

SP

SISTEMA
PENALE

FASCICOLO

10/2025

COMITATO EDITORIALE Giuseppe Amarelli, Roberto Bartoli, Hervè Belluta, Michele Caianiello, Massimo Ceresa-Gastaldo, Adolfo Ceretti, Cristiano Cupelli, Francesco D'Alessandro, Angela Della Bella, Gian Paolo Demuro, Emilio Dolcini, Novella Galantini, Mitja Gialuz, Glauco Giostra, Antonio Gullo, Stefano Manacorda, Vittorio Manes, Luca Masera, Anna Maria Maugeri, Melissa Miedico, Vincenzo Mongillo, Francesco Mucciarelli, Claudia Pecorella, Marco Pelissero, Lucia Riscato, Marco Scoletta, Carlo Sotis, Costantino Visconti.

COMITATO SCIENTIFICO (REVISORI) Andrea Abbagnano Trione, Alberto Alessandri, Silvia Allegrezza, Chiara Amalfitano, Enrico Mario Ambrosetti, Ennio Amodio, Gastone Andrezza, Ercole Aprile, Giuliano Balbi, Marta Bargis, Enrico Basile, Fabio Basile, Alessandra Bassi, Teresa Bene, Carlo Benussi, Alessandro Bernardi, Marta Bertolino, Francesca Biondi, Rocco Blaiotta, Manfredi Bontempelli, Carlo Bonzano, Matilde Brancaccio, Carlo Bray, Renato Bricchetti, David Brunelli, Carlo Brusco, Silvia Buzzelli, Alberto Cadoppi, Lucio Camaldo, Gaia Caneschi, Stefano Canestrari, Giovanni Canzio, Francesco Caprioli, Matteo Caputo, Fabio Salvatore Cassibba, Donato Castronuovo, Elena Maria Catalano, Mauro Catenacci, Antonio Cavaliere, Francesco Centonze, Federico Consulich, Carlotta Conti, Stefano Corbetta, Roberto Cornelli, Fabrizio D'Arcangelo, Marcello Daniele, Gaetano De Amicis, Cristina De Maglie, Alberto De Vita, Jacopo Della Torre, Ombretta Di Giovine, Gabriella Di Paolo, Giandomenico Dodaro, Massimo Donini, Salvatore Dovere, Tomaso Emilio Epidendio, Luciano Eusebi, Riccardo Ferrante, Giovanni Fiandaca, Giorgio Fidelbo, Stefano Finocchiaro, Carlo Fiorio, Roberto Flor, Luigi Foffani, Dèsirèe Fondaroli, Gabriele Fornasari, Gabrio Forti, Piero Gaeta, Alessandra Galluccio, Marco Gambardella, Alberto Gargani, Loredana Garlati, Giovanni Grasso, Giulio Illuminati, Gaetano Insolera, Roberto E. Kostoris, Giorgio Lattanzi, Sergio Lorusso, Ernesto Lupo, Raffaello Magi, Vincenzo Maiello, Adelmo Manna, Grazia Mannozi, Marco Mantovani, Luca Marafioti, Enrico Marzaduri, Maria Novella Masullo, Oliviero Mazza, Francesco Mazzacuva, Claudia Mazzucato, Alessandro Melchionda, Chantal Meloni, Vincenzo Militello, Andrea Montagni, Gaetana Morgante, Lorenzo Natali, Renzo Orlandi, Luigi Orsi, Francesco Palazzo, Carlo Enrico Paliero, Lucia Parlato, Annamaria Peccioli, Chiara Perini, Lorenzo Picotti, Carlo Piergallini, Paolo Pisa, Luca Pistorelli, Daniele Piva, Oreste Pollicino, Domenico Pulitanò, Serena Quattrocchio, Tommaso Rafaraci, Paolo Renon, Maurizio Romanelli, Bartolomeo Romano, Gioacchino Romeo, Alessandra Rossi, Carlo Ruga Riva, Francesca Ruggieri, Elisa Scaroina, Laura Scomparin, Nicola Selvaggi, Sergio Seminara, Paola Severino, Rosaria Sicurella, Piero Silvestri, Fabrizio Siracusano, Nicola Triggiani, Andrea Francesco Tripodi, Giulio Ubertis, Maria Chiara Ubiali, Antonio Vallini, Gianluca Varraso, Vito Velluzzi, Paolo Veneziani, Francesco Viganò, Daniela Vigoni, Francesco Zacchè, Stefano Zirulia.

REDAZIONE Francesco Lazzeri, Giulia Mentasti (coordinatori), Dario Albanese, Enrico Andolfatto, Silvia Bernardi, Patrizia Brambilla, Pietro Chiaraviglio, Beatrice Fragasso, Elisa Grisonich, Alessandro Malacarne, Cecilia Pagella, Emmanuele Penco, Gabriele Pontepino, Sara Prandi, Tommaso Trinchera.

Sistema penale (SP) è una rivista *online*, aggiornata quotidianamente e fascicolata mensilmente, ad accesso libero, pubblicata dal 18 novembre 2019.

La *Rivista*, realizzata con la collaborazione scientifica dell'Università degli Studi di Milano e dell'Università Bocconi di Milano, è edita da Progetto giustizia penale, associazione senza fine di lucro con sede presso il Dipartimento di Scienze Giuridiche "C. Beccaria" dell'Università degli Studi di Milano, dove pure hanno sede la direzione e la redazione centrale. Tutte le collaborazioni organizzative ed editoriali sono a titolo gratuito e agli autori non sono imposti costi di elaborazione e pubblicazione.

La *Rivista* si uniforma agli standard internazionali definiti dal *Committee on Publication Ethics* (COPE) e fa proprie le relative linee guida.

I materiali pubblicati su *Sistema Penale* sono oggetto di licenza CC BY-NC-ND 4.00 International. Il lettore può riprodurli e condividerli, in tutto o in parte, con ogni mezzo di comunicazione e segnalazione anche tramite collegamento ipertestuale, con qualsiasi mezzo, supporto e formato, per qualsiasi scopo lecito e non commerciale, conservando l'indicazione del nome dell'autore, del titolo del contributo, della fonte, del logo e del formato grafico originale (salve le modifiche tecnicamente indispensabili). La licenza è consultabile su <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.

Peer review I contributi che la direzione ritiene di destinare alla sezione "Articoli" del fascicolo mensile sono inviati a un revisore, individuato secondo criteri di rotazione tra i membri del Comitato scientifico, composto da esperti esterni alla direzione e al comitato editoriale. La scelta del revisore è effettuata garantendo l'assenza di conflitti di interesse. I contributi sono inviati ai revisori in forma anonima. La direzione, tramite la redazione, comunica all'autore l'esito della valutazione, garantendo l'anonimato dei revisori. Se la valutazione è positiva, il contributo è pubblicato. Se il revisore raccomanda modifiche, il contributo è pubblicato previa revisione dell'autore, in base ai commenti ricevuti, e verifica del loro accoglimento da parte della direzione. Il contributo non è pubblicato se il revisore esprime parere negativo alla pubblicazione. La direzione si riserva la facoltà di pubblicare nella sezione "Altri contributi" una selezione di contributi diversi dagli articoli, non previamente sottoposti alla procedura di *peer review*. Di ciò è data notizia nella prima pagina della relativa sezione.

Di tutte le operazioni compiute nella procedura di *peer review* è conservata idonea documentazione presso la redazione.

Modalità di citazione Per la citazione dei contributi presenti nei fascicoli di *Sistema penale*, si consiglia di utilizzare la forma di seguito esemplificata: N. COGNOME, *Titolo del contributo*, in *Sist. pen.* (o *SP*), 1/2023, p. 5 ss.

