

Alma Mater Studiorum – Università di Bologna

DOTTORATO DI RICERCA IN

Diritto e Nuove Tecnologie

Ciclo XXIX

Settore Concorsuale di afferenza: 12/H3

Settore Scientifico disciplinare: IUS/20

ANALISI CRITICA DEI PROFILI BIOGIURIDICI E BIOETICI DELLA CONTENZIONE DEL PAZIENTE PSICHIATRICO CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLA DIGNITÀ UMANA

Presentata da: Valeria Sundas

Coordinatore Dottorato

Relatore

Chiar.mo Prof. Giovanni Sartor Chiar.ma prof. Francesca Ingravallo

Esame finale anno 2017

Ringraziamenti

La tesi che si presenta è frutto di anni di ricerca. Alla sua elaborazione hanno contribuito le persone che ora nominerò e che, per il loro contributo, vorrei ringraziare.

Anzitutto, ringrazio la mia relatrice, la Prof.ssa Francesca Ingravallo, per avermi seguita con pazienza e dedizione in questo percorso e per avermi testimoniato la passione per la ricerca.

Ringrazio in modo speciale il Prof. Marco Menchetti, per il suo contributo scientifico e per la disponibilità mostrata di fronte alle mie incalzanti richieste.

Ringrazio le Prof.sse Carla Faralli, Marina Lalatta Costerbosa, Stefania Pellegrini e Susi Pelotti per i loro consigli e per la collaborazione alla realizzazione della ricerca empirica.

Ringrazio Veronica Mignani per il suo aiuto nella raccolta e nell'analisi dei dati della ricerca empirica.

Ringrazio Rebecca Lin che mi ha aiutato nella traduzione del questionario.

Infine, un grazie particolare va alla mia famiglia e ai miei amici, senza i quali forse non avrei portato a termine il lavoro.

Alla mia famiglia

INDICE

Introduzione	7
---------------------------	---

CAPITOLO PRIMO

La contenzione del paziente psichiatrico

1. La psichiatria e l'impiego dei mezzi di coercizione.	11
1.1 L'evoluzione legislativa in ambito psichiatrico.	16
1.1.1 La contenzione dopo la riforma psichiatrica.	21
1.2 Il <i>presunto</i> superamento della presunzione di pericolosità.	24

CAPITOLO SECONDO

La contenzione e le evidenze scientifiche

2. Contenimento e contenzione	31
2.1 I danni provocati dalla contenzione.	35
2.2 Metodi di contenimento alternativi alla contenzione.	37
2.3 Raccomandazioni e linee guida sulla contenzione in psichiatria.	47

CAPITOLO TERZO

Le ragioni della illiceità della contenzione

3.	Le ragioni della inaccettabilità della contenzione.	57
3.1	L'illegittimità della contenzione.	58
3.1.1	Segue. L'illiceità della contenzione.	60
3.2	Le cause di giustificazione.	64
3.2.1	Legittima difesa e stato di necessità	66
3.2.2	L'adempimento di un dovere.	74
3.3	Il reato omissivo.	78
3.3.1	Il particolare caso del medico psichiatrico	85
3.4	Focus sul ruolo delle linee guida	96

CAPITOLO QUARTO

Le attitudini degli studenti universitari rispetto all'impiego delle misure di contenzione

4.	Background.	102
4.1	Metodi.	106
4.1.1	Disegno.	106
4.1.2	Partecipanti.	106
4.1.3	Questionario e procedure dello studio	106
4.2	Considerazioni etiche.	107
4.3	Analisi dei dati.	108
4.4	Risultati.	109
4.4.1	Risultati del campione intero	109
4.4.2	Confronto tra studenti di giurisprudenza e studenti di infermieristica.	115
4.4.3	Breve cenno ai risultati della ricerca qualitativa.	120
4.5	Discussione.	121
4.6	Limitazioni.	128
4.7	Conclusioni.	128

CAPITOLO QUINTO

La dignità come parametro di giudizio

5. zione storico-filosofica del concetto di dignità.	131
5.1 La dignità nel dibattito bioetico.....	137
5.1.1 Le teorie della dotazione e della prestazione.....	138
5.1.2 Il ruolo della dignità nell'assistenza sanitaria.....	141
5.2 La dignità umana come strumento regolatore	148
5.3 Il rispetto della dignità umana in psichiatria.....	157
Conclusioni	164
Appendice	170
Abbreviazioni principali	198
Bibliografia	200
Siti internet	261
Giurisprudenza di legittimità	265
Giurisprudenza Corte Costituzionale	266
Fonti normative	266

Introduzione

Alcuni studi¹ e indagini nazionali² condotti in strutture di ricovero, hanno portato alla luce la realtà di reparti psichiatrici che, sovente, continuano ad impiegare pratiche fortemente radicate a istanze custodialistiche³, tipiche del modello manicomiale.⁴

¹ Per l'Italia: B. BIANCOSPINO, S. DELMONTE, L. GRASSI, G. SANTONE, A. PRETI, R. MIGLIO, G. De GIROLAMO, *Violent Behavior in Acute Psychiatric Inpatient Facilities*, in *J. Nerv. Ment. Dis.*, 2015, 197, 10, pp. 1-11; P. SANGIORGIO, C. SARLATTO, *Physical Restraint in General Hospital Psychiatric Units in the Metropolitan Area of Rome*, in *Int. J. Ment. Health*, 2008, 37, n. 4, pp. 3-16.

