

E gli infermieri? In sede di dibattito il personale paramedico si dichiara “mero esecutore di un ordine verbale del medico”, appellandosi alla norma dell’Art. 51 CP sull’adempimento di un dovere dovuto ad un ordine di un superiore gerarchico, senza comprendere che la Legge 42/1999 dispone che l’Infermiere sia “il solo e diretto responsabile dell’assistenza al paziente”.

6. La responsabilità infermieristica

Non un sottoposto del medico quindi, ma uno stretto collaboratore dello stesso nelle fasi terapeutiche. Viene spontaneo, quasi istintivo, un parallelo con quegli ufficiali e sottufficiali nazisti che, al termine della guerra, cercano di scagionarsi dai crimini e dalle efferatezze commesse dichiarando di avere solo ed esclusivamente obbedito ad ordini superiori. Se una giustificazione di questo tipo risulta già inconcepibile in soldati che per vocazione e destinazione professionale sono votati alla più cieca obbedienza, poichè significherebbe la razionale negazione di una coscienza e di un’ultima, finale, ma sempre esistente possibilità di scelta per un uomo, a maggior ragione risulta inaccettabile in professionisti che hanno scelto di fare del proprio lavoro uno strumento salvezza di vite umane.

Questo “principio di obbedienza” decade immediatamente di fronte all’art. 4.10 del Codice Deontologico dell’Infermiere il quale, proprio a proposito della contenzione, recita: *“L’infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione fisica e farmacologica sia evento straordinario e motivato, e non metodica abituale di accudimento. Considera la contenzione una scelta condivisibile quando vi si configuri l’interesse della persona e inaccettabile quando sia implicita risposta alle necessità istituzionali.”* Ecco quindi che l’infermiere partecipa alle scelte, le giudica “condivisibili” o “inaccettabili e non esegue solamente a causa di “necessità istituzionali” che invece lo obbligano alla mera esecuzione di ordini, pur se non condivisi.

L’affermazione dell’infermiere che, rivolto al Giudice, dichiara: *“Se fosse stato per me lo avrei sciolto”* è, a mio parere, totalmente priva di senso in quanto non si attiene alle responsabilità intrinseche del Profilo Infermieristico. Così facendo lo stesso soggetto, pur appellandosi all’art. 51 CP, viola apertamente l’Art. 54 dello stesso, che cita: *“la contenzione può essere applicata solo in casi di estrema necessità”*, e ignora volutamente i dettati delle linee guida internazionali che regolano la applicazione di sistemi restrittivi o contenitivi e che fanno dell’infermiere un vero e proprio baluardo verso un uso improprio ed iniquo dei mezzi di contenzione.

7. Sudditanza manifesta

Gli infermieri che nel proseguo del dibattito dichiarano di avere semplicemente eseguito un ordine, si umiliano dal punto di vista professionale, ma non aver fornito alcuna documentazione del processo infermieristico, che sarebbe dovuto essere stato messo in atto obbligatoriamente, l’aver accettato delle disposizioni “a voce” da parte del personale medico e l’essersi nascosti dietro la mancanza di formazione, resa peraltro obbligatoria dal D.Lgs 229/99, pare aver fornito loro un valido alibi. Incredibilmente il Giudice accoglie tali motivazioni e li assolve dai reati ascritti invece al personale medico.

8. La negligenza

L'evidente negligenza, sottolineata dalle stesse cronache che hanno a più riprese trattato il caso e che chiunque può constatare esaminando gli atti del processo, la mancanza di cure adeguate, la consapevolezza che tale assenza avrebbe potuto condurre, come poi effettivamente successo, il paziente a morte certa, sembrano non essere comportamenti sufficientemente rilevanti affinché un collegio giudicante ravvisi elementi di colpevolezza da parte del personale incaricato della salvaguardia di una vita, della vita di Francesco Mastrogiovanni.

Sorvolando ma non ignorando la leggerezza con la quale le autorità preposte hanno disposto il Trattamento Sanitario Obbligatorio nei confronti di Mastrogiovanni (l'art. 34 della legge 180/1978l altrimenti conosciuta come legge Basaglia conferma l'adozione di un TSO *“se esistono alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici e se gli stessi non vengano accettati dall'infermo”*), mi preme soffermarmi sull'art. 1 del codice Deontologico, che recita: *“l'infermiere è operatore sanitario che ... è responsabile dell'assistenza e che è sua responsabilità curare e prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo”*.

È per questo motivo che sento di poter definire questa prima sentenza come un'offesa alla professione infermieristica o a chi questa professione svolge con coscienza e dedizione. Un segno chiaro di come ancora oggi la figura dell'infermiere faccia tanta fatica ad affermarsi e a trovare uno status professionalmente riconosciuto nel panorama sanitario: celare le proprie responsabilità dietro al potere decisionale del medico, reca un danno incommensurabile alla categoria e a quanti vi si applicano quotidianamente, impedendone la giusta crescita e il giusto riconoscimento.

L'assoluzione di tutti gli infermieri presenti, considerati solo come meri esecutori delle prescrizioni impartite dai medici, uccide per la terza volta il povero Mastrogiovanni.

Il 5 novembre 2014 prenderà il via il secondo appello presso il tribunale di Vallo della Lucania. Si spera vivamente che questa volta la Giustizia sia in aula.

Bibliografia

- Legge 13 Maggio 1978, n. 180.
- Codice Deontologico degli Infermieri, Federazione IPASVI, 2009.
- Atti giudiziari del processo e perizia medico-legale forniti dai familiari di Mastrogiovanni.

- **Siti Internet consultati sull'argomento “contenzione”:**
- <http://www.ipasvi.tn.it/>
- http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&cid=168&area=salute%20mentale&menu=ret e
- http://www.aifl.eu/index.php?option=com_content&view=article&id=231:legge-basaglia-linfermiere-il-tso-e-la-contenzione-fisica&catid=25:materiale-interessante-dall-associazione&Itemid=37
- <http://www.operatoresociosanitario.net/elementi-di-medicina/189-la-contenzione-in-spdc>

- **Siti internet (alcuni) consultati sul “caso Mastrogiovanni”:**

- <http://www.giustiziaperfranco.it/>
- <http://espresso.repubblica.it/attualita/cronaca/2012/09/28/news/cosi-hanno-ucciso-mastrogiovanni-1.46861>
- <http://www.agoravox.it/Francesco-Mastrogiovanni-morte.html>
- <http://www.abusodipolizia.it/index.php/news/160-franco-mastrogiovanni>

Cenno biografico: Cinzia Spaccatrosi nasce a Roma il 20/01/1973, si diploma presso l'istituto di ragioneria "Garrazzani" di Roma, acquisisce la laurea Infermieristica nel 1993 presso il centro didattico polivalente in Piazza Santa Maria della Pietà (Rm). Nel 1994 acquisisce il titolo di tecnico di emodialisi presso la struttura privata Nuova Villa Claudia. Nel 1998 acquisisce il master universitario in area critica e strumentistica presso l'Università Cattolica di Roma. Nel 2013 ha conseguito il master universitario di infermieristica legale e forense e gestione del rischio clinico, presso l'Università UNINT di Roma. Attualmente discende presso la stessa università per conseguire il master di management della formazione nel sistema sanitario. Dal 1993 ad oggi lavora in qualità di infermiera strumentista in sala operatoria, presso l'ACO San Filippo Neri di Roma. Attualmente collabora con studi legali in qualità di infermiera legale forense.