**CONTENZIONE MECCANICA E TUTELA DEI DIRITTI FONDAMENTALI:
LACUNE NORMATIVE, INSUFFICIENTI GARANZIE PROCEDURALI E
PROSPETTIVE DI RIFORMA ALLA LUCE DELLA CONDANNA
DELL'ITALIA PER VIOLAZIONE DELL'ART. 3 CEDU**

Corte eur. dir. uomo, sentenza 7 novembre 2023, Lavorgna c. Italia, ric. 8436/21

di Antonella Lanteri

La condanna della Corte Edu del 7 novembre 2024 (caso Lavorgna c. Italia) per la violazione dell'art. 3 Cedu in relazione all'applicazione prolungata e sproporzionata della contenzione meccanica nei confronti di un paziente in TSO impone una riflessione sulla legittimità di una pratica ancora ampiamente diffusa all'interno dei luoghi di cura, ma priva di un fondamento normativo. Il contributo analizza la pronuncia esaminando i presupposti dell'impiego di strumenti coercitivi, ricostruendo il quadro normativo, anche alla luce delle garanzie costituzionali di cui agli artt. 13 e 32 Cost. Attraverso l'analisi del DDL n. 1179/2024, attualmente in corso di esame in commissione, si riflette sull'opportunità di introdurre una regolamentazione organica che, attraverso il rafforzamento delle garanzie giurisdizionali, assicuri la tutela effettiva dei diritti fondamentali della persona.

SOMMARIO: 1. Introduzione. – 2. Il caso. – 3. La pronuncia della Corte Edu nel caso Lavorgna – 3.1. Sviluppi interpretativi e nodi critici sulla necessità di applicazione della misura contenitiva. – 4. Il quadro normativo in materia di uso di strumenti di coercizione nei confronti del paziente psichiatrico. – 5. Quali garanzie costituzionali per i diritti del paziente meccanicamente contenuto? – 6. Contenzione meccanica e cause di giustificazione. – 7. Le pratiche di contenzione in Italia: criticità strutturali e prospettive di riforma. Considerazioni conclusive.

1. Introduzione.

Con la sentenza in commento¹, il 7 novembre 2024 la Corte europea dei diritti dell'uomo ha condannato l'Italia per violazione dell'art. 3 Cedu, per aver sottoposto un paziente psichiatrico, ricoverato in regime di trattamento sanitario obbligatorio, ad un uso prolungato e ingiustificato della contenzione meccanica. La decisione offre

¹ Corte Edu, sentenza 7 novembre 2023, Lavorgna c. Italia, ric. 8436/21. La sentenza è stata pubblicata in questa Rivista, [Contenzione meccanica prolungata in una struttura psichiatrica: la corte Edu condanna l'Italia per violazione dell'art. 3 Cedu](#), ed è stata commentata da G. DODARO, *La prosecuzione della contenzione meccanica di un paziente psichiatrico oltre il tempo strettamente necessario costituisce trattamento inumano e degradante in violazione dell'art. 3 Cedu*, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 4, 2024, p. 1496 ss.

l'occasione per tornare a riflettere sulla delicata questione dell'impiego di strumenti di coercizione all'interno dei luoghi di cura e sull'opportunità di regolamentarne per legge l'uso a tutela dei diritti fondamentali di libertà e della dignità della persona, costituzionalmente e convenzionalmente garantiti.

2. Il caso.

La vicenda trae origine dal ricorso presentato da un giovane paziente, all'epoca dei fatti diciannovenne, inizialmente ricoverato su base volontaria presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (in seguito, SPDC) dell'Ospedale Santa Maria delle Stelle di Melzo, con l'esigenza prioritaria di una rivalutazione, in ambiente protetto, della terapia farmacologica da assumere. La storia clinica del ricorrente, che già comprendeva tre precedenti ricoveri, evidenziava una diagnosi di PNAS – *psicosi non altrimenti specificata* –, associata a comportamenti etero aggressivi. Dalla sentenza in esame si apprende che il 7 ottobre 2014, in occasione di una visita dei genitori, il giovane chiedeva di far ritorno a casa e che a fronte del rifiuto del personale medico di dimmetterlo, ritenendo che la terapia farmacologica fosse ancora in fase di rivalutazione, reagiva con «aggressione fisica nei confronti del padre e successivamente nei confronti della madre e del primario»². In considerazione dello stato di acuzie psichiatrica del paziente, veniva disposto il TSO con contestuale sottoposizione a sedazione farmacologica e a contenzione meccanica³ a caviglie e polsi, che si sarebbe protratta per quasi otto giorni.

Trascorsi diversi mesi dalle dimissioni, il 25 novembre 2015 il paziente denunciava i due medici del SPDC di Melzo per maltrattamenti (art. 572 c.p.), sequestro di persona (art. 605 c.p.) e violenza privata (art. 610 c.p.), lamentando un'intenzionale e arbitraria sottoposizione da parte dei sanitari a un'immobilizzazione meccanica e farmacologica, che gli avrebbe causato intense sofferenze fisiche e psichiche.

Il 7 febbraio 2019 il Pubblico Ministero chiedeva l'archiviazione del procedimento, rilevando – tra l'altro – come il trattamento coercitivo e, in particolare, l'uso della forza fisica esercitata trovasse giustificazione nel dovere di cura che investe i sanitari a tutela della salute e dell'integrità fisica dei pazienti o terzi. In quel contesto,

² Corte Edu, I sez., 7 novembre 2024, Lavorgna c. Italia, p. 2.

³ Il *National Institutes of Health* (NIH) definisce i mezzi di contenzione come «dispositivi che limitano i movimenti del paziente. Le contenzioni possono aiutare a impedire che una persona faccia male o arrechi danno ad altri, compresi coloro che la assistono» (*Use of restraints*, in *A.D.A.M. Medical Encyclopedia*, 2023, disponibile al seguente [link](#)). Le modalità della contenzione sono eterogenee per forma e intensità. Possono consistere nell'apposizione di misure strutturali-organizzative che modificano l'ambiente di vita del paziente, come la chiusura o la vigilanza da parte del personale sanitario delle porte d'ingresso del reparto o del servizio, il divieto di uscita senza accompagnatore, l'isolamento in un'apposita camera (c.d. contenzione ambientale), nella somministrazione di farmaci, tranquillanti o sedativi, in dosaggi non giustificati da esigenze di cura (c.d. contenzione farmacologica), nell'uso della forza fisica (c.d. contenzione fisico-manuale) o, infine, nell'impiego di appositi strumenti, applicati al corpo del paziente o nelle sue vicinanze, che ne bloccano, limitano o rendono difficoltosa la mobilità (c.d. contenzione meccanica). Sul tema cfr. R. CATANESI, F. CARABELLESE, G. TROCCHI, *Contenzione fisica in psichiatria*, in V. VOLTERRA (a cura di), *Psichiatria forense, criminologia ed etica psichiatrica*, Elsevier-Masson, Milano, 2010, p. 968 ss.

secondo le valutazioni della Procura, risultavano integrati i requisiti per l'applicazione della contenzione, avendo il personale sanitario, come prescritto dal Protocollo all'epoca in vigore presso il SPDC di Melzo, assolto l'obbligo di rivalutare periodicamente la necessità di prosecuzione della misura coercitiva.

Con ordinanza del 21 luglio 2020, il Giudice per le indagini preliminari del Tribunale di Milano accoglieva la richiesta di archiviazione avanzata dal Pubblico Ministero, giustificando – tra l'altro – il «periodo di tempo significativo» di applicazione della misura restrittiva in ragione della grave condizione psicofisica del paziente, valutata dai sanitari come non stabile o migliorata nel corso dei primi giorni di contenzione.

Il 29 gennaio 2021, a seguito dell'ordinanza di archiviazione del Giudice per le indagini preliminari – divenuta irrevocabile per effetto del respingimento della sua opposizione –, il ricorrente depositava un ricorso alla Corte Edu, nel quale deduceva che la sottoposizione alla misura coercitiva e il suo prolungamento fossero non solo non necessari e sproporzionati rispetto alle condizioni fisiopsichiche del paziente, ma che rappresentasse una scelta terapeutica applicata con uno scopo meramente punitivo e pedagogico, venendo la cessazione della contenzione subordinata dal personale medico al pentimento del paziente per le sue azioni.

