

EDUCAZIONE MEDICA  
MEDICAL EDUCATION

## La contenzione in RSA: tra libertà, necessità, contingenza, ordinarietà e attualità

*Physical restraint in Italian nursing homes between freedom, necessity, contingency, normality and current events*

**ANTONIO MONTELEONE**

**Presidente AGeSPI Lombardia**

**Premessa.** L'articolo richiama l'attenzione sull'assenza in Italia di una legislazione chiara e appropriata in merito all'utilizzo della contenzione fisica e meccanica nelle Residenze sanitarie assistenziale (RSA).

**Descrizione.** Tale vuoto legislativo è supplito da diverse sentenze, alcune delle quali sono citate nel testo, che però hanno la peculiarità di trattare casi o di trattamento sanitario obbligatorio in reparti psichiatrici o di patologie acute, che trovano accoglienza in ospedale. In questi ambiti prevalgono concetti di emergenza e urgenza e i ricoveri hanno una durata breve, governata anche dalle condizioni economiche dei DRG. Ben diversa è la circostanza dei ricoveri in RSA, dove non si verificano ricoveri coatti e la permanenza può anche essere di anni o comunque fino al decesso. L'età media supera i 75 anni, l'organismo ha un'omeostasi precaria, le patologie sono multiple in un quadro la cui evoluzione può essere solo rallentata, ma non impedita verso il peggioramento progressivo. Si tratta, inoltre, di pazienti che in situazioni ordinarie vanno incontro a frequenti cadute e che ricercano in primo luogo sicurezza e tranquillità.

**Conclusioni.** Occorre pertanto avviare presto un gruppo di lavoro congiunto tra esperti di residenzialità per anziani non autosufficienti e giurisperiti, al fine di stilare un nuovo e specifico nomenclatore e delle linee guida degli strumenti di contenzione distinguendoli chiaramente da quelli che rispondono a bisogni posturali o vengono richiesti per sentirsi più sicuri. Ciò come premessa a una legislazione più adatta ai cambiamenti epidemiologici e di ricorso alla rete dei servizi territoriali.

**Parole chiave:** Contenzione, Acuzie, Cronicità, Emergenza, Urgenza, Trattamento sanitario obbligatorio (TSO)

Indirizzo per la corrispondenza  
*Address for correspondence*

**Dott. Antonio Monteleone**  
Presidente AGeSPI Lombardia  
Associazione Gestori Servizi sociosanitari e cure Post-Intensive  
Via Giacomo Puccini 3, 20121 Milano  
e-mail: antonio.monteleone.mi@gmail.com



**Background.** *The article notes that in Italy there is no clear and appropriate legislation regarding the use of mechanical restraint in nursing homes (in Italy called RSA).*

**Description.** *This legislative void is supplemented by various court judgements, some of which are referred to in the text, but which have the peculiarity of scrutinizing cases both of compulsory health treatment in psychiatric wards and of acute pathologies, which find treatment in the hospital. In these settings, concepts of emergency and urgency prevail, and the hospitalizations have a short duration, governed also by the economic limits of the DRG's. Quite different is the circumstance of admissions to the RSA's, where there are no compulsory hospitalizations and the stay may even be for years or in any case until death. The average age exceeds 75 years, the organism has a precarious homeostasis, the pathologies are multiple in a framework whose evolution can only be slowed down but not impeded towards progressive deterioration. It is also a matter of patients who, in ordinary situations, face frequent falls and seek safety and quietude in the first place.*

**Conclusions.** *It is therefore necessary to start soon a joint working group between experts for non-self-sufficient elderly hosted in RSA's and jurists, in order to draw up a new specific nomenclator and guidelines for restraint tools, clearly distinguishing them from those that respond to postural needs or are asked by elderly people to feel more sure. This is a prerequisite for legislation that must be more suited to epidemiological changes and to the network of local social and health services.*

**Key words:** *Restraint, Acute and chronic diseases, Emergency, Urgency, Compulsory hospitalizations*

## Premessa semiologica

Il tema che stiamo per affrontare ha alcuni presupposti concettuali ed esistenziali, che intendiamo sintetizzare in alcune nozioni i cui contenuti sono indispensabili per meglio comprendere gli interrogativi che ci siamo posti e che proponiamo a seguire.

## La libertà

Secondo il modo comune di intendere la nozione che corrisponde a una ampia tradizione sapienziale, la libertà, sprovvista di specificazioni e aggettivi, è da intendersi come il diritto nativo ad agire o non agire secondo i propri principi, capacità e interessi, senza venir meno al bene comune e alla considerazione dei diritti degli altri.

Se ciò è vero, la libertà comporta opzioni e comportamenti suscitati da valori morali o idee culturali propri, come pure da semplici preferenze, gusti o voglia di serenità.

Tali opzioni e comportamenti incontrano un primo condizionamento nella natura umana e nel suo percorso di crescita, sicché il ventaglio di scelte possibili mutano col variare delle età e delle potenzialità fisiche, psichiche, cognitive e relazionali collegate all'alba, al mezzogiorno e al crepuscolo anagrafico.

Inoltre, non tutto risulta socialmente accettabile e consentito. Persino negli ambienti più libertari sorgono vincoli e regole da rispettare.

Sicché sempre più la definizione di libertà coincide con il riuscire a essere sé stessi e rispettare gli altri come sono, comprendendo e fronteggiando fruttuosamente i vincoli interni ed esterni. Trovandosi così in stretta connessione con la qualità della vita, che intesa correttamente esprime il livello di soddisfazione con cui una persona accetta e gradisce il suo momento esistenziale e le circostanze attuali in cui vive,

a prescindere dall'habitat e dalle condizioni di salute (Monteleone, 2015).

Entriamo adesso, con alcuni esempi distanti tra loro, nella complessità del quotidiano che può non rendere semplice il discernimento circa il corretto esercizio in proprio della libertà e il riguardo per quella altrui.

### Primo esempio

Intorno al sesto mese di vita, con l'avvio dello svezzamento, si pone il bambino su un seggiolone e lo si accosta al tavolo dei grandi. I genitori in questo modo esercitano la loro autorità controllando l'anarchica spontaneità infantile e portano il bambino a sedersi in un posto munito, almeno agli inizi, di un vassoio che lo avvolge a metà corpo e dotato spesso di un'imbracatura di sicurezza a 5 punti, regolabile su spalle, vita e fianchi.

In tal modo mamma e papà hanno una posizione comoda alla loro altezza e sono facilitati a imboccare il bambino con una serie di espedienti per catturare e orientare la sua attenzione verso il cibo.