Indirizzo di posta elettronica: c.spaccatrosi@gmail.com

La sentenza



TRIBUNALE DI VALLO DELLA LUCANIA

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Tribunale di Vallo della Lucania, nella persona del Giudice monocratico dr.ssa Elisabetta Garzo, alla pubblica udienza del 30 ottobre 2012 ha pronunciato e pubblicato mediante lettura del dispositivo la seguente

sentenza

P.Q.M.

letti gli artt. 533 e 535 c.p.p.,

dichiara

Barone Rocco e Basso Raffaele colpevoli dei reati loro ascritti ai capi A), B), C), D) ed E) della rubrica;

Di Genio Michele colpevole dei reati a lui ascritti ai capi A), B), C) e D) della rubrica;

Mazza Amerigo e Ruberto Anna Angela colpevoli dei reati loro ascritti ai capi A), B) e C) della rubrica;

Della Pepa Michele colpevole dei reati a lui ascritti ai capi A) e B) della rubrica

e, concesse a tutti gli imputati le circostanze attenuanti generiche dichiarate equivalenti alle aggravanti contestate, unificati i reati ex art. 81 c.p.

condanna

Barone Rocco e Basso Raffaele alla pena di anni quattro di reclusione ciascuno;

Di Genio Michele alla pena di anni tre, mesi sei di reclusione;

Mazza Amerigo e Ruberto Anna Angela alla pena di anni tre di reclusione ciascuno;

Della Pepa Michele alla pena di anni due di reclusione.

Condanna tutti i predetti imputati al pagamento in solido delle spese processuali.

Pena sospesa per *Della Pepa Michele*.

Letto l'art.29 c.p. dichiara *Di Genio Michele, Barone Rocco, Basso Raffaele, Mazza Amerigo e Ruberto Anna Angela* interdetti dai pubblici uffici per la durata di anni cinque.

Condanna *Di Genio Michele, Barone Rocco, Basso Raffaele, Mazza Amerigo, Ruberto Anna Angela e Della Pepa Michele* in solido tra loro e con il responsabile civile ASL SA in persona del Direttore Generale e legale rappresentante p.t. al risarcimento del danno in favore delle costituite parti civili:

a) *De Marino Teresa*;

b) Chiara Mastrogiovanni, Alessandro Mastrogiovanni, Caterina Mastrogiovanni e Rosalba Mastrogiovanni;

c) Mancoletti Giuseppe;

d) A.S.L. Salerno in persona del legale rappresentante p.t.

e) Associazione "UNASAM" in persona del legale rappresentante p.t.;

f) Associazione "Movimento per la Giustizia Robin Hood" in persona del legale rappresentante p.t.;

g) Associazione "Telefono Viola" in persona del legale rappresentante p.t.;

h) "Comitato di Iniziativa Psichiatrica" in persona del legale rappresentante p.t.;

da liquidarsi in separato giudizio civile nonché alla rifusione delle spese di assistenza e difesa, che si liquidano per le parti civili De Marino Teresa, ASL Salerno in persona del legale rappresentante p.t., Mancoletti Giuseppe, "UNASAM" in persona del legale rappresentante p.t., "Movimento per la Giustizia Robin Hood" in persona del legale rappresentante p.t., "Telefono Viola" in persona del legale rappresentante p.t. e "Comitato di Iniziativa Psichiatrica" in persona del legale rappresentante p.t. in complessivi € 3.000,00 (tremila/00) ciascuna ed altresì per le parti civili Chiara Mastrogiovanni, Alessandro Mastrogiovanni, Caterina Mastrogiovanni, Rosalba Mastrogiovanni in complessivi euro 4.000,00 (quattromila/00) ~~per~~, oltre I.V.A. e C.P.A. come per legge; rigetta tutte le ulteriori richieste avanzate ex art. 539, 2° comma c.p.p. e 541 2° comma c.p.p.

Letto l'art. 530 cpv. c.p.p., *assolve De Vita Antonio, Cirillo D'Agostino Maria, Tardio Antonio, Gaudio Alfredo, Minghetti Massimo, Luongo Antonio, Cortazzo Carmela, Oricchio Nicola, Forino Giuseppe, Scarano Marco e Russo Raffaele* dai reati loro ascritti in concorso ai capi B) e C) della rubrica perché il fatto non costituisce reato;

Letto l'art. 530 cpv. c.p.p., *assolve Forino Giuseppe, Oricchio Nicola, Luongo Antonio, Gaudio Alfredo e Scarano Marco* dal reato loro ascritto in concorso al capo E) della rubrica perché il fatto non costituisce reato;

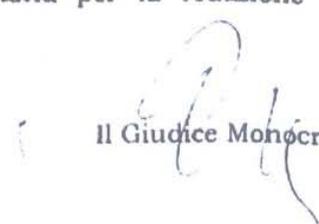
Letto l'art. 530 c.p.p., *assolve Di Genio Michele, De Vita Antonio, Tardio Antonio e Russo Raffaele* dal reato loro ascritto al capo E) della rubrica per non aver commesso il fatto.

Letto l'art. 530 c.p.p., *assolve Della Pepa Michele* dal reato a lui ascritto al capo C) della rubrica per non aver commesso il fatto;

Letto l'art. 530 c.p.p., *assolve Casaburi Juan José* dai reati a lui ascritti ai capi B) e C) della rubrica per non aver commesso il fatto;

Letto l'art. 544 c.p.p. indica il termine di giorni novanta per la redazione della motivazione della sentenza.

Così deciso in Vallo della Lucania il 30 ottobre 2012.


Il Giudice Monocratico

RELAZIONE DI CONSULENZA TECNICA D'UFFICIO

Cinzia Spaccatrosi

Perizia tecnica

Dott.ssa Spaccatrosi Cinzia

Infermiera Strumentista clo Azienda Ospedaliera S.F.N.

Infermiera Forense

Ill.mo Giudice XXXXXXXXXXXX

Tribunale Civile Vallo della Lucania

Presidente Sez. Civile – Dr. XX YY

RELAZIONE di CONSULENZA TECNICA D'UFFICIO

Alla Causa: sig. Mastrogiovanni Francesco. vs Presidio Ospedaliero San Luca

Con per Oggetto: valutazione sullo stato d'innocenza degli infermieri

PREMESSA

Nell'Udienza del 18/12/2013 la S.V. Ill.ma Giudice Istruttore del Tribunale di Vallo della Lucania, mi ha incaricato, quale CTU della Causa in epigrafe, a valutare fuori dalla presenza dell'Ufficio, se sussistano responsabilità infermieristiche sul decesso del Mastrogiovanni Francesco, allo scopo di rispondere con adeguata relazione scritta, ai seguenti quesiti:

- A) **Quale** sia stata la realtà, la natura e l'entità delle lesioni sofferte dall'Attore;
- B) **Se sussista** o meno il rapporto di causalità, motivando tra detta lesione e il fatto denunciato;
- C) **Se sussista** una Responsabilità infermieristica e in quale misura.

Mi si autorizzava al ritiro delle documentazioni di parte. -----

Si assegnava il termine di 60 gg. Dall'inizio delle operazioni peritali, per il deposito dell'Elaborato peritale. -----

OPERAZIONI PERITALI

Si rinvia al Verbale di Inizio Operazioni Peritali del 21/12/2013 (che si allega al presente Elaborato), svolte in persona di: Sara Mastrogiovanni nata a Roma il 00/00/0000 ed ivi residente in via xxxxxxxxxxxxxx.