3. La pronuncia della Corte Edu nel caso Lavorgna.

La Corte Edu ravvisa nelle decisioni delle autorità italiane una violazione dell'art. 3 Cedu innanzitutto sotto un profilo sostanziale, con riferimento al trattamento subito in concreto dal ricorrente, incompatibile con il divieto di trattamenti inumani e degradanti sancito dalla Convenzione.

Secondo l'orientamento consolidato della giurisprudenza della Corte⁴, al quale la sentenza in commento si conforma, la posizione di «particolare vulnerabilità» delle persone affette da disturbo psichico impone agli Stati una maggiore vigilanza nel garantire il rispetto delle disposizioni della Convenzione. In particolare, l'uso di misure di contenzione fisica all'interno degli ospedali psichiatrici – anche alla luce degli sviluppi degli standard giuridici e delle scienze psichiatriche contemporanee –, deve essere un'«ultima risorsa», a fronte di un pericolo di danno immediato o imminente per sé o per altri e non meramente potenziale.

Richiamando i principi sanciti dalla sentenza della Cassazione penale, Sez. V, 20 giugno 2018, (ud. 20/06/2018, dep. 07/11/2018), n. 50497 sul caso Mastrogiovanni⁵, i

⁴ Sul tema *cfr.* Corte Edu, 15 settembre 2020, Aggerholm c. Danimarca, ric. n. 45439/18. La sentenza è stata commentata da A. FAINA, *Misure di contenzione fisica e violazione del divieto di trattamento inumani o degradanti: la "sottile linea rossa" tra esigenze di tutela dell'incolumità del paziente psichiatrico e rispetto del margine di apprezzamento del giudice nazionale*, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 1, 2021, p. 332 ss; Corte Edu, 26 marzo 2024, V.I. c. Repubblica di Moldavia, ric. 38963/18. La sentenza è stata commentata da S. ROSSI, *Tutelare la vulnerabilità: la Cedu sull'internamento dei minori in ospedale psichiatrico*, in *La nuova giurisprudenza civile commentata*, 5, 2024, p. 1100 ss.

⁵ La sentenza è stata commentata da F. LAZZERI, [Contenzione del paziente psichiatrico e sequestro di persona](#):

giudici di Strasburgo hanno escluso la legittimità dell'uso della contenzione meccanica in via precauzionale «sulla base della astratta possibilità o anche mera probabilità di un danno grave alla persona, occorrendo che l'attualità del pregiudizio risulti in concreto dal riscontro di elementi obiettivi che il sanitario deve avere cura di indicare in modo puntuale e dettagliato»⁶, non essendo sufficiente un pericolo latente che può manifestarsi in determinate condizioni o circostanze che possono verificarsi successivamente.

Peraltro, ad avviso della Corte, le misure che incidono profondamente sulla libertà personale devono essere necessariamente corredate da garanzie idonee a prevenire abusi, assicurando una protezione procedurale in grado di dimostrare il rispetto dei requisiti di estrema necessità e proporzionalità anche con riguardo alla loro durata, che deve essere in ogni caso limitata al periodo strettamente indispensabile per gestire il pericolo. Nelle circostanze specifiche del caso – in virtù dell'assenza all'interno della documentazione sanitaria dell'indicazione da parte degli operatori di elementi concreti che indicassero la presenza di un pericolo imminente – è mancata, a parere della Corte, un'adeguata prova della necessità di prolungare la contenzione «per un periodo straordinariamente lungo»⁷, affinché fosse rispettata la dignità umana del paziente e non fosse esposto a dolore e sofferenza.

Dell'art. 3 Cedu viene riscontrata una violazione anche sotto il profilo procedurale, in relazione all'obbligo per lo Stato di attivare indagini efficaci in grado di accertare se, nell'impossibilità di praticare delle cure alternative e meno invasive, l'impiego delle misure di contenimento fisico e farmacologico fosse idoneo a scongiurare un pericolo inevitabile al ricorrente o a terzi per l'intero periodo di applicazione della misura.

Nello specifico, la Corte osserva che l'Autorità pubblica ha fornito un'adeguata prova della necessità e della proporzionalità della misura limitatamente ai fatti occorsi il 7 ottobre, proprio in considerazione dell'aggressione messa in atto dal ricorrente nei confronti dei genitori e del primario. Per contro, è ritenuta insoddisfacente la valutazione degli elementi oggettivi che avrebbero orientato la scelta degli operatori di reiterare la misura al momento delle visite successive del paziente, anche alla luce di alcune annotazioni risultanti dal registro medico che lo descrivevano come «non conflittuale, calmo, collaborativo», atteso che il Protocollo in vigore presso il SPDC di Melzo prevedeva l'applicazione delle misure di contenzione solo laddove l'impiego di altre misure, meno restrittive, si fosse rivelato *inefficace, inadeguato o insufficiente*.

Il giudizio su quest'ultimo aspetto, valutato unitamente alla richiesta avanzata dai due psichiatri del SPDC di Melzo di prosecuzione delle cure del ricorrente «in un contesto più appropriato», costituisce, a giudizio della Corte, un serio motivo di preoccupazione, oltre che prova dell'inadeguatezza del trattamento sanitario

L'antigiuridicità è esclusa (solo) entro i ristretti confini dello stato di necessità (caso Mastrogiovanni), in *Dir. pen. cont.*, 10 dicembre 2018; D. PICCIONE, *La Costituzione repubblicana contro la contenzione biomeccanica. Miti e archetipi della coercizione nel mondo psichiatrico, a dieci anni dal sacrificio di Francesco Mastrogiovanni. Critica dei recenti approdi giurisprudenziali*, in *Diritto Penale e Uomo*, 18 marzo 2020.

⁶ Cass. pen., Sez. V, 20 giugno 2018 (dep. 07/11/2018), n. 50497, p. 47.

⁷ Corte Edu, I sez., 7 novembre 2024, Lavorgna c. Italia, p. 34.

somministrato. Il personale medico, infatti, preoccupato della necessità di contenere fisicamente il paziente a lungo termine – scelta ritenuta dallo stesso servizio «discutibile da un punto di vista etico»⁸ –, si dichiarava non competente né strutturalmente attrezzato per gestirne la pericolosità sociale.

Dalla lettura della pronuncia sembra emergere l'adesione, da parte della Corte, ai principi già elaborati dalla giurisprudenza nazionale⁹, secondo cui la contenzione meccanica del paziente può costituire eccezionalmente una modalità legittima di intervento, allorquando, in situazioni straordinarie di acuzie psichiatrica, rappresenti l'unico modo per fronteggiare il momento cruciale dell'aggressività del paziente, a tutela della sua incolumità fisica o di terzi. In questo quadro, l'eventuale protrarsi delle condizioni che hanno motivato l'applicazione di tale misura impone l'obbligo di una sorveglianza medica continua sul paziente, affinché ogni prolungamento sia giornalmente rivalutato e adeguatamente giustificato dalle sue condizioni cliniche e dalla situazione di pericolo imminente.

3.1. Sviluppi interpretativi e nodi critici sulla necessità di applicazione della misura contenitiva.

Se da un lato con la pronuncia in esame si compie un ulteriore passo nella direzione di limitare – secondo una valutazione stringente delle condizioni di cui all'art. 54 c.p. – l'uso degli strumenti di contenzione nei confronti delle persone affette da patologie psichiatriche, promuovendo, in fase di rivalutazione della misura, un modello di assistenza sanitaria che privilegi approcci terapeutici alternativi e meno invasivi, risulta, tuttavia, insoddisfacente la valutazione della Corte Edu in merito alle ragioni che hanno indotto il personale sanitario a ritenere necessaria la contenzione meccanica in occasione dell'esordio dell'aggressività del paziente il 7 ottobre.