Il confort nei movimenti e in più in generale il benessere che il seggiolone fornisce ai genitori e la limitazione della spontaneità del bambino sono funzionali all'educazione e all'autonomia di quest'ultimo.

L'oggettivamente invasivo condizionamento attuato in questo caso è nella prospettiva di un crescente beneficio sia per il futuro uomo sia per il compiacimento genitoriale di dare alla società cittadini pronti a contribuire alla prosperità collettiva.

### Secondo esempio

Un pittore è inciampato in uno sgabello del suo atelier e si è procurato una frattura del radio, una delle due ossa che compongono lo scheletro dell'avambraccio, nell'estremità più vicina alla mano destra, compromettendo l'articolazio-

ne del polso. Proprio quella più coinvolta nel suo abituale lavoro.

Non essendo la frattura grave il medico, dopo i previsti passaggi informativi sulla procedura e sugli esiti, ha effettuato un trattamento conservativo, che consiste nell'applicazione di un gesso tra mano e avambraccio. Gesso che il paziente deve tenere fino alla saldatura dell'osso fratturato, almeno 6 settimane, dopodiché dovrà fare molta attenzione alle attività praticate.

Il medico ha messo in atto una contenzione meccanica dell'articolazione del polso che, senza cura, non avrebbe comunque potuto svolgere la sua funzione forse indefinitamente e non solo per un periodo definito e che, comunque, potrebbe andare incontro a un dolore sordo persistente.

Lo scenario futuro non comporta per il pittore la piena *restitutio ad integrum*, perché la guarigione avverrà probabilmente con un certo deficit rispetto a prima, registrando minore scioltezza nell'uso del polso e alcune sofferenze nei movimenti.

La soluzione dell'ingessatura comporta un temporaneo impedimento dei compiti professionali e della vita quotidiana e il criterio applicato è stato quello della scelta di un minor male, ma forse duraturo nel tempo e provocato da un atto medico.

### Terzo esempio

Con gli adulti interviene il diritto all'autodeterminazione. Grazie al quale ciascuno decide liberamente in ordine ai suoi percorsi esistenziali, pur tenendo sempre conto della cornice giuridica in cui si trova e al cui interno risulta responsabile e quindi imputabile.

Ciò vale – secondo l'ordinamento vigente che discende dall'art. 32 della nostra Costituzione per cui “*Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge*” – anche nel caso di cure e assistenza, che non possono essere compiute o proseguite in difetto del previo ed esplicito consenso espresso dal soggetto interessato, da ottenere tramite una corretta informazione fornita dal medico sui processi diagnostici e sulla terapia da applicare al suo caso concreto, sugli eventuali rischi connessi e le eventuali alternative possibili.

Nondimeno non sempre è d'obbligo ottenere il consenso informato prima di procedere a un intervento terapeutico che abbia caratteri d'urgenza e non vi siano le condizioni per il paziente di manifestare compiutamente un proprio consenso (o dissenso) alla cura.

Secondo la Cassazione infatti (sentenza n° 31628/2018 della IV sezione penale) di fronte a una situazione di pericolo per l'integrità fisica del paziente, il medico ha l'obbligo di procedere alle cure necessarie, predisponendo i presidi e i trattamenti in grado d'impedire conseguenze pregiudizievoli o, addirittura, letali.

Il fatto cui fa riferimento la citata sentenza riguarda due medici ospedalieri, i quali erano imputati del reato previsto

agli artt. 113, 589 (omicidio colposo in cooperazione) del codice penale. Entrambi i sanitari erano in servizio il giorno in cui al pronto soccorso si era presentata, con diverse ferite da taglio autoinferte all'addome e ai polsi, una donna depressa cronica. Uno dei medici aveva provveduto a medicare e suturare le ferite che si presentavano contaminate da terriccio. Il secondo si era attivato per chiedere un consulto psichiatrico nella speranza di capire come evitare in futuro altri episodi di autolesionismo.

Nessuno dei due imputati però si era attenuto diligentemente alle *leges artis*, ai protocolli sanitari e alle disposizioni regionali che obbligano in casi di questo tipo a una terapia antibiotica e alla profilassi antitetanica. Infatti, la paziente sarebbe deceduta più avanti per una grave insufficienza respiratoria conseguente a infezione tetanica.

La difesa, da parte sua, ha argomentato i motivi del ricorso alla Suprema Corte affermando che il parziale non intervento dei medici era da attribuire all'assenza di un consenso da parte della paziente. Secondo il principio affermato nella parte motiva della sentenza di cui si discorre, però, salvare la vita di una paziente prevale su tutto il resto, specie nel caso di emergenza e quando il paziente, come si è verificato nel caso sottoposto al giudizio, affetto da patologia psichiatrica, non è nelle condizioni di esprimere il consenso.

### La necessità

Anche nel caso della nozione di necessità ci avvaliamo di una definizione che corrisponde a una significativa interpretazione della tradizione di senso comune, utile, per la sua praticità, come presupposto nel ragionamento che stiamo svolgendo. Alla luce di ciò definiamo la necessità come la condizione inevitabile, che non può essere diversa da quella che è, ovvero il fatto di non poter fare altrimenti in quanto si è soggetti a un obbligo non derogabile da parte del soggetto.

Esistono necessità in senso assoluto, ad es. per bisogni fisiologici come respirare e nutrirsi. Ma anche in senso occasionale, qualora intervenga una causa in grado di effettuare questo passaggio metafisico dall'accidentale al necessario. Passaggio che assume profili anche giuridici, come ben noto nella disciplina dello stato di necessità.

Infatti. Qualora un soggetto realizzi una condotta diretta alla appropriazione di un bene altrui, ossia a un furto, l'elemento psicologico richiesto ai fini della configurabilità del reato è qualificato dal legislatore nella forma del dolo specifico. Si richiede, sviluppando la nozione giuridica, che il soggetto-agente agisca con la coscienza e la volontà libera, finalizzata a sottrarre e impossessarsi della cosa mobile altrui per trarne profitto per sé o per altri (cfr. Cassazione penale sentenza n° 47997/2009).