CF: xxxxxxxxxxx

Non ha partecipato nessun CTP di parte alle Operazioni Peritali. -----

DATI E CIRCOSTANZE DEL FATTO DESCRITTE IN CARTELLA CLINICA

In data 31/07/2009 (circa quattro anni orsono), nel pomeriggio alle 12,37 il sig. Mastrogiovanni Francesco di anni 56 all'epoca, veniva ricovero in regime di trattamento sanitario obbligatorio con Ordinanza del Sindacale n.53 del Sindaco di Pollica, presso l'Azienda Sanitaria Locale SA/3 Presidio Ospedaliero San Luca di Vallo della Lucania per "Disturbo schizofrenico in soggetto con dipendenza da cannabinoidi".

Il giorno 31/07/2009, a detta dei medici del reparto, il sig. Mastrogiovanni Francesco viene trovato in stato irascibilità e di innalzamento patologico del tono dell'umore, anche se dai video inseriti come prova negli atti del Processo tale condizione non risulta. In detto giorno, nonostante il paziente sia collaborante e per nulla aggressivo gli vengono somministrati dei sedativi.

Egli si siede sul letto, consuma un pasto e subito dopo si addormenta. Dopo circa due ore, mentre dorme, gli vengono applicati i mezzi coercitivi (fasce agli arti superiori ed inferiori) ed un catetere vescicale.

Successivamente il paziente al risveglio tenta di sciogliersi e di alzarsi. Egli cade dal letto nonostante gli arti bloccati e rimane in sospensione per circa due ore. Gli infermieri intervengono tardivamente e decidono l'applicazione di un pannolone contenitivo per le feci. In questo frangente il letto del paziente è sprovvisto di biancheria e gli viene applicata una flebo di soluzione fisiologica e allo stesso tempo gli viene praticata una contenzione farmacologica per tenerlo tranquillo. L'idratazione del paziente avviene esclusivamente con tale flebo di 500 ml di soluzione fisiologica distribuita nelle 48 ore, quindi non idonea a mantenere una corretta omeostasi del paziente, quindi uno stato di equilibrio interno che viene mantenuto grazie ad una corretta alimentazione e idratazione. In caso contrario, uno squilibrio omeostatico indebolisce l'organismo e lo espone a diverse situazioni di rischio per la vita. In queste 48 ore il paziente si sfilia più volte il catetere venoso nel tentativo di liberarsi dalle fasce contenitive, ferendosi e provocando una vistosa macchia rossa sul pavimento, presumibilmente sangue. Gli infermieri intervengono, dopo una chiamata del paziente accanto, riposizionando il paziente nel letto e restringendo ulteriormente le fasce contenitive. La macchia rossa verrà pulita da un inserviente. Dal video si rileva che il paziente è nudo sul letto e privo di pannolone, l'unico che verrà applicato per tutto il ricovero, strappato dallo stesso. Il paziente non viene medicato nella zona dove si era ferito rimuovendosi l'ago e così resta per altre 24 ore.

Gli interventi infermieristici, durante tutta la degenza, sono sporadici e limitati esclusivamente nel riposizionare il paziente nel letto e a stringere le fasce contenitive. Mai nessuno di loro ha provveduto ad alimentarlo né a farlo bere, né a permettergli di muoversi.

La notte del 04/08/2009, poco dopo le 24,00, il paziente appare dispnoico ed esausto. Non è intervenuto nessuno. Alle ore 01,30 della stessa notte, il sig. Mastrogiovanni decede e verrà trovato morto solo alle 07,00 durante il giro programmato degli infermieri. Qui vengono immediatamente rimosse le fasce contenitive, gli stessi infermieri si allontanano dalla camera e viene richiesto l'intervento del medico, il quale non toccherà mai il paziente e disporrà un ECG e il massaggio cardiaco che verrà eseguito da un infermiere.

Alle ore 07,30, dopo l'intervento del rianimatore, si dichiara l'avvenuto decesso.

Risulta agli atti una Perizia Medico Legale del dott. Adamo Maiese, Procura Penale n. 1799 del 2009, Registro Mod. 21 – relativo al decesso di Mastrogiovanni Francesco.

ACCERTAMENTI PERITALI

Dalla Cartella Clinica: L'anamnesi patologica remota all'entrata descrive una patologia psichica da circa 20 anni saltuariamente controllata da terapia psicofarmacologica. Ha avuto numerosi ricoveri presso lo stesso SPDC, molti dei quali in regime di TSO -----

L'es. obiettivo clinico all'entrata fu negativo per altre patologie. -----

In data 31/07/2009 alle ore 12,37 veniva sottoposto ad un TSO-----

All'ingresso nel reparto viene praticata una terapia farmacologica e viene data comunicazione alla Direzione Sanitaria dell'avvenuto ricovero con Ordinanza Sindacale n. 53 del Sindaco di Pollica. Il paziente è tranquillo e riposa a letto.----

Si richiedono esami ematochimici e delle urine ed un ECG. Si definisce la terapia farmacologica.-----

Alle 14,30 dopo richiesta dei Carabinieri di Pollica viene eseguito un secondo prelievo ematico e delle urine per verificare la presenza di sostanze stupefacenti ed alcoliche.

Alle ore 17,00 gli esami ematochimici richiesti in urgenza pervenuti, rilevano la presenza nel sangue di cannabinoidi. -----

Alle ore 21,00 il paziente dorme e non gli viene praticata la terapia prevista. Si somministra una soluzione fisiologica da 500 ml. -----

Il giorno 02/08/2009 si aggiunge in terapia una soluzione glucosata da 500 ml. --

La terapia delle ore 20,00, compresa la soluzione fisiologica da 500 ml non viene somministrata poiché il paziente dorme. -----

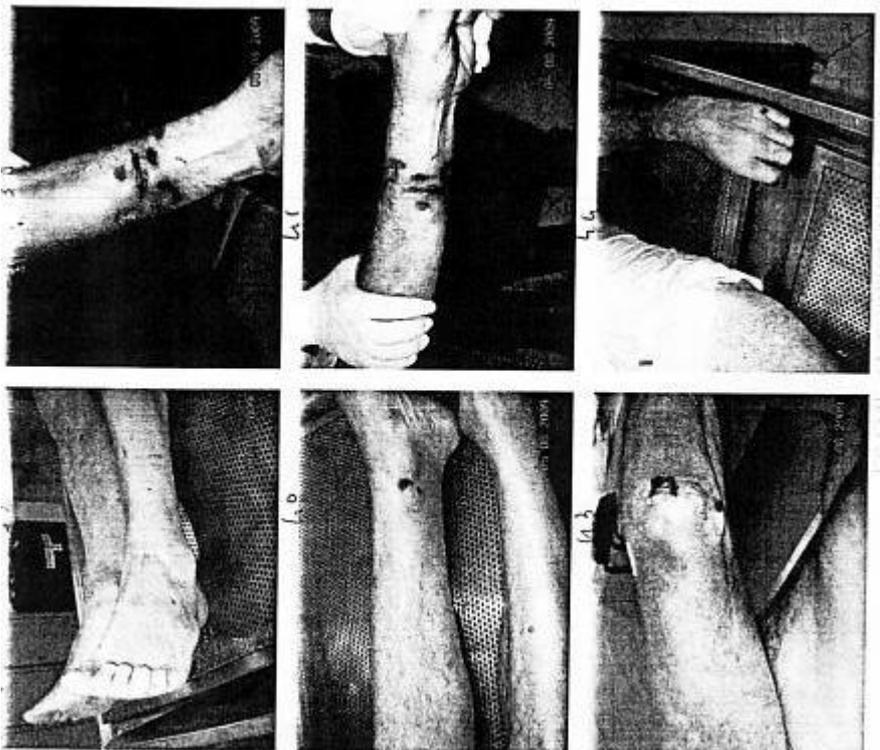
Il giorno 03/08/2009 perdurano le condizioni di agitazione psicomotoria con irascibilità e declinazione delirante. Si aggiunge in terapia un anticoagulante. Viene applicata la flebo si soluzione glucosata da 500 ml. -----