La documentazione sanitaria riportata in sentenza risulta, infatti, carente sotto il profilo dell'indicazione puntuale e dettagliata degli elementi obiettivi clinici che hanno orientato la scelta di applicazione della misura restrittiva. In particolare, non viene descritta in maniera circostanziata la dinamica dell'aggressione fisica perpetrata dal paziente ai danni dei genitori e del primario, né viene documentato il fatto che il personale sanitario abbia effettivamente valutato la praticabilità di strategie di contenimento alternative alla contenzione, quali tecniche di *de-escalation* verbale o altre procedure di contenimento non coercitivo.

Come evidenziato nel parere del Comitato Nazionale per la Bioetica del 2015 – richiamato al paragrafo 63 della pronuncia che si commenta – «la contenzione meccanica è una tipologia di contenzione fisica, ma ci sono altre forme di contenzione fisica, del tutto diverse dalla contenzione meccanica. Di queste fa parte l'*holding*, una tecnica usata dall'operatore per contenere la crisi del malato, ricorrendo all'ascolto e impegnando anche il proprio corpo, nel tentativo di stabilire un dialogo. In questo caso, l'uso della

⁸ Corte Edu, I sez., 7 novembre 2024, Lavorgna c. Italia, p. 3.

⁹ Cfr. Cass. pen., Sez. V, 20 giugno 2018, n. 50497.

forza e la limitazione fisica della persona sono contingenti, di breve durata, utili a creare la relazione, mantenendo aperta la negoziazione alla ricerca di soluzioni e scelte condivise»¹⁰.

L'*holding* rappresenta, dunque, un esempio delle procedure di *de-escalation* utilizzabili nelle situazioni di crisi comportamentale del paziente psichiatrico, configurandosi come una misura alternativa alla contenzione meccanica, coerente con il principio di proporzionalità e di minima coercizione dell'intervento sanitario. In questa prospettiva, il ricorso alla contenzione meccanica dovrebbe essere giustificato unicamente come *extrema ratio*, ovvero come misura residuale, adottabile solo quando ogni altro intervento meno invasivo – ivi comprese le strategie di *de-escalation* psicologica, ambientale e farmacologica – si sia rivelato inefficace o inattuabile nel caso concreto.

Attesa, dunque, l'indicazione approssimativa e generica delle annotazioni riportate nel registro medico giornaliero, appare difficile giudicare l'adeguatezza clinica della scelta del personale sanitario di ricorrere alla misura più restrittiva della libertà personale. Si tratta di una carenza documentale che impedisce di accertare *ex post* la sussistenza dei presupposti di necessità e proporzionalità richiesti per l'applicazione della contenzione meccanica e di valutare le azioni alternative che, in quel contesto, il personale sanitario avrebbe potuto mettere in atto prima di procedere, per l'appunto, all'applicazione della misura. Tale omissione appare ancor più significativa se si considera che il paziente era stato, contestualmente, sottoposto altresì a sedazione farmacologica, intervento che – se correttamente modulato – può già di per sé concorrere a disinnescare l'*escalation* comportamentale, rendendo superfluo il ricorso a mezzi coercitivi fisici.

4. Il quadro normativo in materia di uso di strumenti di coercizione nei confronti del paziente psichiatrico.

La sentenza in commento presenta diversi profili di interesse sul piano giuridico, in particolare in ordine alla dibattuta questione della legittimità giuridica dell'uso di strumenti di contenzione meccanica nei confronti del paziente psichiatrico, all'interno dei luoghi di cura. Il problema si pone in ragione dell'assenza nell'ordinamento vigente – a seguito dell'abrogazione del regolamento di esecuzione della legge manicomiale per effetto della legge 13 maggio 1978, n. 180 – di una regolamentazione *ad hoc* che attribuisca al personale sanitario un'esplicita facoltà di ricorrere alla contenzione meccanica del paziente.

Prima della grande riforma psichiatrica un riferimento normativo esisteva: il Regio decreto 16 agosto 1909, n. 615, all'art. 60 conteneva riferimenti precisi sul tema, statuendo che i mezzi di coercizione nei manicomi «debbono essere aboliti o ridotti a

¹⁰ COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *La contenzione: problemi bioetici*, 2015, p. 12. Il documento è reperibile al seguente [link](#).

casi assolutamente eccezionali», con l'obbligo di «autorizzazione scritta del direttore o di un medico dell'Istituto» e l'obbligo, al co. 2, per il personale sanitario di indicare la natura e la durata del mezzo di coercizione impiegato. In questa cornice, all'art. 63 lett. c) era altresì previsto il dovere di tenere «un registro in cui siano indicati giorno per giorno, i malati a cui sono stati applicati i mezzi di coercizione».

In verità, anche la legge del 26 luglio 1975, n. 354 sull'Ordinamento penitenziario – entrata in vigore pochi anni prima della legge n. 180/1978 – contiene un esplicito riferimento all'impiego della forza fisica e all'uso dei mezzi di coercizione. All'art. 41 è infatti sancito che: «non è consentito l'impiego della forza fisica nei confronti dei detenuti e degli internati se non sia indispensabile per prevenire o impedire atti di violenza, per impedire tentativi di evasione o per vincere la resistenza, anche passiva all'esecuzione degli ordini impartiti. Il personale che, per qualsiasi motivo, abbia fatto uso della forza fisica nei confronti dei detenuti o degli internati deve immediatamente riferirne al direttore dell'istituto il quale dispone, senza indugio, accertamenti sanitari e procede alle altre indagini del caso. Non può essere usato alcun mezzo di coercizione fisica che non sia espressamente previsto dal regolamento e, comunque, non vi si può far ricorso a fini disciplinari ma solo al fine di evitare danni a persone o cose o di garantire la incolumità dello stesso soggetto. L'uso deve essere limitato al tempo strettamente necessario e deve essere costantemente controllato dal sanitario. Gli agenti in servizio nell'interno degli istituti non possono portare armi se non nei casi eccezionali in cui ciò venga ordinato dal direttore».

Peraltro, anche all'art. 77 del vecchio Regolamento di esecuzione, proprio in tema di uso di mezzi di coercizione fisica – con specifico riferimento alle fasce di costrizione per i polsi e le caviglie –, si precisava che finalità e modalità di esecuzione della contenzione «devono essere conformi a quella in uso, per le medesime finalità, presso le istituzioni ospedaliere pubbliche». Si tratta di una disposizione che non è mai stata espressamente abrogata, anzi è stata successivamente richiamata nel nuovo regolamento penitenziario – D.P.R del 30 giugno 2000, n. 230 –, con la conseguenza che, ad oggi, nel nostro ordinamento, mentre la contenzione di un detenuto psichicamente sofferente risulta disciplinata, è assente, invece, una regolamentazione specifica nell'ambito dell'assistenza sanitaria ordinaria.

A seguito del completo superamento del sistema manicomiale ad opera della legge n. 180/78 – che alla contenzione meccanica non fa alcun riferimento –, la dottrina maggioritaria ritiene che la disciplina contenuta nel Regio decreto n. 615 del 1909 sia da considerarsi tacitamente abrogata per incompatibilità con il nuovo assetto normativo, incentrato sulla tutela della salute fisica e psichica del paziente e della sua dignità¹¹.