A fronte o meglio a fianco, perché non c'è una reale contrapposizione, di queste affermazioni sta la sentenza della Corte Cassazione penale del 7 gennaio 2016 (dep. 2 mag-

gio 2016) n° 18248, che ha enunciato il principio di diritto secondo il quale il furto per fame di una modica quantità di cibo non costituisce un reato, in quanto nella ricostruzione del fatto è stato riscontrato dai Supremi Giudici la presenza di una causa di giustificazione, quella dallo stato di necessità, causa di giustificazione che, com'è noto, elimina l'antigiuridicità penale del fatto tipico accertato. Il clochard, quindi, che sottrasse due confezioni di formaggio e una di wurstel in un supermercato, ha, secondo la sentenza in esame, agito "per far fronte a una immediata e imprescindibile esigenza di alimentarsi"<sup>1</sup>.

La colpevolezza penale non è stata considerata più tale dalla Cassazione non per la ragione di una speciale tenuità del fatto accertato comprensivo dell'esiguo valore economico del bene sottratto ai sensi dell'art. 131-bis c.p.<sup>2</sup>, ma per la sopravvenienza improvvisa e non facilmente controllabile di un bisogno vitale quale l'"immediata e imprescindibile esigenza di alimentarsi", situazione che, come abbiamo rilevato, elimina l'antigiuridicità del fatto pur conforme alla fattispecie incriminatrice.

## L'urgenza

È urgente, nel linguaggio di tutti, ciò che si presenta come una necessità impellente e da affrontare con la massima sollecitudine, adoperandosi positivamente in un impegno fattivo oppure astenendosi da alcune responsabilità, per non peggiorare le circostanze.

Taluni organi della pubblica amministrazione in casi eccezionali di gravità particolare e statuita, che non consentono il ricorso ai normali rimedi apprestati dall'ordinamento vigente, possono valutare anche deroghe ed emettere 'Ordinanze di Necessità e Urgenza' (o Contingibili e Urgenti), ossia provvedimenti amministrativi straordinari, espressione di un potere amministrativo *extra ordinem*, con i quali sono imposti doveri positivi, di fare o dare, o negativi, di non fare, ad es. al fine di prevenire ed eliminare gravi pericoli che minacciano l'incolumità pubblica e la sicurezza urbana.

In sanità il tema si frammenta in diverse situazioni con differente terminologia in ordine alle criticità clinico-assistenziali presentate dai pazienti e ai corrispettivi comportamenti cui si debbono attenere i sanitari. Pertanto, un dipartimento di una azienda ospedaliera, che svolge funzioni di pronto soccorso avvalendosi di varie unità operative incentrate sulla cura del paziente in area critica, distingue tra

l'emergenza, condizione in cui il paziente versa in imminente pericolo di vita e richiede un intervento immediato, e l'urgenza, condizione che, in assenza di adeguato trattamento, può diventare sfavorevole alla sopravvivenza.

Si configurano, però, secondo le linee guida proposte dal Ministero della salute alle Regioni in giugno 2019, più fattispecie di "urgenza".

Nei 'Nuovi codici di priorità' per il Triage si adotta un sistema di codifica a 5 codici numerici di priorità, con codice da 1 (il più grave) a 5. "La nuova codifica – sottolinea il Ministero – consente di focalizzare l'attenzione sulle condizioni cliniche che rientrano nell'ambito dell'urgenza differibile, individuando l'ambito delle patologie da definire come urgenza minore". L'utilizzo del codice di priorità per il 'triage'<sup>3</sup> individua priorità di accesso alle cure e la presa in carico e non coincide necessariamente con l'inizio della visita medica.

L'implementazione della codifica a 5 codici numerici di priorità e il conseguente superamento della codifica con i codici colore si è resa opportuna allo scopo di meglio ridistribuire la popolazione che si presenta in PS. Infatti, il "codice verde", essendo di gran lunga il più attribuito, non consente di differenziare adeguatamente i pazienti meritevoli di maggior impegno assistenziale da quelli a minore carico gestionale, esponendoli al rischio di eventi sfavorevoli o di sottovalutazione (Tab. I).

## La contingenza

Continuando a seguire il senso comune delle nozioni che stiamo esaminando, il termine contingenza esprime il carattere di ciò che può essere o non essere, avvenire o non avvenire, oppure essere diverso da quello che è. Può associarsi sia a ciò che non appare rivolto al conseguimento di uno scopo, sia a ciò che non si ritiene l'effetto imprescindibile di fenomeni antecedenti.

Si tratta quindi di una nozione opposta, a quella della necessità, nei diversi modi in cui questa si può intendere.

Pur tuttavia al contingente può accadere di trascendere verso un modo necessario, in virtù di una cosa diversa da sé.

Il bastone molte volte ha un'utilità solo contingente, che può diventare necessaria in casi accidentali o per l'instabilità posturale che compare con l'invecchiamento. Inoltre, come abbiamo visto nel caso della vicenda del clochard la fame, nella circostanza di necessità imperiosa e giustificata, trasforma in lecito il furto occasionale. Occasionale è un sinonimo di contingente.

<sup>1</sup> Dedotto anche dalla natura dei generi alimentari rubati oltre che dalle condizioni socioeconomiche dell'imputato.

<sup>2</sup> Nei reati per i quali è prevista la pena detentiva non superiore nel massimo a cinque anni, ovvero la pena pecuniaria, sola o congiunta alla predetta pena, la punibilità è esclusa quando, per le modalità della condotta e per l'esiguità del danno o del pericolo, valutate ai sensi dell'articolo 133, primo comma, l'offesa è di particolare tenuità e il comportamento risulta non abituale.

<sup>3</sup> Il 'triage' (dal francese "cernita, smistamento") è il sistema utilizzato per selezionare i soggetti che si rivolgono al pronto soccorso secondo classi di urgenza/emergenza crescenti, in base alla gravità delle lesioni riportate e del loro quadro clinico.

**Tabella I.**  
*TRIAGE: Nuova codifica di priorità e tempo massimo di attesa.*

Co-dice	Denominazione	Definizione	Tempo massimo d'attesa per l'accesso alle aree di trattamento
1	Emergenza	Interruzione o compromissione di una o più funzioni vitali	Accesso immediato
2	Urgenza	Rischio di compromissione delle funzioni vitali. Condizione stabile con rischio evolutivo o dolore severo	Accesso entro 15 minuti
3	Urgenza differibile	Condizione stabile senza rischio evolutivo con sofferenza e ricaduta sullo stato generale che solitamente richiede prestazioni complesse	Accesso entro 60 minuti
4	Urgenza minore	Condizione stabile senza rischio evolutivo che solitamente richiede prestazioni diagnostiche e terapeutiche semplici mono-specialistiche	Accesso entro 120 minuti
5	Non urgenza	Problema non urgente o di minima rilevanza clinica	Accesso entro 240 minuti

### L'ordinarietà e l'attualità

Ricorriamo ad altre due nozioni di senso comune. L'ordinarietà qualifica l'attualità nel senso che questa è ordinaria, nel significato di abituale, regolare e consueta, cioè indica una condizione di continuità, che trova conferma nel tempo ed è priva di ogni genere di sorprese. Lo straordinario designa ciò che invece è puramente accidentale, che si aggiunge per un tempo più o meno lungo ma circoscritto, in particolari circostanze e occorrenze, a ciò che è ordinario e consueto.