² L'indagine PROGRES-ACUTI, finanziata dal Ministero della salute e coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità e dal Dipartimento di Salute Mentale di Trieste, ha evidenziato che la contenzione, fisica e meccanica, tra il 2002 e il 2003, ha continuato a essere adoperata all'interno delle residenze per pazienti acuti. La ricerca in questione mostrava che nell'unità di tempo adottata (3 giorni), in 3 su 10 degli Servizi Psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC) visitati, si rinveniva almeno una persona legata. In alcuni reparti il numero saliva fino a 4 pazienti legati contemporaneamente. Da un'indagine condotta nella Regione Lazio, alla quale hanno partecipato 20 dei 22 SPDC della regione, risulta che nel 2009 la contenzione meccanica è stata praticata in misura variabile in tutti gli SPDC regionali: in quell'anno sono stati sottoposti a contenzione 727 pazienti, pari al 9,5% dei pazienti dimessi, con una distribuzione per singolo SPDC da un minimo di 18 a un massimo di 73 pazienti contenuti; in totale sono state messe in atto 1.185 contenzioni. Nei singoli SPDC le contenzioni hanno variato da un minimo di 21 contenzioni su 18 pazienti ad un massimo di 127 su 73 pazienti. P. DELL'ACQUA, B. NORCIO, G. DE GIROLAMO, A. BARBATO, R. BRACCO, A. GADDINI, R. MIGLIO, P. MORO SINI, A. PICARDI, E. ROSSI, P. RUCCI, G. SANTONE, *Caratteristiche e attività delle strutture di ricovero per pazienti psichiatrici acuti: i risultati dell'indagine nazionale "Progres-acuti"*, in *Giornale italiano di Psicopatologia*, 2007, 13, pp. 26-39.

Un'altra importante indagine è quella condotta nel 2001 dall'Istituto Mario Negri di Milano sulle pratiche dei Servizi psichiatrici di diagnosi e cura, nata nel contesto Collaborativo Italiano sugli Esiti dei Disturbi Mentali Gravi. I risultati di questa indagine sono stati presentati in E. TERZIAN, G. TOGNONI, *Indagine sui Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura*, in *Riv. sper. Fren.*, 2003, 127, 2. Nonostante non sia molto recente, l'indagine merita di essere considerata data l'importanza dei risultati che essa ha portato alla luce. Infatti, lo studio ha mostrato che: solo nel 12% degli SPDC l'uso dei mezzi di contenzione fisica risultava bandito da anni; un terzo circa degli SPDC impiega i mezzi di contenzione fisica solo raramente, mentre in poco meno di un terzo dei servizi in questione, esso rappresenta un evento piuttosto frequente.

³ Stando a quanto emerso della Relazione finale della Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale, approvata il 30/1/2013, all'interno degli SPDC continuano ad essere diffusamente seguite pratiche di contenzione. Nello specifico, la Commissione afferma che: «Gli SPDC, uniche strutture presenti dentro l'ospedale, rimangono per la maggior parte luoghi chiusi e con ancora largamente diffuse pratiche di contenzione (talora attuate illegittimamente come se fossero "terapie"), frequentemente privi di possibilità di interventi riabilitativi e sociali, che possano fungere da collegamento con i servizi territoriali come prevenzione della cronicità: molto della cura è affidata alla psicofarmacologia e la qualità della vita dei ricoverati è spesso limitata ai soli bisogni primari (per esempio, frequentemente è fatto divieto, in nome della "sicurezza" del paziente, di quegli effetti personali usati comunemente nella vita quotidiana).» <https://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/698049.pdf>.

⁴ E. BORGNA, Introduzione a G. DEL GIUDICE, *...e tu slegalo subito. Sulla contenzione in psichiatria*, Edizioni Alpha Beta Verlag, 2015, p. 9.

La diffusione epidemiologica della contenzione rivela una forte contraddizione tra la pratica clinica e i principi che hanno ispirato la riforma della legislazione psichiatrica del 1978. Tale diffusione potrebbe essere intesa come espressione di una cultura medica ancora radicata a sentimenti di controllo verso il paziente, oppure come il prodotto di una «medicina dell'obbedienza giurisprudenziale»⁵, condizionata cioè da quell'orientamento giurisprudenziale che riconosce in capo al medico dei doveri di controllo sul paziente.⁶

Nell'aprile del 2015 il Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB) ha pubblicato un parere nel quale ha ribadito⁷ che la contenzione, in quanto lesiva della dignità del paziente e dei suoi diritti fondamentali, deve essere superata.⁸ Il CNB ha affermato che l'impiego della contenzione integra fattispecie tipiche di reato e può essere giustificata solo quando rappresenti l'estrema ratio, ovvero quando ci si trovi ad affrontare il pericolo grave ed attuale che il malato compia atti auto-lesivi o commetta un reato contro la persona nei confronti di terzi.⁹

Diversamente dal parere del CNB che, nonostante abbia ribadito la necessità di superare la contenzione, ammette che essa possa essere giustificata nel caso si configuri uno stato di necessità, l'assunto su cui la tesi oggetto dell'elaborato pone le sue basi è il seguente: se le evidenze scientifiche mostrano che la contenzione può essere evitata, allora essa deve essere vietata.