Alle 20,00 non viene somministrata la terapia poiché il paziente dorme. -----

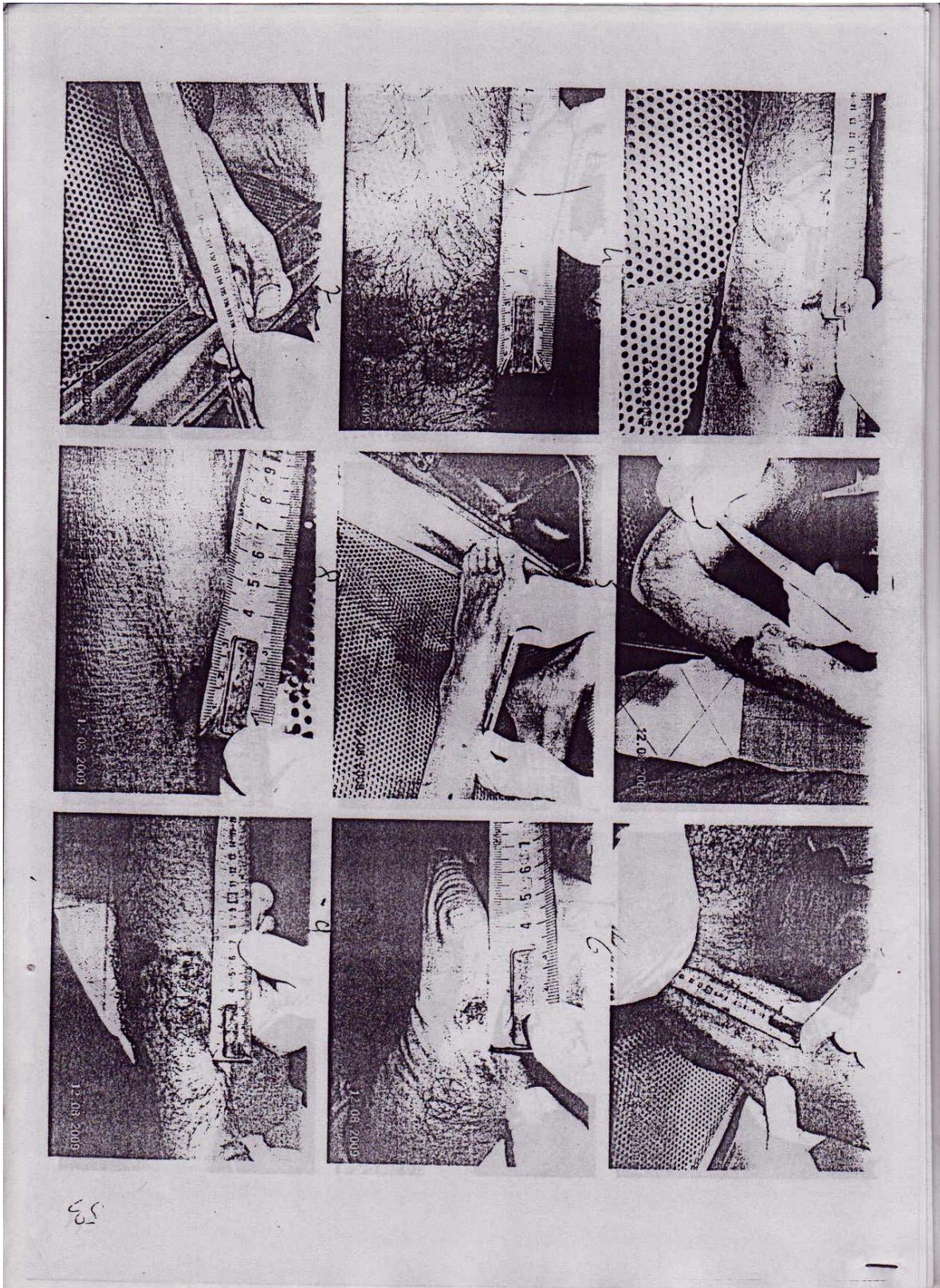
Il giorno 04/08/2009 alle ore 07,20 improvviso arresto cardiocircolatorio, si richiede una consulenza rianimatoria urgente. Intanto si pratica cortisone e.v.----

Alle ore 07,35 consulenza rianimatoria: paziente in arresto cardiocircolatorio, midriasi fissa, IOT, si continua massaggio cardiaco esterno. Si richiede ECG per mostrare una linea cardiaca isoelettrica. Si constata il decesso alle ore 07,40. ---

Alle ore 07,52 si pratica un ECG come documentazione del decesso. -----



Referto fotografico autoptico del sig. Mastrogiovanni



Referto fotografico autoptico del sig. Mastrogiovanni

CONSIDERAZIONI

In base alla Legge Basaglia del 1978, il TSO può essere applicato esclusivamente nei casi in cui un paziente si presenta in uno stato di agitazione evidente e pericolosa per se stesso e gli altri. Nel caso di Mastrogiovanni, lo stato di agitazione è escluso considerando che esistono delle registrazioni video che provano tale situazione. Il paziente infatti appare collaborante, stringe la mano agli infermieri e consuma l'unico pasto di tutto il ricovero. Nonostante ciò gli viene comunque somministrata la terapia sedativa che gli provoca un sonno profondo. Comunque non sussistano condizioni di rischio per il paziente, gli vengono applicate le fasce di contenzione dopo una disposizione verbale del medico, senza che tale disposizione venisse scritta in Cartella Clinica da nessuno, ne tantomeno tale contenzione viene registrata nell'apposito Registro, quindi risulta arbitraria. Secondo le Linee Guida internazionali vigenti dell'Istituto JoannaBriggs, si raccomanda che il paziente contenuto venga valutato e mobilitato dal personale infermieristico ogni 2 ore e visitato dal medico psichiatra ogni 8 ore per valutare la necessità del proseguimento contenitivo.

Sempre secondo tali Linee Guida, devono essere valutati i parametri vitali del paziente (frequenza cardiaca, pressione arteriosa, saturimetria) e iniziata la terapia anticoagulante, assicurata una idonea alimentazione e idratazione del paziente e altre raccomandazioni che è possibile reperire alla pag. 43 del presente Elaborato. Tutte azioni non attuate dal personale. Gli infermieri violano art 1 del codice Deontologico che recita *“l'infermiere è operatore sanitario che ... è responsabile dell'assistenza e che è sua responsabilità curare e prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo”*. Inoltre l'Art. 54 del C.P. recita che determinati atti possono essere utilizzati in casi di stretta necessità, risulta evidente che tale necessità di contenzione va contro quanto dichiarato nello stesso Articolo del C.P. poiché non sussisteva alcuno stato di necessità.