I fatti, le circostanze o i valori che abbiano carattere o impronta di eccezionalità o che comunque siano fuori dal concetto di persistenza temporale, devono essere esclusi, finché permangono tali, dal giudizio obiettivo di ordinarietà. Ma non da quello di attualità, che coglie ciò che è presente adesso, in questo momento.

Dunque, l'ordinarietà si diversifica dall'urgenza che, in quanto tale, si caratterizza per il sorgere di una evenienza, anche se prevedibile, e rappresenta un fattore capace di far venire meno la serialità degli accadimenti nel loro continuo e ripetitivo fluire. Per esempio, un incidente domestico o di traffico, un diverbio con successiva rissa e lesioni personali, un'intossicazione da cibi avariati ecc.

L'attualità, infine, può essere ordinaria e straordinaria, proprio in quanto individua ciò che è in essere in un lasso di tempo determinabile.

### La sentenza N° 50497/2018 della Sezione V della Cassazione Penale

Nella sentenza n° 50497 del 20 giugno 2018 (dep. 7 novembre 2018) la Cassazione penale approfondisce i profili di rilevanza penale delle pratiche contenitive.

Il riferimento a essa è necessario per l'ampiezza delle argomentazioni riguardanti la pratica della contenzione fisica o meccanica in ambito psichiatrico. Non è strano che sia la giurisprudenza a definire "le condizioni di liceità e di non illiceità" della contenzione fisica o meccanica, giacché con

l'approvazione della c.d. legge Basaglia del 13 maggio 1978 n. 180 in tema di "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori", non solo sono stati chiusi i manicomi, ma sono venuti meno gli unici riferimenti normativi su questo delicatissimo tema.

I fatti che hanno dato origine alla decisione si sono svolti in un ospedale che provvede a ricoveri per problemi acuti, ossia fondamentalmente casi in cui si esprimono massima intensità e gravità di una malattia. Sono quindi estranei i reparti classificati come riabilitativi o di lungodegenza o come strutture residenziali di lunga permanenza per persone non autosufficienti.

Un paziente è stato sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio dopo essere stato colto mentre attraversava in auto ad alta velocità un centro abitato, e dopo essersi dato a una pericolosa fuga, finita con un tuffo in mare per sottrarsi all'inseguimento delle forze dell'ordine, il che aveva fatto riscontrare uno stato di "agitazione psicomotoria, alterazione comportamentale ed etero-aggressiva". Era successivamente morto, dopo 82 ore di contenzione, legato mani e piedi a un letto del reparto di psichiatria.

Nella parte motiva della sentenza del Supremo Collegio sono proclamati alcuni principi ineludibili sulla contenzione fisica e meccanica in un ambito psichiatrico per problematiche di acuzie molto seria.

Muovendo dalla premessa che "l'atto medico' gode di una diretta copertura costituzionale non perché semplicemente frutto della decisione di un medico, ma in quanto caratterizzato da una finalità terapeutica, cui va assimilato quello avente natura diagnostica, parimenti finalizzato alla cura e alla guarigione del paziente, nonché quello destinato ad alleviare le sofferenze del malato terminale, in quanto comunque diretto a migliorarne le condizioni complessive (c.d. trattamento del dolore)", viene escluso che la contenzione meccanica possa rientrare "in nessuna delle categorie indicate". Essa "non ha né una finalità curativa né produce materialmente l'effetto di migliorare le condizioni di salute del paziente", anzi, può essere di grave nocimento alla salute del paziente, ove non utilizzata "con le dovute cautele". Piuttosto essa svolge una mera



funzione di tipo “cautelare”, essendo diretta a salvaguardare l'integrità fisica del paziente, o di coloro che vengono a contatto con quest'ultimo.

D'altra parte, la sentenza in esame prosegue ritenendo che i criteri ispirativi dell'ormai abrogato art. 60 del regolamento dei manicomi, “*nel senso di limitare l'uso della contenzione meccanica a situazioni del tutto eccezionali, possano ritenersi, non solo tuttora attuali, ma, a maggiore ragione, ancora più vincolanti, in primo luogo, alla luce dell'entrata in vigore della Carta Costituzionale, che all'art. 13 ha vietato qualsiasi forma di restrizione della libertà personale se non alle condizioni tassativamente stabilite dalla legge e all'art. 32 ha sancito il divieto di violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.*”

Dal momento che la contenzione, non ha, a differenza delle metodiche esaminate a suo tempo dalla Corte Costituzionale, la dignità di una pratica terapeutica o diagnostica il cui uso è rimesso alla discrezione del medico, essa in quanto mero presidio “cautelare” può essere utilizzata solo se ricorrono ben precise condizioni di urgenza.

Per questo, il sanitario seppur titolare di una posizione di garanzia<sup>4</sup> con gli obblighi di protezione e custodia che da essa scaturiscono, non può superare i limiti che sorgono dalla specifica condizione umana del paziente, la cui libertà e integrità fisica nonché dignità umana sono costituzionalmente garantiti.

“*La massima privazione della libertà che deriva dall'uso della contenzione ‘può’ e ‘deve’ essere disposta dal sanitario (il quale, più degli altri, è per le proprie competenze tecnico-scientifiche a conoscenza dei gravi pregiudizi che l'uso del mezzo contenitivo può provocare alla salute del paziente) solo in situazioni straordinarie e per il tempo strettamente necessario dopo aver esercitato la massima sorveglianza sul paziente.*”

Il pericolo deve essere “attuale” e non è assolutamente ammissibile l'applicazione della contenzione in via “precauzionale” sulla base della astratta possibilità o anche mera probabilità di un danno grave alla persona, che il sanitario deve avere cura di indicare in modo puntuale e dettagliato.

Solo l'assenza di strumenti alternativi per la salvaguardia della salute del paziente, la cui valutazione è rimessa al prudente apprezzamento del medico, rende possibile il ricorso alla contenzione, la cui pratica in concreto è giudicata l'unica in grado di evitare ogni pericolo.