La partita, dunque, non si gioca solo sul campo dell'interpretazione delle norme giuridiche, ma coinvolge conoscenze pertinenti alla psichiatria, la quale deve indicare i comportamenti da adottare per affrontare le problematiche che riguardano la cura del paziente¹⁰.

⁵ A. Fiori definisce tale «la progressiva accettazione e cristallizzazione di precetti di condotta medica di provenienza giurisprudenziale che spesso non hanno reale fondamento nella scienza e nella prassi medica». In *La medicina delle evidenze e delle scelte sta declinando verso la medicina dell'obbedienza giurisprudenziale?*, in Riv. It. Med. Leg., 2007, 29(4-5), p. 925 ss.

⁶ *Ibidem*.

⁷ Già in pareri precedenti, il Comitato Nazionale di Bioetica aveva affermato con fermezza l'esigenza di espungere il ricorso alla contenzione dal contesto di cura psichiatrico e non solo. A questo riguardo si vedano i pareri "Psichiatria e salute mentale" del 2000, "Bioetica e diritti degli anziani" del 2006, "Le demenze e la malattia di Alzheimer" del 2014.

⁸ COMITATO NAZIONALE DI BIOETICA, *La contenzione: problemi bioetici*, 23 aprile 2015.

⁹ *Ibidem*.

¹⁰ G. DODARO, (a cura di), *La posizione di garanzia degli operatori psichiatrici. Giurisprudenza e clinica a confronto*, Franco Angeli, Milano, 2011, p. 75. In merito Pulitanò afferma: «Il diritto che si occupa di attività e di responsabilità dello psichiatra ha bisogno del

A partire dalle evidenze scientifiche, l'obiettivo del presente lavoro è quello di dimostrare che la contenzione, sia sotto forma di contenzione meccanica che di contenzione fisica, poiché illecita, deve essere abolita.

L'originalità della ricerca che risiede nella scelta di costruire le basi del ragionamento giuridico sulle evidenze scientifiche, che dimostrano che la contenzione non ha alcuna valenza di atto medico-terapeutico e che esistono numerosi strumenti idonei a prevenire o contenere gli *eventuali*¹¹ comportamenti violenti (aggressivi o clastici¹²) del paziente e, allo stesso tempo, in grado di preservare la sua integrità e dignità e di fortificarne l'alleanza terapeutica con gli operatori sanitari.¹³ Questa scelta ha l'ambizione di proporre una alternativa alla tendenza, attualmente assai diffusa, di convertire la medicina *evidence based* in una medicina dell'obbedienza giurisprudenziale¹⁴. Al contrario, il giurista deve impegnarsi a costruire un modello integrato di scienza penalistica che tenga in debita considerazione le evidenze emerse in ambito scientifico e le metta in comunicazione con la tecnica giuridica¹⁵. È sulla dialettica *evidenze scientifiche - diritto* che deve risiedere il fondamento teorico delle scelte pratiche di cui il diritto rappresenta lo strumento¹⁶.

Prima di procedere all'analisi dei fondamenti scientifici e giuridici dell'illegittimità della contenzione, si propone, senza avere la pretesa di

sapere scientifico e tecnico acquisito dalla scienza, nel suo procedere pedetemptim, per prova ed errore». In, Introduzione, G. DODARO (a cura di), *La posizione di garanzia degli operatori psichiatrici. Giurisprudenza e clinica a confronto*, cit., p. 19.

¹¹ La scelta di aggettivare come "eventuale" il comportamento aggressivo del malato di mente non è affatto casuale: la negazione della presunzione di pericolosità del paziente, intesa in termini personologici, rappresenta uno snodo fondamentale del ragionamento che conduce a negare l'esistenza in capo allo psichiatra di una posizione di garanzia, da cui possa derivare una responsabilità a titolo omissivo, in caso di danno al paziente o a terzi soggetti.

¹² I comportamenti clastici sono diretti a danneggiare gli oggetti che sono alla portata dell'agente, a differenza di quelli aggressivi, i quali sono diretti alle persone.

¹³ Sulla scorta del medesimo ragionamento, Tribunale di Milano nella sentenza del 4 aprile 1979 aveva stabilito che: «Il giudice non può prendere posizione in ordine al problema se la contenzione meccanica dei malati non sia scientificamente ammissibile in alcun caso oppure se, in alcune limitate evenienze e con tutte le dovute cautele essa possa essere praticata come estremo rimedio e come male minore...».