Esiste certamente un rapporto causale diretto e materiale tra il fatto denunciato e l'exitus del sig. Mastrogiovanni

In riferimento alle tabelle giudiziarie per il risarcimento dei danni a favore dei famigliari reperite in rete in vigore presso il Tribunale di Roma risulta che la nipote del sig. Mastrogiovanni abbia diritto ad un risarcimento così distribuito:

Calcolo Danno Non Patrimoniale da Perdita Parentale

(secondo il metodo del Tribunale di Roma)

QUADRO di RIFERIMENTO (dati anagrafici e status familiare)

La vittima aveva **56 anni** al momento del decesso.

Il congiunto ha **35 anni**, è **nipote** della vittima e **non convivente**.

Nel nucleo familiare sono presenti altri familiari e nessun convivente.

SVILUPPO del CALCOLO

Tabella di riferimento	2013
Valore del Punto Base	€ 9.285,00
Punti riconosciuti per il grado di parentela	6
Punti in base all'età della vittima	3
Punti in base all'età del nipote	4
Punti per l'assenza di altri conviventi	2
Punti totali riconosciuti	15
IMPORTO del RISARCIMENTO	€ 139.275,00

Poichè il nipote non era convivente con la vittima, il punteggio complessivo può essere **ridotto fino a 1/3**; di conseguenza, sulla base dei dati inseriti, il punteggio riconosciuto può variare da 10 e 15 punti, con un importo totale del risarcimento che oscilla tra € 92.850,00 e € 139.275,00.

CONCLUSIONI

Per tutto quanto sopra esposto, a conclusione delle considerazioni peritali espresse e motivate, si risponde ai Quesiti richiesti:

A) A causa dell'applicazione coercitiva prolungata il sig. Mastrogiovanni ha subito un impedimento al corretto movimento della gabbia toracica e quindi alla fisiologica respirazione; ha subito una probabile stati venosa da prolungata immobilità degli arti; ha subito una decadenza nutrizionale dovuta ad un insufficiente apporto di alimentazione; ha subito una disidratazione dovuta ad un insufficiente apporto di liquidi per via enterale e per via parenterale; a causa del posizionamento delle fasce contenitive e dell'assenza di controllo da parte del personale ha subito lesioni visibili e profonde di circa 2 cm (secondo quanto dichiarato nella perizia del medico legale n. 1799 del 2009) ai polsi e alle caviglie; ha subito lesioni al malleolo di forma centrica che fa pensare ad un contatto prolungato con il dispositivo di chiusura delle fasce; il paziente decede a causa di edema polmonare presumibilmente a causa della non idonea postura e delle concause descritte sopra; -----

B) Alla luce di quanto già riportato ed escludendo la preesistenza di problematiche respiratorie e cardiache, si evince che esiste certamente un rapporto causale diretto e materiale tra il fatto denunciato e il decesso; -----

C) Dopo quanto descritto nelle CONSIDERAZIONI e negli ACCERTAMENTI PERITALI si evince che la responsabilità infermieristica certamente sussiste. Gli infermieri hanno infatti agito con colpa per elevata negligenza nel momento in cui hanno disatteso gli articoli del Codice Deontologico di seguito descritti:

Art 8 – l’infermiere nel caso di conflitti determinati da diverse visioni etiche s’impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo. Qualora vi fosse e persistesse una richiesta di attività in contrasto con i principi etici della professione e con i propri valori, si avvale della clausola di coscienza, facendosi garante delle prestazioni necessarie per l’incolumità e la vita dell’assistito. (dovevano rifiutare l’ordine verbale per la contenzione imposto dal medico)

Art 30 – l’infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali.

Art 33 – l’infermiere che rilevi maltrattamenti o privazioni a carico dell’individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

Il trattamento subito dal sig. Mastrogiovanni ha certamente aumentato il rischio di incorrere in un suo aggravamento generale portandolo poi al decesso. Così come descritto nella letteratura scientifica internazionale, i pazienti in terapia contenitiva devono essere assistiti dal personale infermieristico in maniera scientifica e continuativa, così come descritto dalle Linee Guida internazionali vigenti dell’Istituto JoannaBriggs. Tali regole violate pongono quindi gli infermieri del reparto in una evidente Responsabilità degli eventi accorsi al sig. Mastrogiovanni.

Il Consulente Tecnico d’Ufficio

Dott.ssa Spaccatrosi Cinzia

Legge 13 maggio 1978, n. 180

Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori

pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 16 maggio 1978, n. 133.

Art. 1

Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono volontari.

Nei casi di cui alla presente legge e in quelli espressamente previsti da leggi dello Stato possono essere disposti dall'autorità sanitaria accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici garantiti dalla Costituzione, compreso per quanto possibile il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori a carico dello Stato e di enti o istituzioni pubbliche sono attuati dai presidi sanitari pubblici territoriali e, ove necessari la degenza, nelle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate.

Nel corso del trattamento sanitario obbligatorio chi vi è sottoposto ha diritto di comunicare con chi ritenga opportuno.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori di cui ai precedenti commi devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento del sindaco, nella sua qualità di autorità sanitaria locale, su proposta motivata di un medico.

Art. 2

Accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale.

Le misure di cui al secondo comma del precedente articolo possono essere disposte nei confronti delle persone affette da malattie mentali.

Nei casi di cui al precedente comma la proposta di trattamento sanitario obbligatorio può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solo se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra ospedaliere.

Il provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera deve essere preceduto dalla convalida della proposta di cui all'ultimo comma dell'articolo 1 da parte di un medico della struttura sanitaria pubblica e deve essere motivato in relazione a quanto previsto nel precedente comma.

Procedimento relativo agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale.

Il provvedimento di cui all'articolo 2 con il quale il sindaco dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera, corredato dalla proposta medica motivata di cui all'ultimo comma dell'articolo 1 e dalla convalida di cui all'ultimo comma dell'articolo 2, deve essere notificato, entro 48 ore dal ricovero, tramite messo comunale, al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune.

Il giudice tutelare, entro le successive 48 ore, assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti, provvede con decreto motivato a convalidare o non convalidare il provvedimento e ne dà comunicazione al sindaco. In caso di mancata convalida il sindaco dispone la cessazione del trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera.

Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è disposto dal sindaco di un comune diverso da quello di residenza dell'infermo, ne va data comunicazione al sindaco di questo ultimo comune. Se il

provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è adottato nei confronti di cittadini stranieri o di apolidi, ne va data comunicazione al Ministero dell'interno e al consolato competente, tramite il prefetto. Nei casi in cui il trattamento sanitario obbligatorio debba protrarsi oltre il settimo giorno, ed in quelli di ulteriore prolungamento, il sanitario responsabile del servizio psichiatrico di cui all'articolo 6 è tenuto a formulare, in tempo utile, una proposta motivata al sindaco che ha disposto il ricovero, il quale ne dà comunicazione al giudice tutelare, con le modalità e per gli adempimenti di cui al primo e secondo comma del presente articolo, indicando la ulteriore durata presumibile del trattamento stesso. Il sanitario di cui al comma precedente è tenuto a comunicare al sindaco, sia in caso di dimissione del ricoverato che in continuità di degenza, la cessazione delle condizioni che richiedono l'obbligo del trattamento sanitario; comunica altresì la eventuale sopravvenuta impossibilità a proseguire il trattamento stesso. Il sindaco, entro 48 ore dal ricevimento della comunicazione del sanitario, ne dà notizia al giudice tutelare. Qualora ne sussista la necessità il giudice tutelare adotta i provvedimenti urgenti che possono occorrere per conservare e per amministrare il patrimonio dell'infermo. La omissione delle comunicazioni di cui al primo, quarto e quinto comma del presente articolo determina la cessazione di ogni effetto del provvedimento e configura, salvo che non sussistano gli estremi di un delitto più grave, il reato di omissione di atti di ufficio.