Le modalità di applicazione della contenzione sono presidiate dal criterio della “proporzionalità”, che suggerisce in quali limiti essa va disposta secondo una attenta ponderazione del medico che dovrà specificare le ragioni di una scelta piuttosto che di un'altra.

## La specificità delle Residenze Sanitarie Assistenziali

La V Sezione Penale della Corte di Cassazione si esprime in merito a quanto avvenuto in un reparto di psichiatria e nella argomentazione svolta richiama, attribuendo a tale richiamo un significato particolare, che l'Ospedale Niguarda di Milano ha redatto delle linee guida cui prestare attenzione per limitare l'utilizzo della contenzione meccanica a casi davvero eccezionali. Inoltre, afferma che il R.D. 16-8-1909 n. 615 (Regolamento sui manicomi e sugli alienati. Pubblicato nella Gazz. Uff. 16 settembre 1909, n. 217. Per le attribuzioni già demandate al Ministero dell'interno e al Prefetto, vedi ora nota 1/a all'epigrafe del provvedimento riportato al n. A/I.) sia da ritenersi abrogato, anche se alcuni suoi principi ispiratori conservano la loro attualità, in particolare l'articolo 60<sup>5</sup>.

### *I cambiamenti nell'aspettativa di vita*

Qualche considerazione va fatta sulla età mediana di morte e sull'epidemiologia al tempo dell'unità d'Italia e del Regio Decreto, confrontandole con la speranza di vita e l'epidemiologia attuali.

Nel 1863 l'età media di morte non arrivava ai 50 anni, fermandosi a 49,29. Negli anni a seguire ci sono aumenti e flessioni, ma con un complessivo trend in crescita che fa registrare come età media di morte 54 anni nel 1881, quasi 60 nel 1891, 62,46 nel 1901, fino ai 71,11 del 1951. Oggi, in base alle stime 2018, è sostanzialmente stabile la speranza di vita alla nascita per entrambi i generi: 80,8 anni per gli uomini e 85,2 per le donne. In ambito UE l'Italia è al primo posto insieme a Svezia e Malta per i maschi e al quarto posto per le femmine dopo Spagna, Francia e Lussemburgo (dati 2016).

Riguardo alle cause di morte, la principale causa nei primi anni dell'Italia unita, se si escludono gli incidenti, erano le malattie infettive e parassitarie, alle quali erano attribuibili quasi il 30% dei decessi, secondo i dati del 1881 (relativi soltanto ai capoluoghi di provincia). Venivano poi le malattie dell'apparato respiratorio, intorno al 15%, le malattie mentali, del sistema nervoso e organi dei sensi, che superavano il 10%, le malattie del sistema cardiocircolatorio, intorno al 5% (Antonietti, 2011).

Nel 2014, i decessi in Italia (ISTAT, 2017) sono stati 598.670, con un tasso standardizzato di mortalità di 85,3 individui per 10mila residenti. Dal 2003 al 2014 il tasso di mortalità si è ridotto del 23%, a fronte di un aumento del 1,7% dei decessi (+9.773) dovuto all'invecchiamento della popolazione. Nel rapporto dell'Istat si legge che sia nel 2003 che nel 2014 le prime tre cause di morte in Italia sono le malattie ischemiche del cuore, le malattie cerebrovascolari e le altre malattie del cuore (rappresentative del 29,5% di tutti i

<sup>4</sup> Professionisti medici e altri sanitari attivi in una struttura sanitaria sono tutti portatori *ex lege* di una posizione di garanzia nei confronti dei pazienti (espressione dell'obbligo di solidarietà costituzionalmente imposto dagli artt. 2 e 32 Cost.), la cui salute devono tutelare contro qualsiasi pericolo che ne minacci l'integrità.

<sup>5</sup> Art. 60. Nei manicomi debbono essere aboliti o ridotti ai casi assolutamente eccezionali i mezzi di coercizione degli infermi e non possono essere usati se non con l'autorizzazione scritta del direttore o di un medico dell'istituto. Tale autorizzazione deve indicare la natura e la durata del mezzo di coercizione.

**Tabella II.**  
*Anziani (over 65) con limitazioni funzionali (Fosti e Notarnicola, 2018).*

Anno	Popolazione di Riferimento	Fonte	Modalità di calcolo	Stima
2013	Popolazione ≥ 65 anni all'1.1.2013	ISTAT (2014) Condizioni di salute, fattori di rischio e prevenzione. Anno di riferimento: 2013. Dati ISTAT Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e sociosanitari (2013)	19,8% della popolazione di riferimento + anziani residenti permanentemente in istituzioni	2.781.157
2014	Popolazione ≥ 65 anni all'1.1.2014	ISTAT (2014) Condizioni di salute, fattori di rischio e prevenzione. Anno di riferimento: 2013. Dati ISTAT Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e sociosanitari (2014)	19,8% della popolazione di riferimento + anziani residenti permanentemente in istituzioni	2.809.211
2015	Popolazione ≥ 65 anni all'1.1.2015	ISTAT (2014) Condizioni di salute, fattori di rischio e prevenzione. Anno di riferimento: 2013. Dati ISTAT Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e sociosanitari (2015)	19,8% della popolazione di riferimento + anziani residenti permanentemente in istituzioni	2.857.801

decessi), anche se i tassi di mortalità per queste cause si sono ridotti in 11 anni di oltre il 35%. Al quarto posto nella graduatoria delle principali cause di morte figurano i tumori della trachea, dei bronchi e dei polmoni (33.386 decessi). Demenza e Alzheimer risultano in crescita; con i 26.600 decessi rappresentano la sesta causa di morte nel 2014.

La percentuale sul totale di morte per suicidio e autolesione intenzionale è di 0,7 segnando una variazione in diminuzione rispetto al 2013 di -8,5%.

Mentre colpisce che 'Demenza e Malattia di Alzheimer' rappresentino la sesta causa di morte con una variazione in crescita rispetto al 2013 del 29,1%. Le demenze erano sconosciute nei primi decenni dell'Unità d'Italia e costituiscono una patologia legata all'invecchiamento della popolazione che si sta registrando a partire dagli anni '90.

L'indice di vecchiaia<sup>6</sup> in crescita segnala una popolazione anziana in aumento esponenziale. Ciò comporta che il benessere delle persone è sempre più influenzato, piuttosto che da episodi di acuzie, da cronicità e da condizioni di non autosufficienza sempre più complessi e complessi (Tab. II).