¹¹ È opinione ampiamente condivisa in dottrina che l'art. 60 del Regolamento manicomiale del 1909 sia stato abrogato in modo implicito dall'art. 11 della l. n. 180/1978. Il regio decreto del 1909, che dà attuazione alla legge del 1904, è parte di un approccio al trattamento della persona psichicamente sofferente, orientato prevalentemente in senso custodialistico e che ravvisa nella malattia mentale un problema di ordine pubblico; al contrario, la legge del 1978 è incentrata, invece, sulla garanzia del benessere e della dignità della persona e sul principio volontaristico delle cure. In questo senso, si vedano i saggi di M. MASSA, *Diritti fondamentali e contenzione nelle emergenze psichiatriche*, in *Riv. it. med. leg.*, 2013, p. 179 ss.; A. ALGOSTINO, *Per una interpretazione costituzionalmente orientata della contenzione meccanica*, in A. CARDANO et. al. (a cura di), *La*

Difatti, già all'art. 1, co. 2, della medesima legge, è sancito che gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori «possono essere disposti dall'autorità sanitaria nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici garantiti dalla Costituzione», nel contesto di un percorso sanitario fondato sull'adesione volontaria del paziente. Così la c.d. legge Basaglia, superando la logica custodialistica e repressiva che aveva caratterizzato il sistema manicomiale, promuove un modello di cura incentrato sulla promozione e sul recupero della salute fisica e psichica del paziente, in armonia con il quadro costituzionale.

Un diverso orientamento¹² – attesa l'assenza di un'espressa abrogazione dell'art. 11 delle «norme finali»¹³ della legge 180 e l'impossibilità di rinvenire, all'interno di quest'ultima, un divieto esplicito delle pratiche contenitive – ritiene, invece, che la disciplina manicomiale abbia conservato una propria efficacia residuale e che la potestà coercitiva del sanitario, pur non trovando un'esplicita regolamentazione statale, sia implicitamente desumibile dagli obblighi di protezione e controllo gravanti sullo psichiatra. Questa interpretazione – peraltro prospettata dalla Procura nella sentenza che si commenta – si inserisce nell'articolato tema della responsabilità penale degli operatori di salute mentale, ritenuti dalla giurisprudenza prevalente investiti di una posizione di garanzia¹⁴ nei confronti dei comportamenti violenti del paziente.

contenzione del paziente psichiatrico, Bologna, 2020, 47 ss; e i contributi di G. ARCONZO, *La pratica della contenzione a confronto con i diritti delle persone con disabilità sanciti nella Convenzione ONU* e S. ROSSI, *La dignità offesa. Contenzione e diritti della persona*, raccolti nel volume S. ROSSI (a cura di), *Il nodo della contenzione. Diritti, psichiatria e dignità della persona*, Merano, 2015.

¹² In dottrina, G. PAVICH, *Profili generali di liceità ed illiceità della contenzione dei pazienti psichiatrici*, in *Rivista penale*, 4, 2008, p. 367 ss; C. SALE, [Analisi penalistica della contenzione del paziente psichiatrico](#), in *Dir. pen. cont.*, 27 aprile 2014, 13, p. 10 ss; in giurisprudenza Tribunale di Vallo della Lucania, sent. n. 825 del 20 ottobre 2012 (dep. 27 aprile 2013), con nota critica di G. DODARO, [Morire di contenzione nel reparto psichiatrico di un ospedale pubblico: la sentenza di primo grado sul caso Mastrogiovanni](#), in *Dir. pen. cont.*, 12 giugno 2013.

¹³ Si prevede l'abrogazione di «ogni altra disposizione incompatibile con la legge».

¹⁴ La giurisprudenza penale, secondo un orientamento abbastanza lineare sin dal 1978 e ormai consolidato, riconosce il medico psichiatra «titolare di una posizione di garanzia che comprende un obbligo di controllo e di protezione del paziente, diretto a prevenire il pericolo di commissione di atti lesivi ai danni di terzi e di comportamenti pregiudizievoli per sé stesso (cfr. Cass. pen., sez. IV, 25/05/2022, n. 24138). Tale impostazione vede necessariamente intrecciati il profilo di cura e quello della vigilanza e quello della vigilanza: allorché il paziente presenti un concreto rischio di condotte lesive per sé o per terzi, la posizione di garanzia implica il dovere per lo psichiatra di neutralizzare le eventuali fonti di pericolo mediante cautele aggiuntive, mirate all'implementazione di strategie di controllo di tipo relazionale, ambientale o organizzativo, con l'obiettivo di monitorarne il comportamento. Quanto all'obbligo di protezione, grava sullo psichiatra il dovere di preservare il diritto alla vita e alla salute del paziente dai comportamenti pregiudizievoli che possano lederne l'integrità, impedendo essenzialmente eventi di danno alla persona sottoposta a protezione. In dottrina, si rinvia al contributo di C. CUPELLI, [La colpa dello psichiatra. rischi e responsabilità tra poteri impeditivi, regole cautelari e linee guida](#), in *Dir. pen. cont.*, 21 marzo 2016, p. 2 ss.

5. Quali garanzie costituzionali per i diritti del paziente meccanicamente contenuto?

In assenza di una espressa previsione legislativa che disciplini al contempo casi e modi della sua applicazione, la contenzione non può essere considerata lecita, ponendosi al di fuori del perimetro costituzionale delineato all'art. 13 Cost.¹⁵, che consente restrizioni della libertà personale – bene di per sé ritenuto inviolabile – nei soli casi previsti dalla legge.

Di conseguenza, per l'attribuzione di un potere coercitivo al medico-psichiatra, la riserva di legge di cui all'art. 13 Cost. esige che le ipotesi e le modalità della contenzione debbano essere definite in modo tassativo dal legislatore¹⁶, delimitando con precisione le condizioni in cui tali restrizioni possano legittimamente operare.

Si tratta di una previsione – quella dell'art. 13 – che «appronta una tutela che è centrale nel disegno costituzionale, avendo ad oggetto un diritto inviolabile, quello della libertà personale, rientrante tra i valori supremi, quale indefettibile nucleo essenziale dell'individuo, non diversamente dal contiguo e strettamente connesso diritto alla vita ed all'integrità fisica, con il quale concorre a costituire la matrice prima di ogni altro diritto, costituzionalmente protetto, della persona»¹⁷.

Ma non solo: al co. 2 è altresì sancito che «non è ammessa forma alcuna di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dall'autorità giudiziaria». Pertanto, anche nell'ipotesi in cui un'espressa previsione legislativa disciplinasse l'impiego di mezzi meccanici di contenzione, resterebbe comunque ferma la riserva di giurisdizione, che subordina ogni restrizione della libertà personale a un atto motivato dell'autorità giudiziaria e la tutela «contro ogni forma di costrizione o limitazione fisica compiuta senza l'intervento dell'autorità giudiziaria: concerne, insomma, le guarentigie supreme dell'*habeas corpus* che sono una delle pietre angolari della convivenza civile in un regime democratico»¹⁸.

Vi è però chi ritiene che i trattamenti sanitari coercibili ricadano esclusivamente nella sfera di applicazione dell'art. 32 Cost., e in particolare del suo 2° comma che dispone: «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». La norma, dunque, si limita ad autorizzare la coazione

¹⁵ Per una lettura costituzionalmente orientata della disciplina giuridica della contenzione si rinvia a E. DALY, *Profili costituzionali dei trattamenti medico-psichiatrici*, Pacini, 2024, p. 267 ss; M. MASSA, *Diritti fondamentali e contenzione nelle emergenze psichiatriche*, op. cit., p. 179 ss.; A. ALGOSTINO, *Per una interpretazione costituzionalmente orientata della contenzione meccanica*, op. cit., p. 47 ss.; D. PICCIONE, *Il pensiero lungo. Franco Basaglia e la Costituzione*, Merano, 2013, p. 57 ss.; S. ROSSI, *La salute mentale tra libertà e dignità. Un dialogo costituzionale*, Milano, 2015, p. 202 ss.

¹⁶ In tema di riserva di legge, la Corte costituzionale con sentenza 9 settembre 1996, n. 238 ha chiarito che questa «implica l'esigenza di tipizzazione dei "casi e modi", in cui la libertà personale può essere legittimamente compressa e ristretta», «richiedendosi una previsione normativa idonea ad ancorare a criteri obiettivamente riconoscibili la restrizione della libertà personale».

¹⁷ Corte Cost., sent. 9 settembre 1996, n. 238.