Art. 4

Revoca e modifica del provvedimento di trattamento sanitario obbligatorio.

Chiunque può rivolgere al sindaco richiesta di revoca o di modifica del provvedimento con il quale è stato disposto o prolungato il trattamento sanitario obbligatorio.

Sulla richiesta di revoca o di modifica il sindaco decide entro dieci giorni. I provvedimenti di revoca o di modifica sono adottati con lo stesso procedimento del provvedimento revocato o modificato.

Tutela giurisdizionale.

Chi è sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio, e chiunque vi abbia interesse, può proporre al tribunale competente per territorio ricorso contro il provvedimento convalidato dal giudice tutelare.

Entro il termine di trenta giorni, decorrente dalla scadenza del termine di cui al secondo comma dell'articolo 3, il sindaco può proporre analogo ricorso avverso la mancata convalida del provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio.

Nel processo davanti al tribunale le parti possono stare in giudizio senza ministero di difensore e farsi rappresentare da persona munita di mandato scritto in calce al ricorso o in atto separato. Il ricorso può essere presentato al tribunale mediante raccomandata con avviso di ricevimento.

Il presidente del tribunale fissa l'udienza di comparizione delle parti con decreto in calce al ricorso che, a cura del cancelliere, è notificato alle parti nonché al pubblico ministero.

Il presidente del tribunale, acquisito il provvedimento che ha disposto il trattamento sanitario obbligatorio e sentito il pubblico ministero, può sospendere il trattamento medesimo anche prima che sia tenuta l'udienza di comparizione.

Sulla richiesta di sospensiva il presidente del tribunale provvede entro dieci giorni.

Il tribunale provvede in camera di consiglio, sentito il pubblico ministero, dopo aver assunto informazioni e raccolte le prove disposte di ufficio o richieste dalle parti.

I ricorsi ed i successivi procedimenti sono esenti da imposta di bollo. La decisione del processo non è soggetta a registrazione.

Art. 6

Modalità relative agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale.

Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi e presidi psichiatrici extra ospedalieri.

A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge i trattamenti sanitari per malattie mentali che comportino la necessità di degenza ospedaliera e che siano a carico dello Stato o di enti e istituzioni pubbliche sono effettuati, salvo quanto disposto dal successivo articolo 8, nei servizi psichiatrici di cui ai successivi commi.

Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, anche con riferimento agli ambiti territoriali previsti dal secondo e terzo comma dell'articolo 25 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, individuano gli ospedali generali nei quali, entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, devono essere istituiti specifici servizi psichiatrici di diagnosi e cura.

I servizi di cui al secondo e terzo comma del presente articolo - che sono ordinati secondo quanto è previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128, per i servizi speciali obbligatori negli ospedali generali e che non devono essere dotati di un numero di posti letto superiore a 15 - al fine di garantire la continuità dell'intervento sanitario a tutela della salute mentale sono organicamente e funzionalmente collegati, in forma dipartimentale con gli altri servizi e presidi psichiatrici esistenti nel territorio.

Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano individuano le istituzioni private di ricovero e cura, in possesso dei requisiti prescritti, nelle quali possono essere attuati trattamenti sanitari obbligatori e volontari in regime di ricovero.

In relazione alle esigenze assistenziali, le province possono stipulare con le istituzioni di cui al precedente comma convenzioni ai sensi del successivo articolo 7.

Art. 7

Trasferimento alle regioni delle funzioni in materia di assistenza ospedaliera psichiatrica.

A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge le funzioni amministrative concernenti la assistenza psichiatrica in condizioni di degenza ospedaliera, già esercitate dalle province, sono trasferite, per i territori di loro competenza, alle regioni ordinarie e a statuto speciale. Resta ferma l'attuale competenza delle province autonome di Trento e di Bolzano.

L'assistenza ospedaliera disciplinata dagli articoli 12 e 13 del decreto-legge 8 luglio 1974, numero 264, convertito con modificazioni nella legge 17 agosto 1974, n. 386, comprende i ricoveri ospedalieri per alterazioni psichiche. Restano ferme fino al 31 dicembre 1978 le disposizioni vigenti in ordine alla competenza della spesa.

A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge le regioni esercitano anche nei confronti degli ospedali psichiatrici le funzioni che svolgono nei confronti degli altri ospedali.

Sino alla data di entrata in vigore della riforma sanitaria, e comunque non oltre il 1° gennaio 1979, le province continuano ad esercitare le funzioni amministrative relative alla gestione degli ospedali psichiatrici e ogni altra funzione riguardante i servizi psichiatrici e di igiene mentale.

Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano programmano e coordinano l'organizzazione dei presidi e dei servizi psichiatrici e di igiene mentale con le altre strutture sanitarie operanti nel territorio e attuano il graduale superamento degli ospedali psichiatrici e la diversa utilizzazione delle strutture esistenti e di quelle in

via di completamento. Tali iniziative non possono comportare maggiori oneri per i bilanci delle amministrazioni provinciali.

E' in ogni caso vietato costruire nuovi ospedali psichiatrici, utilizzare quelli attualmente esistenti come divisioni specialistiche psichiatriche di ospedali generali, istituire negli ospedali generali divisioni o sezioni psichiatriche e utilizzare come tali divisioni o sezioni neurologiche o neuropsichiatriche.

Agli ospedali psichiatrici dipendenti dalle amministrazioni provinciali o da altri enti pubblici o dalle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza si applicano i divieti di cui all'articolo 6 del decreto-legge 29 dicembre 1977, n. 946, convertito con modificazioni nella legge 27 febbraio 1978, n. 43.

Ai servizi psichiatrici di diagnosi e cura degli ospedali generali, di cui all'articolo 6, è addetto personale degli ospedali psichiatrici e dei servizi e presidi psichiatrici pubblici extra ospedalieri.

I rapporti tra le province, gli enti ospedalieri e le altre strutture di ricovero e cura sono regolati da apposite convenzioni, conformi ad uno schema tipo, da approvare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della sanità di intesa con le regioni e l'Unione delle province di Italia e sentite, per quanto riguarda i problemi del personale, le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative.

Lo schema tipo di convenzione dovrà disciplinare tra l'altro il collegamento organico e funzionale di cui al quarto comma dell'articolo 6, i rapporti finanziari tra le province e gli istituti di ricovero e l'impiego, anche mediante comando, del personale di cui all'ottavo comma, del presente articolo.

Con decorrenza dal 1° gennaio 1979 in sede di rinnovo contrattuale saranno stabilite norme per la graduale omogeneizzazione tra il trattamento economico e gli istituti normativi di carattere economico del personale degli ospedali psichiatrici pubblici e dei presidi e servizi psichiatrici e di igiene mentale pubblici e il trattamento economico e gli istituti normativi di carattere economico delle corrispondenti categorie del personale degli enti ospedalieri.

Art. 8

Infermi già ricoverati negli ospedali psichiatrici.

Le norme di cui alla presente legge si applicano anche agli infermi ricoverati negli ospedali psichiatrici al momento dell'entrata in vigore della legge stessa.