### *Il setting delle cure e dell'assistenza*

Un'altra considerazione riguarda il contesto operativo della giurisprudenza citata.

Nell'anno 2016 sono state registrate 108.847 dimissioni in regime ordinario da reparti di psichiatria (214,9/100.000 ab.) con una degenza media di 12,7 giorni e 48.497 dimissioni con diagnosi principale psichiatrica da reparti ospedalieri non psichiatrici (95,7/100.000 ab.). Il numero di Trattamenti Sanitari Obbligatorii (TSO) è stato 7.963 (16 / 100.000 ab.) (SIEP, 2018).

Nel 2016, Eurostat segnala che la durata media di una degenza ospedaliera (tutti i tipi di ricovero) negli Stati membri dell'Unione europea variava tra 5 e 10 giorni (media 7,3 giorni). L'Italia con 8,1 giorni (per tutti i tipi di ricovero) era ottava in classifica nel 2016.

Fattori di ordine demografico e sociale incrociandosi con le strategie organizzative di snellimento degli ospedali, sempre più orientate alla gestione delle fasi acute di malattia e a ottenere la piena remunerazione dei DRG evitando l'"oltre soglia" che è meno remunerato, evidenziano da tempo nuove esigenze di cura e assistenza soprattutto legate alla cronicità. Ciò ha portato alla costante crescita numerica delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), strutture residenziali destinate ad accogliere persone anziane non autosufficienti per un lungo periodo, anche per anni e fino alla fine della vita.

Le RSA per molti degli ospiti sono non un luogo di ricovero e cura, ma primariamente un luogo di vita. Esse, come recita la L. 11 marzo 1988, n. 67 – art. 20 (legge finanziaria 1988), sono "strutture residenziali, per anziani che non possono essere assistiti a domicilio e nelle strutture di cui alla lettera e) e che richiedono trattamenti continui. Tali strutture, di dimensioni adeguate all'ambiente secondo standard che saranno emanati a norma dell'art. 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, devono essere integrate con i servizi sanitari e sociali di distretto e con istituzioni di ricovero e cura in grado di provvedere al riequilibrio di condizioni deteriorate. Dette strutture, sulla base di standard dimensionali, possono essere ricavate anche presso aree e spazi resi disponibili dalla riduzione di posti-letto ospedalieri".

Le RSA, oggi, devono mettere in atto forme di tutela e cure sanitarie per rispondere alla persona non autosufficiente con fragilità, polipatologie e politerapia<sup>7</sup>, per la quale non è ipotizzabile la guarigione ma solo il riequilibrio di condizioni

<sup>6</sup> Rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione. È il rapporto percentuale tra il numero degli ultrassessantacinquenni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni. Ad esempio, nel 2018 l'indice di vecchiaia per l'Italia dice che ci sono 168,9 anziani ogni 100 giovani.

<sup>7</sup> La politerapia va peraltro attentamente riverificata per gli effetti imprevedibili sul singolo delle interazioni tra farmaci, potendo paradossalmente e di fatto associarsi a un aumento della mortalità.

deteriorate e il rallentamento del declino biologico, cognitivo e relazionale.

### *I ricoveri in Rsa*

Altra considerazione è che nel mondo delle RSA non solo non si hanno ricoveri coatti ma i ricoveri assumono contorni particolari, sicché i principi posti a base della sentenza n° 50497/2018 della Cassazione andrebbero, a nostro giudizio, declinati in modo più appropriato.

Ci avviamo a concludere cercando di chiarire le conseguenze concettuali di tutto quanto finora delineato.

Assumiamo la definizione di non autosufficienza desunta dall'*International classification of functioning, disability and health* (ICF), e adottata dal Ministero della Salute: “*disabilità e non autosufficienza sono le definizioni più comuni per indicare la condizione delle persone che presentano gravi difficoltà a interagire con il proprio ambiente a causa della perdita permanente, totale o parziale, delle abilità fisiche, psichiche, sensoriali, cognitive o relazionali necessarie a svolgere le azioni essenziali della vita quotidiana senza l'aiuto di altri*” (Ministero della Salute, 2013), e dall'ISTAT (2014) che intende come persone con limitazioni funzionali coloro che hanno difficoltà rispetto ad alcune specifiche dimensioni: costrizione a letto, su sedia o in abitazione (confinamento); limitazioni nelle funzioni della vita quotidiana, incluse le attività di vita quotidiana (*Activities of Daily Living*, ADL); problemi nel camminare, usare le scale e raccogliere oggetti da terra (limitazioni nel movimento); difficoltà della comunicazione (limitazioni di vista, udito e parola). (Fosti e Notarnicola, 2018).

Una piccola parte di soggetti non autosufficienti difficilmente gestibili a domicilio per la complessità dei bisogni<sup>8</sup> si ritrovano nei servizi sociosanitari residenziali, il 9,6% (Fosti e Notarnicola, 2018)<sup>9</sup>. Si tratta di persone con più patologie croniche concomitanti, con la prescrizione di diversi farmaci dagli effetti collaterali non agevolmente prevedibili e con le difficoltà e i deficit citati dal Ministero e dall'ISTAT. Per essi non ci sono cure, nel senso tradizionale del termine, ma solo un impegno medico, infermieristico e assistenziale per attenuare un declino inarrestabile.

### *L'ordinarietà instabile degli ospiti delle Rsa*

L'ordinarietà degli ospiti delle RSA è di una stabilità precaria e la cui evoluzione non può che essere fatale in tempi

variabili<sup>10</sup>. Se l'omeostasi<sup>11</sup> viene meno, ad es. per un ictus o per un infarto, l'ospite diventa un paziente da inviare in ospedale essendosi configurata un'urgenza in un quadro, ripeto, di ordinarietà malferma.

In tale cornice di precarietà s'inserisce il problema delle cadute<sup>12</sup>, che nell'anziano sono rilevanti non solo per frequenza e per la gravità degli esiti nel caso di fratture o per la lentezza della guarigione, ma anche per gli effetti sul benessere personale e sul senso d'insicurezza che suscitano, con conseguenze di auto-confinamento e di limitazione degli spostamenti e delle attività abituali.

Nel biennio 2016-2017 la sorveglianza “Passi d'argento”<sup>13</sup> ha registrato da un 9% di intervistati una caduta nei 30 giorni precedenti l'intervista. Di questi il 18% ha avuto necessità di un ricovero ospedaliero di almeno un giorno.