¹⁸ Corte Cost., sent. 15 luglio 1959, n. 49.

alla cura nel rispetto del limite formale della riserva di legge e del limite sostanziale della salvaguardia della dignità umana. Affinché un trattamento sanitario – da leggere come mera misura sanitaria e terapeutica – possa legittimamente essere imposto occorrono due precise condizioni: a) che sia diretto a preservare lo stato di salute individuale e che non incida negativamente sulla salute del singolo, salvo per quelle conseguenze temporanee, reversibili e di scarsa entità normalmente collegate ad ogni intervento sanitario; b) che persegua fini solidaristici di tutela della salute altrui come interesse della collettività¹⁹.

È, dunque, possibile ricondurre la contenzione meccanica nella sfera applicativa dell'art. 32 Cost.? La risposta è evidentemente negativa.

In primo luogo, perché, configurandosi come un atto coercitivo, trova la propria regolamentazione nel solco tracciato dall'art. 13 Cost.²⁰. Proprio sul punto, la Corte costituzionale – con la recente sentenza n. 76 depositata in data 5 maggio 2025 in tema di TSO – ha chiarito che «per costante giurisprudenza di questa Corte, allorché un trattamento sia configurato dalla legge non soltanto come obbligatorio, e dunque rimesso alla spontanea esecuzione, ma come coattivo, potendo il destinatario esservi assoggettato con la forza, le garanzie dell'art. 32, secondo comma, Cost. si aggiungono a quelle dell'art. 13 Cost., che tutela la libertà personale»²¹.

In secondo luogo, secondo un ampio e consolidato orientamento della letteratura psichiatrica, l'impiego della contenzione meccanica, anche se limitata nel tempo, espone il paziente a rischi significativi²². In particolare, si rileva come tale pratica può determinare conseguenze dannose sia sul piano clinico (lesioni muscolo-scheletriche, trombosi, complicanze cardiovascolari, morte), oltre che sul piano psichico (disturbi post-traumatici da stress, regressione, incremento della reattività aggressiva e compromissione della stabilità emotiva del paziente), compromettendo l'alleanza terapeutica medico-paziente che costituisce uno dei presupposti fondamentali per l'efficacia del trattamento psichiatrico²³.

¹⁹ Corte Cost., sentt. n. 307/1990; n. 258/1994; n. 118/1996.

²⁰ A. ALGOSTINO, *Per una interpretazione costituzionalmente orientata della contenzione meccanica*, in AA.VV., *La contenzione del paziente psichiatrico. Un'indagine sociologica e giuridica*, Torino, 2020, p. 47 ss.

²¹ Corte Cost., sent. 30 maggio 2025, n. 76 con la quale la Corte dichiara l'illegittimità costituzionale dell'articolo 35 della legge numero 833 del 1978 nella parte in cui non prevede che il provvedimento del sindaco che dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera sia comunicato alla persona sottoposta al trattamento, che la stessa sia sentita dal giudice tutelare prima della convalida e che, in ultimo, il relativo decreto di convalida sia a quest'ultima notificato.

²² Nell'ottobre 2020 la *World Psychiatric Association* ha rilevato che «l'uso di pratiche coercitive, come quelle sopra elencate [compresa la contenzione], comporta il rischio di conseguenze dannose, tra cui il trauma (...) Le persone sottoposte a coercizione fisica sono soggette a danni che includono dolore fisico, lesioni e morte (...) L'uso di misure coercitive può traumatizzare o ritraumatizzare i pazienti, minare le relazioni terapeutiche, scoraggiare la fiducia nei sistemi di salute mentale e dissuadere gli utenti dei servizi e i familiari dal cercare aiuto in futuro. La coercizione può anche traumatizzare gli altri utenti dei servizi, danneggiare il morale degli operatori della salute mentale o traumatizzarli e contribuire ad offuscare l'immagine della psichiatria come disciplina medica». Il *WPA Position Paper and Call To Action – Implementing Alternatives to Coercion: A Key Component of Improving Mental Health Care* è disponibile al seguente [link](#).

²³ Sul tema dei danni da contenzione si rinvia a V. FERIOLO, *Contenzione: aspetti clinici, giuridici, e psicodinamici*, in *Psichiatria e Psicoterapia*, 2013, 1, p. 31 ss. L'Autore mette in luce gli effetti diretti e indiretti della

Anche la Corte di Cassazione, nella citata sentenza sul caso Mastrogiovanni, ha preso posizione in maniera inequivoca sulla natura della contenzione²⁴. Escludendo il fine terapeutico o diagnostico legittimato ai sensi dell'art. 32 Cost., la misura è definita «un presidio restrittivo della libertà personale che non ha né una finalità curativa né produce materialmente l'effetto di migliorare le condizioni di salute del paziente [...], svolgendo, [...], una mera funzione di tipo “cautelare”, essendo diretto a salvaguardare l'integrità fisica del paziente, o di coloro che vengono a contatto con quest'ultimo, allorquando ricorra una situazione di concreto pericolo per l'incolumità dei medesimi».

E ancora: «non ha né una finalità curativa né produce materialmente l'effetto di migliorare le condizioni di salute del paziente – anzi, secondo la lettura scientifica, può concretamente provocare, se non utilizzato con le dovute cautele, lesioni anche gravi all'organismo» (...) «L'uso della contenzione non può ritenersi lecito *tout court* solo perché l'operatore di salute mentale è titolare di una posizione di garanzia nei confronti del paziente psichiatrico». «Non vi è dubbio che la posizione di garanzia di cui è titolare il sanitario, e gli obblighi di protezione e custodia, non consentano comunque di superare i limiti sopra evidenziati dalla legge per l'uso della contenzione e ciò in considerazione della natura dei beni costituzionalmente protetti».

Escludendo, dunque, la contenzione dal novero dei trattamenti sanitari, viene meno ogni possibilità di legittimarla ai sensi dell'art. 32 Cost.

6. Contenzione meccanica e cause di giustificazione.

Chiarito che la contenzione meccanica, risolvendosi nella privazione della libertà personale, integra in astratto una condotta penalmente rilevante, alcuni Autori²⁵ ne hanno individuato il fondamento di liceità nella scriminante di cui all'art. 51 c.p., norma che esclude la punibilità di un atto commesso «nell'adempimento di un dovere imposto da una norma giuridica o da un ordine legittimo della pubblica Autorità». In tal senso, il potere di privare una persona della libertà personale attraverso il blocco degli arti sarebbe una potestà tipica del medico, funzionale all'adempimento di doveri professionali di cui è investito e in forza dei quali è tenuto ad impedire – con qualsiasi mezzo a disposizione – il comportamento aggressivo del paziente; pertanto, l'utilizzo della misura restrittiva e coercitiva sarebbe non solo legittimo, ma anche doveroso in talune circostanze, e il mancato impiego potrebbe configurare una responsabilità penale colposa omissiva ai sensi dell'art. 40 cpv c.p.

Secondo un differente indirizzo interpretativo, la contenzione meccanica può essere impiegata, in via eccezionale, al ricorrere delle «situazioni di necessità» di cui

contenzione (lesioni, ischemie da compressione, morte, rottura del setting) e la considera un «non trattamento» e quindi «mal-trattamento» dal momento che infrange l'ambiente terapeutico e l'alleanza tra medico e paziente, elementi costitutivi del trattamento.

²⁴ Cass. pen., sez. V, 7 novembre 2018, n. 50497, p. 31.

²⁵ G. PAVICH, op. cit., p. 369 ss.; C. SALE, op. cit., p. 8 ss.

all'art. 52 c.p. in caso di soccorso difensivo e all'art. 54 c.p., laddove occorra impedire gesti autolesivi del paziente²⁶.