Il primario responsabile della divisione, entro novanta giorni dalla entrata in vigore della presente legge, con singole relazioni motivate, comunica al sindaco dei rispettivi comuni di residenza, i nominativi dei degenti per i quali ritiene necessario il proseguimento del trattamento sanitario obbligatorio presso la stessa struttura di ricovero, indicando la durata presumibile del trattamento stesso. Il primario responsabile della divisione è altresì tenuto agli adempimenti di cui al quinto comma dell'articolo 3.

Il sindaco dispone il provvedimento di trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera secondo le norme di cui all'ultimo comma dell'articolo 2 e ne dà comunicazione al giudice tutelare con le modalità e per gli adempimenti di cui all'articolo 3.

L'omissione delle comunicazioni di cui ai commi precedenti determina la cessazione di ogni effetto del provvedimento e configura, salvo che non sussistano gli estremi di un delitto più grave, il reato di omissione di atti di ufficio.

Tenuto conto di quanto previsto al quinto comma dell'articolo 7 e in temporanea deroga a quanto disposto dal secondo comma dell'articolo 6, negli attuali ospedali psichiatrici possono essere ricoverati, sempre che ne facciano richiesta, esclusivamente coloro che vi sono stati ricoverati anteriormente alla data di entrata in vigore della presente legge e che necessitano di trattamento psichiatrico in condizioni di degenza ospedaliera.

Art. 9

Attribuzioni del personale medico degli ospedali psichiatrici.

Le attribuzioni in materia sanitaria del direttore, dei primari, degli aiuti e degli assistenti degli ospedali psichiatrici sono quelle stabilite, rispettivamente, dagli articoli 4 e 5 e dall'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128.

Art. 10

Modifiche al codice penale.

Nella rubrica del libro III, titolo I, capo I, sezione III, paragrafo 6 del codice penale sono soppresse le parole: "di alienati di mente".

Nella rubrica dell'articolo 716 del codice penale sono soppresse le parole: "di infermi di mente o".

Nello stesso articolo sono soppresse le parole: "a uno stabilimento di cura o".

Art. 11

Norme finali.

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.

Le disposizioni contenute negli articoli 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 9 della presente legge restano in vigore fino alla data di entrata in vigore della legge istitutiva del servizio sanitario nazionale.

Fino a quando non si provvederà a modificare, coordinare e riunire in un testo unico le disposizioni vigenti in materia di profilassi internazionale e di malattie infettive e diffuse, ivi comprese le vaccinazioni obbligatorie, sono fatte salve in materia di trattamenti sanitari obbligatori le competenze delle autorità militari, dei medici di porto, di aeroporto e di frontiera e dei comandanti di navi o di aeromobili.

La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica.

Data a Roma, addì 13 maggio 1978

Leone - Andreotti - Bonifacio - Anselmi

Visto, il Guardasigilli: Bonifacio

Legge 180 come recepita dalla legge 833 del 1978

Estratto dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833

Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (articoli 33, 34, 35 e 64)

Art. 33 Norme per gli accertamenti ed i trattamenti sanitari volontari ed obbligatori

Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari sono di norma volontari. Nei casi di cui alla presente legge e in quelli espressamente previsti da leggi dello Stato possono essere disposti dall'autorità sanitaria accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori, secondo l'articolo 32 della Costituzione, nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici, compreso per quanto possibile il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura. Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento del sindaco nella sua qualità di autorità sanitaria, su proposta motivata di un medico. 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. Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori di cui ai precedenti commi devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato. L'unità sanitaria locale opera per ridurre il ricorso ai suddetti trattamenti sanitari obbligatori, sviluppando le iniziative di prevenzione e di educazione sanitaria ed i rapporti organici tra servizi e comunità. Nel corso del trattamento sanitario obbligatorio, l'infermo ha diritto di comunicare con chi ritenga opportuno. Chiunque può rivolgere al sindaco richiesta di revoca o di modifica del provvedimento con il quale è stato disposto o prolungato il trattamento sanitario obbligatorio. Sulle richieste di revoca o di modifica il sindaco decide entro dieci giorni. I provvedimenti di revoca o di modifica sono adottati con lo stesso procedimento del provvedimento revocato o modificato.

Art. 34 Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori per malattia mentale

La legge regionale, nell'ambito della unità sanitaria locale e nel complesso dei servizi generali per la tutela della salute, disciplina l'istituzione di servizi a struttura dipartimentale che svolgono funzioni preventive, curative e riabilitative relative alla salute mentale.

Le misure di cui al secondo comma dell'articolo precedente possono essere disposte nei confronti di persone affette da malattia mentale.

Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi e presidi territoriali extraospedalieri di cui al primo comma.

Il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solo se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere. Il provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera deve essere preceduto dalla convalida della proposta di cui al terzo comma dell'articolo 33 da parte di un medico della unità sanitaria locale e deve essere motivato in relazione a quanto previsto nel presente comma.

Nei casi di cui al precedente comma il ricovero deve essere attuato presso gli ospedali generali, in specifici servizi psichiatrici di diagnosi e cura all'interno delle strutture dipartimentali per la salute mentale comprendenti anche i presidi e i servizi extraospedalieri, al fine di garantire la continuità terapeutica. I servizi ospedalieri di cui al presente comma sono dotati di posti letto nel numero fissato dal piano sanitario regionale.

Art. 35 Procedimento relativo agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale e tutela giurisdizionale

Il provvedimento con il quale il sindaco dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera, da emanarsi entro 48 ore dalla convalida di cui all'articolo 34, quarto comma, corredato dalla proposta medica motivata di cui all'articolo 33, terzo comma, e dalla suddetta convalida deve essere notificato, entro 48 ore dal ricovero, tramite messo comunale, al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune. Il giudice tutelare, entro le successive 48 ore, assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti, provvede con decreto motivato a convalidare o non convalidare il provvedimento e ne dà comunicazione al sindaco. In caso di mancata convalida il sindaco dispone la cessazione del trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera.

Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è disposto dal sindaco di un comune diverso da quello di residenza dell'infermo, ne va data comunicazione al sindaco di questo ultimo comune, nonché al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune di residenza. Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è adottato nei confronti di cittadini stranieri o di apolidi, ne va data comunicazione al Ministero dell'interno, e al consolato competente, tramite il prefetto.

Nei casi in cui il trattamento sanitario obbligatorio debba protrarsi oltre il settimo giorno, ed in quelli di ulteriore prolungamento, il sanitario responsabile del servizio psichiatrico della unità sanitaria locale è tenuto a formulare, in tempo utile, una proposta motivata al sindaco che ha disposto il ricovero, il quale ne dà comunicazione al giudice tutelare, con le modalità e per gli adempimenti di cui al primo e secondo comma del presente articolo, indicando la ulteriore durata presumibile del trattamento stesso. Il sanitario di cui al comma precedente è tenuto a comunicare al sindaco, sia in caso di dimissione del ricoverato che in continuità di degenza, la cessazione delle condizioni che richiedono l'obbligo del trattamento sanitario; comunica altresì la eventuale sopravvenuta impossibilità a proseguire il trattamento stesso. Il sindaco, entro 48 ore dal ricevimento della comunicazione del sanitario, ne dà notizia al giudice tutelare.

Qualora ne sussista la necessità il giudice tutelare adotta i provvedimenti urgenti che possono occorrere per conservare e per amministrare il patrimonio dell'infermo.