Le cadute sono più frequenti con l'avanzare dell'età per comparsa di diverse patologie e per il rallentamento dei riflessi protettivi (pari al 7% fra il 65-74enni raggiunge il 12% fra gli ultra 85enni) e fra le donne (10 vs 7% negli uomini). Le cadute aumentano il rischio di ricadute.

La caduta incute timore: circa 4 intervistati su 10 hanno paura di cadere e fra coloro che hanno già vissuto questo evento la paura di cadere è riferita da 7 persone su 10. Tale timore cresce con l'età, è maggiore fra le donne. La caduta è associata al malessere psicologico e la prevalenza di persone con sintomi depressivi fra le persone che hanno subito una caduta negli ultimi 30 giorni sale al 26% (vs 13% del campione totale).

<sup>10</sup> Mi riferisco ovviamente all'utenza tipica della Rsa e non all'utenza definita “non tipica” (Stati Vegetativi, SLA, post-acute, soggetti provenienti da ex ospedali psichiatrici e disabili a cui sono stati riconosciuti i benefici della dgr 5000/2007) che viene accolta in diverse regioni all'interno anche delle Rsa e per la quale occorrono ragionamenti differenziati e che esulano da quelli utilizzati in questo articolo.

<sup>11</sup> L'omeostasi (dal greco ὁμοίως στάσις, “simile posizione”) è la tendenza naturale al raggiungimento e alla conservazione di una relativa stabilità, sia delle proprietà chimico-fisiche interne che comportamentali, anche al variare delle condizioni esterne, attraverso precisi meccanismi autoregolatori.

<sup>12</sup> Si definisce caduta un “improvviso, non intenzionale, inaspettato spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica o assisa o clinostatica. La testimonianza delle cadute è basata sul ricordo del paziente e/o la descrizione della caduta da parte dei testimoni. Questa definizione include i pazienti che dormendo sulla sedia cadono per terra, i pazienti trovati sdraiati sul pavimento, le cadute avvenute nonostante il supporto”. Chiari P. *Suggerimenti di pratica clinica per la prevenzione delle cadute dei pazienti in ospedale*. Centro Studi EBN, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna 2004.

<sup>13</sup> PASSI d'Argento, promosso dal Ministero della Salute e dalle regioni con il supporto tecnico-scientifico del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità, costituisce una sperimentazione di un modello di sorveglianza sulla qualità della vita, sulla salute e sulla percezione dei servizi nella terza età, allo scopo di mettere a disposizione informazioni utili per le scelte di politiche socio-sanitarie volte a migliorare la qualità di vita degli anziani.

<sup>8</sup> In Lombardia nel 2017 il 34% degli ospiti era inserito nelle prime due classi di gravità (quelli con minore grado di mobilità e maggiore compromissione clinica, concentrati quasi esclusivamente nella classe 1), il 46% nelle classi da 3 a 6 (con maggior prevalenza dei disturbi cognitivi), in particolare modo nella classe 3, il 20% nelle classi di minor gravità (7/8). (FNP-CISL 2019).

<sup>9</sup> Nel 2015, a fronte di una stima di bisogni di circa 2.847.814 persone, solo 287.328 (9,6%) ha trovato accoglienza nei servizi residenziali (Fosti e Notarnicola, 2018).



Pur con tutte le precauzioni messe in atto le persone che cadono la prima volta presentano un rischio elevato di cadere nuovamente durante lo stesso anno e possono riportare, come conseguenza del trauma, danni anche gravi, fino a giungere, in alcuni casi, alla morte.

Cito ancora alla lettera dai dati della sorveglianza “Passi d’argento”.

Le cadute sono una causa importante sia di morbilità sia di mortalità, nonché la fonte principale di lesioni fatali e non fatali tra gli anziani (Cuevas-Trisan 2019). La popolazione anziana è più esposta infatti a fattori singoli e multipli di rischio per le cadute quali: problemi di equilibrio e debolezza muscolare; deficit visivi; carenza di vitamina D; uso di medicinali (come tranquillanti, sedativi o antidepressivi); patologie croniche, come malattie cardiache, demenza, ipertensione (o anche ipotensione che può portare a vertigini e una breve perdita di coscienza), dolore ai piedi o utilizzo di calzature inappropriate (...). Nelle persone anziane, inoltre, le cadute possono essere particolarmente problematiche perché l’osteoporosi è una patologia più comune nelle donne ma a cui sono soggetti anche gli uomini (NHS, 2018). La maggior parte delle cadute sono causate da una combinazione di questi fattori di rischio, molti dei quali possono essere modificati, pertanto gli operatori sanitari hanno un ruolo nel contribuire a ridurre il rischio intervenendo sui fattori modificabili.

L’Organizzazione mondiale della sanità (OMS) stima che nel mondo circa il 28-35% delle persone di 65 anni e oltre cade ogni anno, percentuale che sale al 32-42% negli ultra 70enni. La frequenza delle cadute aumenta con l’aumentare dell’età e della fragilità. Cadono più spesso le donne anziane rispetto ai loro coetanei maschi, anche se la mortalità è più elevata negli uomini: una differenza di genere di cui politiche e programmi di prevenzione dovrebbero tenere conto (WHO, 2007).

Circa il 30-50% delle cadute negli anziani si traduce in lesioni lievi, inclusi lividi, abrasioni e lacerazioni, ma circa il 10% di tutte le cadute negli anziani causa lesioni gravi, tra cui lesioni intracraniche (ICI) e fratture. L’1% di tutte le cadute di questa popolazione provocano fratture dell’anca, che rappresentano un rischio significativo per la morbilità e la mortalità, inoltre, secondo i *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC’s), tra il 2006 e il 2010, le cadute sono state la principale causa di decessi traumatici da lesioni cerebrali in persone di 65 anni o più. Meno della metà dei pazienti più anziani che cadono però dice al proprio medico che ha avuto una caduta, spesso infatti gli anziani sono restii nel segnalare una caduta perché attribuiscono il crollo al processo di invecchiamento o perché temono di essere successivamente condizionati nelle loro attività o istituzionalizzati.

Gli anziani che vivono nelle cosiddette case di riposo cadono più frequentemente di quelli che vivono in comunità. Circa il 30-50% delle persone ricoverate in situazione di lungodegenza cade ogni anno e il 40% di queste è vittima di cadute ricorrenti.