Sotto il profilo strutturale, al ricorrere di queste ipotesi, vengono in rilievo l'*attualità del pericolo*, non volontariamente causato, la necessità del salvataggio e il danno grave alla persona, non altrimenti evitabile e rispondente al criterio di proporzionalità. Attuale è un pericolo già in atto, o quantomeno imminente, sulla base di fatti oggettivamente riscontrati e non accertati in via presuntiva²⁷. In questa direzione, la giurisprudenza ha chiarito che «non è ammissibile l'applicazione della contenzione in via "precauzionale" sulla base dell'astratta possibilità o anche mera probabilità di un danno grave alla persona, occorrendo che l'attualità del pregiudizio risulti in concreto dal riscontro di elementi obiettivi che il sanitario deve avere cura di indicare in modo puntuale e dettagliato». Si tratta di una valutazione – così come ribadito anche dai giudici di Strasburgo – che richiede un costante monitoraggio del paziente, non solo al momento dell'applicazione della misura, ma anche ai fini del suo mantenimento, «non essendo all'uopo sufficiente un pericolo eventuale, futuro, meramente probabile o temuto (...) si deve trattare di un pericolo non altrimenti evitabile sulla base di fatti oggettivamente riscontrati e non accertati solo in via presuntiva»²⁸.

Quanto al requisito della *non inevitabilità del pericolo*, esso ricorre allorché non vi siano soluzioni alternative – di carattere ambientale, relazionale o farmacologico – idonee a tutelare la salute del paziente. La scelta degli strumenti da adottare e la valutazione della loro eventuale inadeguatezza rientrano nel prudente apprezzamento del medico, che dovrà spiegarne le ragioni, illustrando tutti gli elementi obiettivi che in concreto hanno reso inevitabile la contenzione del paziente.

In ultimo, il requisito della *proporzionalità* riguarda le modalità di applicazione della contenzione, ammessa, per la sua evidente estrema invasività, «nei limiti dello stretto necessario, verificando, anche in conseguenza dell'evoluzione clinica, se sia sufficiente solo il blocco di alcuni arti o se il pericolo di pregiudizio sia tale da imporre il blocco ad entrambi i polsi e le caviglie»²⁹. Si ritiene, inoltre, che la misura, configurandosi come un intervento di soccorso immediato, può essere legittimata esclusivamente se di breve durata³⁰, limitata al tempo strettamente necessario a calmare il paziente. Per contro, una contenzione prolungata nel tempo non troverebbe giustificazione in tale scriminante e, configurandosi come privazione della libertà personale, integrerebbe gli estremi del reato di sequestro di persona ai sensi dell'art. 605 c.p.³¹.

²⁶ Cfr. G. DODARO, *Il problema della legittimità giuridica dell'uso della forza fisica o della contenzione meccanica nei confronti del paziente psichiatrico aggressivo o a rischio suicidiario*, in *Riv. it. med. leg.*, 6, 2011, p. 1483 ss.

²⁷ Cass. pen., sez. V, 7 novembre 2018, n. 50497, p. 49.

²⁸ Cass. pen., sez. V, 7 novembre 2018, n. 50497, p. 49.

²⁹ Cass. pen., sez. V, 7 novembre 2018, n. 50497, p. 50.

³⁰ Sul tema della problematica giustificazione della contenzione meccanica di medio-lunga durata si rinvia a G. DODARO, *Uso dei mezzi meccanici di contenzione e responsabilità del personale sanitario*, in P. PICCIALLI (a cura di), *La responsabilità penale in ambito medico sanitario*, Lefebvre Giuffrè, Milano, 2021, p. 383-384.

³¹ Cfr. Cass. pen., sez. V, 7 novembre 2018, n. 50497, p. 51: «Il medico ed il personale sanitario che applicano la contenzione prescindendo dalla rigorosa osservanza dei presupposti richiesti dall'art. 54 cod. pen.

7. Le pratiche di contenzione in Italia: criticità strutturali e prospettive di riforma. Considerazioni conclusive.

È chiaro che il quadro finora delineato solleva profili giuridici di particolare complessità, trattandosi di pratiche che, sebbene non siano regolate dalla legge, incidono nel modo più diretto e concreto sui diritti fondamentali del paziente.

La complessità della questione si accentua ulteriormente se si considera il diffuso impiego, ancorché non omogeneo, delle pratiche di *restraint* all'interno dei SPDC. È un problema sul quale ha richiamato l'attenzione anche il Comitato europeo per la prevenzione della tortura (CPT) nel suo rapporto del 2022³² dedicato alla situazione italiana. Nel corso della visita effettuata presso quattro SPDC italiani (Milano-Niguarda, Cinisello Balsamo, Melegnano e Roma-San Camillo) è emerso che i pazienti con disturbi psichici in stato di grave agitazione sono stati frequentemente sottoposti a contenzione meccanica per periodi prolungati – sino a nove giorni in alcuni casi –, senza che venisse avviata una procedura di TSO. La contenzione consisteva nell'applicazione di cinghie a ciascuno dei quattro arti del paziente, prevedendo, in alcuni casi, la somministrazione di una terapia anticoagulante ogni 12 ore di contenzione.

L'analisi delle pratiche di contenzione in Italia evidenzia un problema di natura sistemica, caratterizzato dall'assenza di dati certi e strutturati e dalla diffusione disomogenea di tali pratiche sul territorio nazionale. Non esiste, infatti, un registro nazionale obbligatorio che monitori l'impiego di tali pratiche (fisica, farmacologica e ambientale), rendendo difficile valutare la reale entità del fenomeno e le circostanze in cui viene applicata. I SPDC in cui viene praticata rappresentano, ad oggi, senz'altro la maggioranza³³, ma le informazioni disponibili si basano prevalentemente su studi locali, indagini indipendenti o denunce di associazioni per la tutela dei diritti dei pazienti.

Una recente inchiesta³⁴ ha rilevato che in Italia nel 2021 si sono verificati 2.526 episodi di contenzione nei SPDC, seguiti da 2.705 casi nel 2022 e 2.922 nel 2023. Nel corso degli anni, si è registrato un aumento anche della durata della misura: nel 2021 i pazienti sono stati legati per una media per 19,7 ore, nel 2022 per 22,8 ore, per arrivare nel 2023 a 23,2 ore.

sottopongono il paziente ad una illegittima privazione della libertà personale, così integrando gli estremi del delitto di cui all'art. 605 c.p.».

³² Il Rapporto è disponibile al seguente [link](#).

³³ Esistono senz'altro esperienze di strutture che hanno adottato protocolli assistenziali improntati al *no restraint*, dimostrando che episodi di aggressività o di rischio autolesivo del paziente possono essere efficacemente gestiti attraverso strategie alternative, rispettose dei diritti fondamentali. Sul tema, si segnalano due recenti articoli: M. PERRONE, *L'arte di slegare le persone*, in *Trendsantità*, 3 febbraio 2025, e L. JONA, *Non legare è possibile: viaggio nei reparti psichiatrici "no restraint", da Sud a Nord Italia*, in *Atraeconomia*, 3 ottobre 2025. Gli Autori documentano le pratiche adottate in alcuni SPDC italiani che hanno escluso la contenzione meccanica, investendo in modelli organizzativi alternativi.

³⁴ L'inchiesta è stata condotta dalla giornalista Ludovica Jona, inviando istanze di accesso agli atti a tutte le Regioni e Province autonome per ottenere i dati dei registri delle contenzioni meccaniche. Il contributo *La salute mentale e la contenzione meccanica dei pazienti: Liguria la peggiore, Emilia Romagna esemplare, Friuli Venezia Giulia miraggio per tutte*, pubblicato il 10.10.2024, è disponibile al seguente [link](#).

Il maggior numero dei casi di contenzione in Italia si registra in Liguria (27.22% dei casi nazionali), seguita da Val d'Aosta (18,7%), Lombardia (17,4%), Lazio (17%), Marche (15%), Umbria (14%), Trentino-Alto Adige (13%), Sicilia (10%), Calabria (9%), Abruzzo (5%), Emilia-Romagna (2%). L'unica regione italiana in cui non sono stati registrati episodi di contenzione è il Friuli-Venezia Giulia.