¹⁴ A. FIORI, *La medicina delle evidenze e delle scelte sta declinando verso la medicina dell'obbedienza giurisprudenziale?*, cit., pp. 925-931.

¹⁵ Senato della Repubblica, XVI Legislatura, Doc. XXII-bis n.4, Commissione Parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del servizio sanitario nazionale, Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli ospedali psichiatrici giudiziari, cit., 7, poi recepita anche nella Relazione finale sull'attività della Commissione, cit., p. 77.

¹⁶ *Ibidem*.

ripercorrere dettagliatamente il sofferto percorso della psichiatria, una breve descrizione dell'evoluzione storica del concetto di malattia mentale e della contenzione. È indubitabile, infatti, che parlare di contenzione richiami, quasi automaticamente, l'istituzione manicomiale e con essa, una pratica psichiatrica custodialistica, tenacemente rifiutata e, teoricamente, superata con la riforma del 1978.

Nel capitolo successivo, l'analisi delle evidenze scientifiche relative alle tecniche di contenzione e alle implicazioni che dal loro impiego possono derivare servirà a porre le premesse del ragionamento giuridico. Un particolare approfondimento verrà riservato a linee guida e protocolli, alla loro natura giuridica e al ruolo che svolgono in ambito sanitario¹⁷. Sulla base di tali fondamenti scientifici, si cercherà di dimostrare che il ricorso alla contenzione integra fattispecie tipiche di reato, non è mai legittimo né può mai essere giustificato, ad eccezione del caso in cui il paziente presti il proprio consenso ed nei limiti stabiliti dalla legge e nel rispetto della sua dignità.

L'elaborato presenterà poi i risultati di uno studio empirico; infatti, a fronte della profonda contraddizione emersa, è parso utile conoscere il punto di vista delle principali figure professionali interessate dal fenomeno. Le figure professionali prese in considerazione sono: gli operatori sanitari che praticano la contenzione, i giuristi che sono chiamati a valutare doveri e responsabilità dei sanitari¹⁸, e i filosofi che si dedicano all'analisi dei risvolti etici dell'uso della contenzione. Da qui è nata la scelta metodologica di condurre una ricerca empirica, di cui si darà conto nel quarto capitolo, volta ad indagare l'attitudine degli studenti di diversi corsi di laurea rispetto all'uso della contenzione sul paziente psichiatrico.

L'ultima parte dell'elaborato, infine, sarà dedicata ad un approfondimento del principio della dignità umana e del ruolo che esso riveste nel discorso bioetico e biogiuridico, con particolare riferimento all'accettabilità dell'impiego dei mezzi contenzione.

¹⁷ Al riguardo, occorre premettere fin da ora che, nonostante l'assenza di evidenze scientifiche a sostegno della contenzione, numerose linee guida regionali continuano a disciplinare e, dunque, accettare il suo impiego.

¹⁸ D. PULITANÒ, Introduzione in G. DODARO (a cura di), *La posizione di garanzia degli operatori psichiatrici. Giurisprudenza e clinica a confronto*, cit., p. 26.

Capitolo I

La contenzione del paziente psichiatrico

Nel presente capitolo si procederà anzitutto alla descrizione, seppur breve, dell'evoluzione storica della psichiatria, prestando attenzione alle tecniche che, durante il suo corso, sono state impiegate per la cura del disturbo mentale. In seguito, un approfondimento sarà dedicato alle riforme legislative che nel corso degli anni hanno accompagnato la suddetta evoluzione.

1. La psichiatria e l'impiego dei mezzi di coercizione

È possibile definire la psichiatria come il «ramo della medicina che ha per oggetto lo studio clinico e la terapia delle infermità mentali e dei comportamenti comunque patologici». ¹⁹ Essa è quella tra le branche della medicina che ha dovuto percorrere il cammino più complesso e sofferto, «portando con sé il riflesso dei tempi» ²⁰. L'evoluzione della concezione di malattia mentale, infatti, ha influenzato radicalmente l'approccio terapeutico della scienza psichiatrica ²¹.

La psichiatria è nata, verso la fine del settecento, in piena era positivista e ha cominciato a svilupparsi «all'ombra della medicina scientifica, che era a chiaro indirizzo organicista» con Pinel, Chiarugi ed Esquirol. ²² La psichiatria

¹⁹ Lessico Universale Italiano, v. Psichiatria, Istituto della Enciclopedia Italiana, vol. XVIII, Roma, 1981.

²⁰ G. DODARO,), *La posizione di garanzia degli operatori psichiatrici. Giurisprudenza e clinica a confronto*, cit., p. 15.

²¹ O. GRECO, R. CATANESI, *Malattia mentale e giustizia penale. La percezione sociale della malattia mentale e della pericolosità del malato di mente*, Giuffrè, Milano, 1988, p. 5. Per una ricognizione del dibattito sulla nozione di disturbo mentale si veda: A. PAGNINI, *Filosofia della medicina. Epistemologia, ontologia, etica, diritto*, Roma, Carocci, 2010 e H. R. WULFF, S.A. PEDERSEN, R. ROSENBERG, *Filosofia della medicina*, Milano, Cortina Editore, 1995.