## Conclusioni

Diamo per riconosciuto che i gestori di RSA abbiano messo in atto tutte le strategie preventive ambientali, essendo queste tra i requisiti strutturali e organizzativi per l’accreditamento e la sua conservazione nel tempo<sup>14</sup>. La valutazione dei dati quantitativi e soprattutto delle ragioni perché si cade a una certa età e la prognosi comunque sfavorevole sul medio e lungo periodo<sup>15</sup> dimostrano però che ciò non è sufficiente e che occorre fare ricorso ordinariamente a strumenti e ausili, alcuni dei quali sono definiti contentivi.

La nostra ultima riflessione è che in realtà anche questi strumenti andrebbero riconsiderati all’interno di un nuovo e specifico nomenclatore e di moderne linee guida, frutto di un lavoro congiunto tra esperti di degenza residenziale e giurisperiti, e che per ciascuno di essi vadano valutate diverse componenti, anche percentualmente misurate su una media delle ragioni di loro utilizzo, come la correzione posturale, la cautela a fini di precauzione per evitare danni maggiori, il miglioramento della sensazione di sicurezza<sup>16</sup>, la vera e propria contenzione.

Questa di solito è richiesta per disturbi comportamentali con caratteristiche di agitazione e aggressività richiedenti interventi d’emergenza-urgenza stimabili come limitati nel tempo anche se con facile recidiva in particolare in soggetti con demenza e deliri.

In tal caso si – a nostro parere – che la contenzione deve avere una scadenza, un’osservazione sistematica e una regolare rivalutazione della sua reale necessità.

Nomenclatore e linee guida andrebbero revisionate con regolarità per agganciarli a progressi scientifici e acquisizioni tecnologiche migliorativi, oltre che per meglio circoscrivere

<sup>14</sup> Rimando alla Raccomandazione n. 13 - Caduta paziente in strutture sanitarie, Ministero della Salute novembre 2011.

<sup>15</sup> Il tasso di mortalità nelle Rsa lombarde, significative per la loro numerosità e per la diffusione capillare sul territorio regionale, nel 2017 e nel 2018 e a 30 giorni dal ricovero risulta come segue:

Anno	Conteggio assistiti	Deceduti in struttura nell'anno	Deceduti in struttura nei primi 30 gg	% mortalità annua	% mortalità a 30 gg
2017	72.221	14.895	1.496	21%	2%
2018	71.707	14.727	1.457	21%	2%

Fonte: Unità Organizzativa Osservatorio Epidemiologico Regionale Lombardia.

<sup>16</sup> In un’indagine condotta sulla qualità della vita nei servizi per i non autosufficienti (Monteleone, 2015) è emerso che per gli ospiti delle RSA è la “sicurezza” l’elemento in assoluto più trovato, perché certamente il più ricercato. Persino più ricercato di cure e assistenza. Il motivo è da attribuire al fatto che anche a casa ricevevano cure e assistenza, ma senza la continuità specifica sperimentata nelle RSA e con minor safety. Essere e sentirsi al sicuro, infatti, è principalmente da intendere come safety. Il termine indica l’incolunità della persona grazie alla protezione dai danni alla salute e al benessere oltre che dagli infortuni e rischi tipici in soggetti con problemi vari negli spostamenti, siano essi a piedi o in carrozzina.

lo stato di necessità in questo ambito specifico della non autosufficienza degli anziani ospiti delle RSA.

### Ringraziamenti

Ringrazio diversi conoscenti o amici magistrati e avvocati – penalisti, civilisti e amministrativisti – con cui ho avuto nel corso di questi anni diversi momenti di discussione proficua grazie ai quali posso orientarmi nel mondo della giurisprudenza.

Lo stesso ringraziamento vale per i colleghi medici, coi quali ho intrattenuto frequenti scambi d'opinione sui temi oggetto di questo articolo.

### Bibliografia

- Albrecht GL, Devlieger PJ. *The disability paradox: high quality of life against all odds*. Soc Sci Med 1999;48:977-88.
- Antonioti E. *1861-2011: com'è cambiata la salute degli italiani*. Quotidianosanità.it, 16 marzo 2011.
- Chiari P. *Suggerimenti di pratica clinica per la prevenzione delle cadute dei pazienti in ospedale*. Bologna: Centro Studi EBN 2004.
- Cuevas-Trisan R. *Balance problems and fall risks in the elderly*. Clin Geriatr Med 2019;35:173-83.
- FNP-CISL Lombardia. *Non autosufficienza e Rsa*. Informa, 1 giugno 2019.
- Fosti G, Notarnicola E, Eds. *L'innovazione e il cambiamento nel settore della long term care. 1° Rapporto Osservatorio Long Term Care*. Milano: Egea Ed. 2018.
- ISTAT. *Condizioni di salute, fattori di rischio e prevenzione*, 2014.
- Kane RA. *Definition, measurement, and correlates of quality of life*

*in nursing homes: towards a reasonable practice, research, and policy agenda*. Gerontologist 2003;43(Spec 2):28-36.

Ministero della Salute. *Assistenza a persone disabili e non autosufficienti*, 2013.

Ministero della Salute. *PASSI d'Argento*.

Monteleone A. *Demenza, cura e distress dell'accuditore*, Welfare Oggi, maggio/giugno 2013;3.

Monteleone A. *Non autosufficienza e qualità della vita*. Bologna: Maggioli Editore 2015.

Murphy K, Cooney A, Shea EO, et al. *Determinants of quality of life for older people living with a disability in the community*. J Adv Nurs 2009;65:606-15.

NHS. *Overview on falls*, 2018.

OECD *Guidelines on measuring subjective Well-being*, OECD Publishing, 2013.

Paoli F. *La valutazione della qualità di vita nella fase terminale*. G Gerontol 2004;52:472-4.

SIEP. *Quaderni di epidemiologia psichiatrica*, 2018;(2).

World Health Organization. *WHO Global Report on falls prevention in older age*, 2007.

Zahava G, Bowling A. *Quality of life from the perspectives of older people*. Ageing Soc 2004;24:675-91.

### Riferimenti normativi e giurisprudenziali

- R.D. 16-8-1909 n. 615 (Regolamento sui manicomi e sugli alienati. Pubblicato nella Gazz. Uff. 16 settembre 1909, n. 217. Per le attribuzioni già demandate al Ministero dell'interno e al Prefetto, vedi ora nota 1/a all'epigrafe del provvedimento riportato al n. A/I.).
- L. 11 marzo 1988, n. 67 – art. 20 (legge finanziaria 1988).
- Corte di Cassazione IV sezione penale, sentenza n° 31628/2018.
- Corte di Cassazione V sezione penale, sentenza n° 50497/2018