In Lombardia tra 2021 e 2023 si è registrata una preoccupante crescita dell'uso della misura anche nei confronti dei minori: nel 2021 le contenzioni dei pazienti minorenni nei SPDC corrispondevano al 6,3% dei ricoveri (anno in cui gli adolescenti ricoverati avevano un'età minima di 15 anni), per poi raggiungere l'11,8% nel 2022 con 56 episodi di contenzione nei confronti di pazienti di 14 anni –, avvicinandosi a quella già molto alta degli adulti, che nel medesimo anno in Lombardia è stata del 17,5%. Ai minori legati nei SPDC si aggiungono quelli legati nelle neuropsichiatrie infantili: si registrano nel 2023 116 episodi di contenzione applicata nei confronti di 37 ragazzi. Si tratta di dati che – sebbene siano parziali e non rispecchino la completezza del fenomeno – segnalano un'evidente criticità del sistema, tanto più se si considera che la letteratura evidenzia come la scelta di adottare o meno tali misure sia influenzata, più che dalla gravità dei comportamenti dei pazienti e dal loro profilo psicopatologico, dalla cultura, dalla formazione professionale e dalla sensibilità dei singoli operatori, nonché dall'organizzazione dei servizi³⁵.

L'analisi dei dati sopra riportati – sebbene restituiscano un quadro solo parziale e non esaustivo del fenomeno – sembrerebbe far emergere la necessità di un intervento legislativo che disciplini, in modo organico e a livello statale, le pratiche di contenzione. A tal proposito, la stessa Corte costituzionale nel 2022 ha riconosciuto l'urgenza di una fonte primaria, sia pure limitatamente al contesto delle REMS³⁶, al fine di «stabilire – in ogni caso in chiave di *extrema ratio* ed entro i limiti della proporzionalità rispetto alle necessità terapeutiche e del rispetto della dignità della persona – se e in che misura sia legittimo l'uso della contenzione all'interno delle REMS ed eventualmente quali ne siano le ammissibili modalità di esecuzione»³⁷.

Il legislatore sembra finalmente aver accolto tali sollecitazioni e, proprio nell'ottica di valorizzare l'attività di prevenzione, di cura e riabilitazione delle persone con disturbi psichici, il 27 giugno 2024 ha presentato alla Camera il DDL n. 1179³⁸ recante

³⁵ Sul tema delle ragioni della ritenuta inevitabilità della contenzione meccanica in psichiatria, si rinvia a G. DODARO, *Il problema della legittimità giuridica*, op. cit., p. 1488 ss.

³⁶ Per contributi più recenti sulla ricostruzione degli aspetti problematici della disciplina delle REMS e delle pratiche contenitive dei pazienti psichiatrici si rinvia a F. VALENTE BAGATTINI, *La disciplina delle REMS tra tutela dei diritti fondamentali e persistenti criticità*, in *La legislazione penale*, 15 febbraio 2025.

³⁷ Corte Cost., 27 gennaio 2022, n. 22. La sentenza è stata commentata da R. CASIRAGHI, *L'accesso alle REMS tra Corte di Strasburgo e Corte costituzionale*, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 2, 2022, p. 896-900; G. MENTASTI, *L'attuale disciplina delle REMS al vaglio della Corte costituzionale: tra riserve di legge non rispettate e liste d'attesa serve ancora un intervento del Legislatore. Note a margine della 'pronuncia-monito' della Corte costituzionale n. 22/2022*, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 3, 2022, p. 1188-1213; E. DALY, *La distinzione fra trattamento sanitario "obbligatorio" e trattamento sanitario "coattivo" nella recente giurisprudenza della Corte costituzionale: luci e ombre*, in *Corti supreme e salute*, 3, 2022, p. 569-588.

³⁸ Il testo completo del Disegno di Legge è disponibile sul sito del Senato della Repubblica al seguente [link](#).

Disposizioni in materia di tutela della salute mentale, attualmente in corso di esame in commissione. Il testo si compone di undici articoli, le cui finalità sono quelle di «assicurare alle persone affette da disagio e disturbo mentale l'accesso a un'assistenza sanitaria e sociosanitaria che tenga conto delle loro specifiche esigenze, garantendo al contempo la sicurezza, l'incolumità e l'aggiornamento dei professionisti operanti presso i servizi per la salute mentale».

È interessante come all'art. 4, in tema di *Figure professionali e sicurezza degli operatori* viene affrontato specificamente il tema della contenzione e si dispone che: «Gli operatori della salute mentale attuano misure e trattamenti coattivi fisici, farmacologici e ambientali nei soli casi connessi a documentate necessità cliniche e al solo scopo di impedire comportamenti auto ed eterolesivi, nel rispetto della dignità e della sicurezza della persona affetta da disturbi mentali. È in ogni caso vietata l'applicazione della contenzione preventiva in via precauzionale, in assenza di un pericolo concreto e attuale. Il ricorso alle misure e ai trattamenti coattivi è consentito solo in presenza di un effettivo stato di necessità e può essere effettuato solo dal personale sanitario nel rispetto di appositi protocolli. La valutazione dell'attualità del pericolo deve essere continua, effettuata attraverso un costante monitoraggio del paziente, e verificabile con riscontro in cartella clinica. Sono sempre garantite la proporzionalità e l'adeguatezza delle misure contenitive, che sono applicate per il solo tempo strettamente necessario, anche in rapporto allo scopo perseguito, operando un bilanciamento tra rischi e benefici e annotando in cartella clinica tutti gli elementi obiettivi che rendono inevitabile il loro utilizzo».

Analizzando la proposta normativa, la scelta del legislatore sembrerebbe quella di accogliere, almeno in parte, le principali sollecitazioni provenienti dal diritto interno ed europeo, regolamentando le concrete modalità di esecuzione della contenzione. Non può che essere valutato positivamente lo sforzo di definire un assetto normativo della restrizione della libertà personale che tuteli i diritti fondamentali della persona, unitamente alla decisione di assicurare il rispetto del principio di proporzionalità delle misure contenitive – così come suggerito dalla Corte Edu – non solo con riferimento alla loro applicazione, ma anche con riguardo alla loro durata, assicurando il costante monitoraggio in cartella clinica delle condizioni del paziente.

Rimane, tuttavia, auspicabile che nel corso dell'*iter* parlamentare venga affrontata la possibilità di introdurre un meccanismo effettivo di controllo giurisdizionale, in armonia con quanto sancito all'art. 13 Cost³⁹. In considerazione della

³⁹ In questa direzione – come rilevato da L. JONA, in *Non legare è possibile*, cit. – sono altresì condivisibili le osservazioni formulate dal *Club SPDC no restraint* in ordine all'opportunità di affrontare nel corso dell'*iter* parlamentare il problema della carenza di organico sanitario, quale fattore determinante del ricorso alle pratiche contenitive nei servizi psichiatrici. Parimenti, sarebbe auspicabile l'istituzione di un sistema strutturato di sorveglianza nazionale dei casi di contenzione, quali "eventi sentinella", da indicare nel rapporto annuale del Ministero della Salute. Per una riflessione critica sulla proposta legislativa si rinvia a D. GALLIANI, *La salute mentale dentro e fuori il carcere*, in D. GALLIANI (a cura di), *Libertà personale e carcere. Percorsi di diritto costituzionale penale*, Milano, 2025, p. 220 ss. L'Autore, oltre all'art. 4, propone un'ulteriore riflessione sulla previsione relativa all'istituzione di sezioni sanitarie specialistiche psichiatriche negli istituti penitenziari.

particolare delicatezza e complessità dell'oggetto di decisione, si rende necessaria la valorizzazione e il rafforzamento delle garanzie giurisdizionali, al fine di assicurare un bilanciamento armonico tra le esigenze terapeutiche e i diritti fondamentali dei pazienti, promuovendo modelli di assistenza psichiatrica più rispettosi della libertà e della dignità dell'individuo.

Editore

ASSOCIAZIONE
**"PROGETTO GIUSTIZIA
PENALE"**