²² R. ROSSINI, *Trattato di psichiatria*, Cappelli editore, Bologna, 1977, p. 13.

organicista, secondo la quale «le malattie mentali sono malattie del cervello»²³, inizialmente assunse un modello anatomico-clinico, dal quale scaturiva una concezione oggettivizzante del malato di mente, considerato alla stregua di un organismo mal funzionante, il cui comportamento poteva essere spiegato solo in chiave patologica.²⁴ All'indirizzo organicista si contrappose presto un diverso orientamento, che può essere chiamato psicologo, che trovò poi declinazione in forme diverse.²⁵ Attraverso questo modello alternativo di pensare la malattia mentale, l'individuo che ne era affetto cessò di essere considerato semplicemente un oggetto e iniziò ad essere ascoltato. L'indagine clinica si estese al vissuto del paziente, alle relazioni che egli intratteneva con altre persone, e al contesto in cui tali relazioni si inserivano.²⁶

L'uso della contenzione in psichiatria, risalente alla notte dei tempi, costituì una costante nella cura e nella assistenza dei malati mentali.²⁷ A partire dalla fine del settecento, tuttavia, l'intervento di Philippe Pinel nella scena psichiatrica francese comportò i primi mutamenti nel modo di intendere l'assistenza e la cura del malato.²⁸ Egli era convinto che le difficoltà che si incontravano nella cura del disturbo mentale dipendessero, in buona parte, dalla privazione della libertà che il paziente subiva e contribuì a istituire un sistema di assistenza basato su un atteggiamento più "umanitario".²⁹

Le prime vere istanze di abolizione dell'impiego dei mezzi coercitivi, tuttavia, vennero sollevate intorno al 1850, data in cui Conolly, direttore dell'asylum di Hanwell, ispirandosi a Gardiner Hill, ideatore del metodo "no-restraint", iniziò in

²³ W. GRIESINGER, *Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*, 1985, p. 4.

²⁴ *Ibidem*.

²⁵ Per indicarne alcuni: il modello psicopatologico, che poneva al centro della conoscenza l'Io e negava l'oggettivazione della vita; il modello fenomenologico che portò l'attenzione sulle cause familiari e sociali del disturbo mentale e il modello comportamentista, che poneva a fondamento della cura del paziente l'intervento sul suo comportamento, tramite esercizi e prescrizioni. R. ROSSINI, *Trattato di psichiatria*, cit., p. 15 ss.

²⁶ *Ibidem*.

²⁷ G. DI SCIASCIO, *La contenzione farmacologica in psichiatria*, in R. CATANESI-L. FERRANNINI-P. F. PELOSO (a cura di), *La contenzione fisica in psichiatria*, Milano, 2006, p. 51.

²⁸ D.K. HENDERSON, R.D. GILLESPIE, *Trattato di psichiatria*, Società Editrice Universo, Roma, 1972, p. 5 ss.

²⁹ *Ibidem*.

maniera programmatica a sostituire l'uso dei metodi coercitivi.³⁰ Molte delle sue affermazioni conservano ancora oggi uno stupefacente carattere di modernità: egli, difatti, affermò che era possibile curare il malato mentale anche senza impiegare la contenzione e fornì indicazioni precise sulle modalità della sua presa in carico.³¹

Il più grande merito di Conolly, tuttavia, fu senz'altro quello di affermare la necessità di abolire la contenzione. Significativa, al riguardo, fu la seguente affermazione: «non si potrebbe commettere più grave errore di quello di credere che un uso moderato della contenzione possa essere coerente con un programma generale di cure (...). L'abolizione deve essere integrale»³².

In Italia, il novecento iniziò con lo scandalo dei manicomi veneziani, portato alla luce dalla commissione di consiglieri, coordinata dal professor Belmondo, la quale era stata incaricata di ispezionare alcuni istituti manicomiali di Venezia e provincia.³³

Il 14 febbraio 1904 venne approvata la legge n. 36, intitolata “Disposizioni sui manicomi e gli alienati”, Legge Giolitti, che stabilì come criterio di internamento nei manicomi la pericolosità sociale e il pubblico scandalo.³⁴ Pochi mesi dopo l'entrata in vigore della suddetta legge, si svolse il XII Congresso nazionale della società freniatria italiana, durante il quale Ernesto Belmondo affrontò la tematica dell'uso della contenzione, mettendo in luce tutte le sue dolorose implicazioni e auspicandone l'abolizione.³⁵ Il congresso, influenzato dall'incisività della relazione di Belmondo, nella mozione conclusiva si pronunciò favorevole all'abolizione dei mezzi di contenzione³⁶.

³⁰ *Ibidem*. Per approfondimenti, si veda: J. CONOLLY, *Il trattamento del malato di mente senza metodi costrittivi* (1876), Piccola Biblioteca Einaudi, 1976, p. 29 ss.

³¹ *Ibidem*.

³² J. CONOLLY, *Il trattamento del malato di mente senza metodi costrittivi* (1876), cit., p. 138.