La omissione delle comunicazioni di cui al primo, quarto e quinto comma del presente articolo determina la cessazione di ogni effetto del provvedimento e configura, salvo che non sussistano gli estremi di un delitto più grave, il reato di omissione di atti di ufficio.

Chi è sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio, e chiunque vi abbia interesse, può proporre al tribunale competente per territorio ricorso contro il provvedimento convalidato dal giudice tutelare. Entro il termine di trenta giorni, decorrente dalla scadenza del termine di cui al secondo comma del presente articolo, il sindaco può proporre analogo ricorso avverso la mancata convalida del provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio.

Nel processo davanti al tribunale le parti possono stare in giudizio senza ministero di difensore e farsi rappresentare da persona munita di mandato scritto in calce al ricorso o in atto separato. Il ricorso può essere presentato al tribunale mediante raccomandata con avviso di ricevimento.

Il presidente del tribunale fissa l'udienza di comparizione delle parti con decreto in calce al ricorso che, a cura del cancelliere, è notificato alle parti nonché al pubblico ministero.

Il presidente del tribunale, acquisito il provvedimento che ha disposto il trattamento sanitario obbligatorio e sentito il pubblico ministero, può sospendere il trattamento medesimo anche prima che sia tenuta l'udienza di comparizione.

Sulla richiesta di sospensiva il presidente del tribunale provvede entro dieci giorni. Il tribunale provvede in camera di consiglio, sentito il pubblico ministero, dopo avere assunto le informazioni e raccolto le prove disposte di ufficio o richieste dalle parti.

I ricorsi ed i successivi procedimenti sono esenti da imposta di bollo. La decisione del processo non è soggetta a registrazione.

TITOLO III NORME TRANSITORIE E FINALI

Art. 64 Norme transitorie per l'assistenza psichiatrica

La regione, nell'ambito del piano sanitario regionale, disciplina il graduale superamento degli ospedali psichiatrici o neuro-psichiatrici e la diversa utilizzazione, correlativamente al loro rendersi disponibili, delle strutture esistenti e di quelle in via di completamento. La regione provvede inoltre a definire il termine entro cui dovrà cessare la temporanea deroga per cui negli ospedali psichiatrici possono essere ricoverati, sempre che ne facciano richiesta, coloro che vi sono stati ricoverati anteriormente al 16 maggio 1978 e che necessitano di trattamento psichiatrico in condizioni di degenza ospedaliera; tale deroga non potrà comunque protrarsi oltre il 31 dicembre 1980.

Entro la stessa data devono improrogabilmente risolversi le convenzioni di enti pubblici con istituti di cura privati che svolgano esclusivamente attività psichiatrica.

E' in ogni caso vietato costruire nuovi ospedali psichiatrici, utilizzare quelli attualmente esistenti come divisioni specialistiche psichiatriche di ospedali generali, istituire negli ospedali generali divisioni o sezioni psichiatriche e utilizzare come tali divisioni o sezioni psichiatriche o sezioni neurologiche o neuro-psichiatriche.

La regione disciplina altresì, con riferimento alle norme di cui agli articoli 66 e 68, la destinazione alle unità sanitarie locali dei beni e del personale delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB) e degli altri enti pubblici che all'atto dell'entrata in vigore della presente legge provvedono, per conto o in convenzione con le amministrazioni provinciali, al ricovero ed alla cura degli infermi di mente, nonché la destinazione dei beni e del personale delle amministrazioni provinciali addetto ai presidi e servizi di assistenza psichiatrica e di igiene mentale. Quando tali presidi e servizi interessino più regioni, queste provvedono d'intesa.

La regione, a partire dal 1° gennaio 1979, istituisce i servizi psichiatrici di cui all'articolo 35, utilizzando il personale dei servizi psichiatrici pubblici. Nei casi in cui nel territorio provinciale non esistano strutture pubbliche psichiatriche, la regione, nell'ambito del piano sanitario regionale e al fine di costituire i presidi per la tutela della salute mentale nelle unità sanitarie locali, disciplina la destinazione del personale, che ne faccia richiesta, delle strutture psichiatriche private che all'atto dell'entrata in vigore della presente legge erogano assistenza in regime di convenzione, ed autorizza, ove necessario, l'assunzione per concorso di altro personale indispensabile al funzionamento di tali presidi.

Sino all'adozione dei piani sanitari regionali di cui al primo comma i servizi di cui al quinto comma dell'articolo 34 sono ordinati secondo quanto previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128, al fine di garantire la continuità dell'intervento sanitario a tutela della salute mentale, e sono dotati di un numero di posti letto non superiore a 15. Sino all'adozione dei provvedimenti delegati di cui all'articolo 47 le attribuzioni in materia sanitaria del direttore, dei primari, degli aiuti e degli assistenti degli ospedali psichiatrici sono quelle stabilite, rispettivamente, dagli articoli 4 e 5 e dall'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128. Sino all'adozione dei piani sanitari regionali di cui al primo comma i divieti di cui all'articolo 6 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386, sono estesi agli ospedali psichiatrici e neuro-psichiatrici dipendenti dalle IPAB o da altri enti pubblici o dalle

amministrazioni provinciali. Gli eventuali concorsi continuano ad essere espletati secondo le procedure applicate da ciascun ente prima della entrata in vigore della presente legge.

Tra gli operatori sanitari di cui alla lettera i) dell'articolo 27 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, numero 616, sono compresi gli infermieri di cui all'articolo 24 del regolamento approvato con regio decreto 16 agosto 1909, n. 615. Fermo restando quanto previsto dalla lettera q) dell'articolo 6 della presente legge la regione provvede all'aggiornamento e alla riqualificazione del personale infermieristico, nella previsione del superamento degli ospedali psichiatrici ed in vista delle nuove funzioni di tale personale nel complesso dei servizi per la tutela della salute mentale delle unità sanitarie locali.

Restano in vigore le norme di cui all'articolo 7, ultimo comma, della legge 13 maggio 1978, n. 180.

Tratto da: Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale" n. 360 del 28 dicembre 1978



Questa rivista segue una politica di "open access" a tutti i suoi contenuti nella convinzione che un accesso libero e gratuito alla ricerca garantisca un maggiore scambio di saperi.

Presentando un articolo alla rivista l'autore accetta implicitamente la sua pubblicazione in base alla licenza Creative Commons Attribution 3.0 Unported License.

Tu sei libero di:

- **Condividere** - riprodurre, distribuire, comunicare al pubblico, esporre in pubblico, rappresentare, eseguire e recitare questo materiale con qualsiasi mezzo e formato
- **Modificare** - remixare, trasformare il materiale e basarti su di esso per le tue opere
- per qualsiasi fine, anche commerciale.

- Il licenziante non può revocare questi diritti fintanto che tu rispetti i termini della licenza.

Ai seguenti termini:

- **Attribuzione** - Devi attribuire adeguatamente la paternità sul materiale, fornire un link alla licenza e indicare se sono state effettuate modifiche. Puoi realizzare questi termini in qualsiasi maniera ragionevolmente possibile, ma non in modo tale da suggerire che il licenziante avalli te o il modo in cui usi il materiale.

- **Divieto di restrizioni aggiuntive** - Non puoi applicare termini legali o misure tecnologiche che impongano ad altri soggetti dei vincoli giuridici su quanto la licenza consente loro di fare.



Questa rivista è pubblicata sotto licenza Creative Commons Attribution 3.0.

ISSN 2037-1195

Editore proprietario: Associazione "Psicologo di strada Onlus"

e-mail: rivistapsicodinamica.criminale@gmail.com