³³ V. P. BABINI, *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del novecento*, il Mulino, Bologna, 2009, p. 9.

³⁴ *Ibidem*.

³⁵ E. BELMONDO, *Problemi urgenti di tecnica manicomiale (restraint-isolamento-osservazione)*, Atti del XII Congresso della Società freniatria italiana, Genova 18-22 ottobre 1904.

³⁶ V. BABINI, *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, cit., p. 65.

Con la riforma Gentili del 1923³⁷, la psicologia, divenuta dapprima un insegnamento del corso di medicina, venne abolita e la psichiatria accorpata agli insegnamenti sulle neuropatologie.³⁸ Nello stesso periodo, durante il periodo nazifascista, nei manicomi europei, compresi quelli italiani, i malati di mente vennero sottoposti a trattamenti disumani, già in uso nel mondo anglosassone, quali: la malarioterapia, l'elettroshock, l'insulina-terapia, la cardiologia e la psichirurgia.³⁹

Dopo la parentesi del fascismo, che aveva bloccato sul nascere le prime spinte verso lo studio della psicoanalisi, qualcosa si mosse nuovamente grazie a Edoardo Weiss, il quale, dal 1919 al 1927, lavorò presso l'Ospedale psichiatrico giudiziario di Trieste.⁴⁰ Negli anni a seguire, l'evoluzione di nuove discipline fornì spunti per lo sviluppo di indirizzi psichiatrici a caratterizzazione sociale, i quali proposero un'interpretazione di tipo relazionale, alla stregua della quale le malattie mentali non erano da considerarsi il prodotto esclusivo di processi o disturbi personali, ma altresì il risultato di relazioni interpersonali disturbate e di un'inadeguata integrazione ambientale.⁴¹ L'intervento di queste discipline contribuì in maniera sostanziale alla rivoluzione della psichiatria; all'epoca l'Italia non aveva eguali nel mondo per la sua esperienza anti-istituzionale.⁴²

Il rinnovamento psichiatrico che si era messo in moto un po' ovunque toccò in Italia una radicalità di posizione e un coinvolgimento sociale e politico da porre la sua esperienza al di sopra delle altre.⁴³ Nella prima metà degli anni sessanta, si

³⁷ Regi decreti legislativi 31 dicembre 1922, n. 1679, 16 luglio 1923, n. 1753, 6 maggio 1923, n. 1054, 30 settembre 1923, n. 2102 e 1 ottobre 1923, n. 2185.

³⁸ Ivi, p. 36

³⁹ Ivi, p. 94 ss. Per un approfondimento circa i trattamenti di cura e custodia dei malati mentali si veda G. DE PLATO, D. FACCHINATO, *La ragione dei matti: storie di sopravvissuti al manicomio e alla psichiatria*, Cappelli Editore, Bologna, 1991. A proposito dell'elettroshock, si veda ARTAUD A., *Elettroshock. La storia delle terapie elettroconvulsive e i racconti di chi le ha vissute*, Roma, Edizioni Sensibili alle foglie, 2014.

⁴⁰ V. BABINI, *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, cit., p. 133 ss.

⁴¹ G. BATTISTACCI, Introduzione ai lavori, in F. BRICOLA, A. MANACORDA, N. MAZZACUVA, M. PORTIGLIATTI BARBOS, G.B. TRAVERSO, *Tutela della salute mentale e responsabilità penale degli operatori*, Centro Studi Giuridici e Politici della Regione Umbria, Perugia, 1989, p. 49.

⁴² V. BABINI, *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, cit., p. 176 ss.

⁴³ *Ibidem*.

rese evidente la necessità di trasformare l'assistenza psichiatrica e dismettere i manicomi.⁴⁴

Il movimento anti-istituzionale, guidato da Franco Basaglia, sostenne fortemente che l'internamento peggiorasse ulteriormente la condizione del malato, che, privato totalmente della sua libertà, autonomia ed individualità, subiva il completo decadimento delle proprie abilità sociali.⁴⁵ A partire dall'esperienza di decostruzione del manicomio, operata da Basaglia presso l'ospedale psichiatrico di Gorizia e adottata da numerose altre strutture istituzionali del paese, si giunse, negli anni, al superamento definitivo del manicomio e all'istituzione di servizi territoriali di salute mentale.⁴⁶ Basaglia istituì un nuovo tipo di gestione dell'ospedale psichiatrico, improntato alla libertà e alla democratizzazione del rapporto con il malato. Egli «non sostenne mai che i disturbi mentali non esistono, non rifiutò di usare gli psicofarmaci, non esaltò le sregolatezze della mente, non ritenne che si potessero costruire libere comunità di persone etichettate come devianti».⁴⁷ Insieme ai suoi collaboratori, egli si sforzò di rescindere ogni rapporto fra il lavoro terapeutico e la tradizione biologista, di cui si è già avuto modo di parlare: con il movimento antipsichiatrico, l'interesse verso i sintomi clinici manifestati dal paziente lasciò spazio all'esclusiva attenzione per le sue problematiche sociali.⁴⁸

Gli approdi cui la psichiatria giunse condussero negli anni alla elaborazione di un modello di studio della malattia mentale di tipo circolare o multifattoriale, non lineare o unicausale.⁴⁹ Infatti, la malattia mentale venne ad essere concepita come il frutto dell'interazione, in un rapporto di causalità differente, di più componenti che si integrano tra loro. Quelle biologiche e organico-costituzionali si riflettono su quelle psicologico-psicodinamiche, le quali a loro volta interagiscono con quelle socio-situazionali-ambientali.⁵⁰

⁴⁴ *Ibidem.*

⁴⁵ *Ibidem.*

⁴⁶ *Ibidem.*

⁴⁷ G. CORBELLINI, G. JERVIS, *La razionalità negata. Psichiatria e antipsichiatria in Italia*, Bollati Boringhieri, Torino, 2008, p. 95 ss.

⁴⁸ *Ivi*, p. 96.

⁴⁹ In questo senso: M. MASPERO, *cit.*, p. 920 ss.

⁵⁰ G. CORBELLINI, G. JERVIS, *La razionalità negata. Psichiatria e antipsichiatria in Italia*, *cit.*, p. 77 ss; R. PICCIONE, *Manuale italiano di psichiatria. Teoria e pratica della salute mentale nel servizio pubblico*, Bulzoni, Roma, 1995, p. 304 ss.

Ad ogni modo, quanto alla contenzione, durante la fase di chiusura dei manicomi e nel periodo successivo, il dibattito scientifico-giuridico perse voce, e la riacquistò solo tra la fine degli anni novanta e l'inizio del duemila per arrivare fino ai nostri giorni, tuttavia privo di alcuna univoca soluzione.⁵¹

1.1 L'evoluzione legislativa in ambito psichiatrico

Il processo evolutivo che ha interessato negli anni la concezione di disturbo mentale, della sua patogenesi, nonché della sua prognosi e cura ha trovato espressione nella evoluzione, seppur lenta, della legislazione psichiatrica italiana.

Il primo intervento normativo in ambito psichiatrico si fondava su di un modello custodialistico – repressivo, basato sulla presunzione di pericolosità del paziente affetto da disturbi psichiatrici.⁵² Nessuna attenzione era riservata dal legislatore alle esigenze terapeutiche del malato, scavalcate dalla necessità di rispondere alle istanze di sicurezza sociale; la malattia mentale era considerata come forma di devianza, la pericolosità come immanente alla malattia, il controllo del soggetto disturbato come controllo disciplinare, il ricovero coattivo come la regola.⁵³

L'art. 1 della citata legge disponeva la cura e la custodia all'interno dei manicomi delle «persone affette per qualunque causa da alienazione mentale», nel caso in cui si fossero rese pericolose per sé o per altri o fossero state di pubblico scandalo, qualora non fosse stato possibile aderire ad una diversa strategia di cura o custodia. Da un'interpretazione di tipo letterale della norma si può dedurre l'ampiezza della portata del termine alienazione, comprendente, non solo le

⁵¹ Per un approfondimento relativo alla storia della contenzione, si veda ALIVERTI A., Storia della contenzione meccanica nella pratica psichiatrica, in CORNAGGIA C. M., MASCARINI A., ZAPPA L. E., *Etica della contenzione – Criticità della cura*, Roma, Edizioni Internazionali, 2008.

⁵² Legge 14 febbraio 1904, n. 36, *Disposizione sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati*, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 22 febbraio 1904, n. 43. e il successivo regolamento di esecuzione, Regio Decreto, 16 agosto 1909, n. 615, *Regolamento sui manicomi e sugli alienati*, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 16 settembre 1909, n. 217.

⁵³ F. BRICOLA, *La responsabilità penale dell'operatore di salute mentale: profili penalistici generali*, in *Tutela della salute mentale e responsabilità penale degli operatori*, F. BRICOLA, A. MANACORDA, N. MAZZACUVA, M. PORTIGLIATTI BARBOS, G.B. TRAVERSO, *Tutela della salute mentale e responsabilità penale degli operatori*, cit., p. 138.

malattie mentali, ma anche tutti i profili di alterazione psichica che avrebbero potuto originare condotte pericolose o di pubblico scandalo.

Lo stesso concetto di pubblico scandalo, quale turbamento del vivere sociale nei suoi aspetti esteriori di moralità, buon costume e ordine pubblico, apriva le porte dei manicomi ad «individui non in quanto malati, ma essenzialmente perché considerati nocivi e non integra».⁵⁴ Tale scelta non lasciava alcun dubbio in merito alla ratio della norma che, ispirata chiaramente ad istanze di difesa sociale contro comportamenti abnormi dei malati mentali, disponeva l'internamento negli ospedali psichiatrici di tutti coloro che fossero affetti da disturbi psichici, a prescindere da qualsivoglia manifestazione di pericolosità.⁵⁵

In particolare, l'art. 60 del Regolamento 615/1909, dichiarata in premessa la volontà di abolire e ridurre l'impiego dei mezzi contenitivi, ne ammetteva l'utilizzo in situazioni assolutamente eccezionali, nelle quali si richiedeva l'autorizzazione scritta del direttore o di un medico dell'istituto.

L'impianto normativo basato sulla l. 36/1904 e sul successivo regolamento di esecuzione, R.D. 615/1909, portò, irrimediabilmente, al fenomeno che prese il nome di “criminalizzazione del malato di mente”; la malattia psichiatrica, sottratta all'ambito di competenza sanitaria, era totalmente assorbita nella sfera della pubblica sicurezza. A conferma di tale impostazione, l'art. 153 del R.D. 18 giugno 1931 n. 773⁵⁶ prevedeva in capo ai sanitari l'obbligo di denunciare, entro due giorni, all'autorità di pubblica sicurezza tutte le persone, da loro assistite o esaminate, affette da malattia mentale o da grave infermità psichica, che avessero dato dimostrazione o creato il sospetto di essere pericolose per sé o per altri. Parimenti, il codice penale del 1930 prevedeva, a titolo contravvenzionale, una serie di fattispecie: l'omessa o non autorizzata custodia, in manicomi o in riformatori, di alienati di mente o minori⁵⁷, l'omessa o non autorizzata custodia

⁵⁴ L. BIANCHI, Intervento, Atti parlamentari, Camera dei Deputati, Legislatura XI, II sessione, Discussioni, tornata del 10 febbraio 1904, progetto di legge Giolitti.

⁵⁵ S. ROSSI, *La salute mentale tra libertà e dignità. Un dialogo costituzionale*, Studi di diritto pubblico, Franco Angeli, 2015, p. 190.

⁵⁶ Regio Decreto 18 giugno 1931, n. 773, Approvazione del Testo Unico delle leggi di pubblica sicurezza, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale, 26 giugno 1931, n. 146.

⁵⁷ L'art. 714 c.p., abrogato dall'art. 11 della legge 180/1978, recitava: « Chiunque, senza ordine dell'Autorità o senza autorizzazione di questa, accoglie in uno stabilimento di cura una persona presentata come affetta da alienazione mentale, o in un riformatorio pubblico un minore, è punito con l'ammenda da lire trecento a tremila.

privata di alienati di mente⁵⁸, l'omesso avviso all'Autorità dell'evasione o fuga di infermi di mente o di minori⁵⁹, l'omessa denuncia del soggetto affetto da infermità psichica pericolosa⁶⁰.

Come è evidente, l'intento del legislatore penale consisteva, in coerenza con la legislazione psichiatrica, nell'apprestare una sorta di tutela anticipata a coloro i quali avrebbero potuto subire un pregiudizio dal contatto con soggetti affetti da disturbo mentale.

Si dovette aspettare più di sessant'anni per assistere ad una riforma in campo psichiatrico in grado di conformare la legislazione alle istanze della psichiatria, che negli anni '50 aveva conosciuto le potenzialità della terapia farmacologica di alcuni disturbi psichiatrici e, dunque, iniziava ad intravedere possibilità di cura della malattia mentale e, pertanto, di guarigione.

La riforma fu introdotta con la legge 18 marzo 1968 n. 431⁶¹, legge Mariotti, e riguardò due aspetti fondamentali: il riconoscimento della capacità del paziente psichiatrico, al pari delle altre categorie di malati, di esprimere il proprio consenso alle cure e il concepimento di una rete territoriale di strutture assistenziali extra-manicomiali. Dal riconoscimento della capacità del paziente di esprimere il

La stessa pena si applica qualora, pur non essendo richiesto l'ordine o l'autorizzazione, taluno accolga in uno stabilimento di cura una persona affetta da alienazione mentale, omettendo di darne avviso all'Autorità.

Soggiace all'arresto fino a sei mesi o all'ammenda da lire trecento a cinquemila chi, senza osservare le prescrizioni della legge, dimette da uno dei suindicati stabilimenti una persona che vi si trovi legittimamente ricoverata.»

⁵⁸ L'art. 715 c.p., anch'esso abrogato dall'art. 11 della stessa legge, recitava: «Chiunque, fuori del caso preveduto dal primo cpv. dell'articolo precedente, senza autorizzazione, riceve in custodia persone affette da alienazione mentale, è punito con l'arresto fino a tre mesi o con l'ammenda da lire cento a duemila. Alla stessa pena soggiace chi non osserva gli obblighi inerenti alla custodia delle persone indicate nella disposizione precedente.»

⁵⁹ Solo le parole di infermi di mente, contenute nella rubrica dell'art 716 c.p., furono abrogate. Il testo dell'articolo, ancora in vigore, recita: «Il pubblico ufficiale o l'addetto a uno stabilimento destinato all'esecuzione di pene o di misure di sicurezza, ovvero ad un riformatorio pubblico, che omette di dare immediato avviso all'Autorità dell'evasione o della fuga di persona ivi detenuta o ricoverata, è punito con l'ammenda da dieci euro a duecento sei euro.

La stessa disposizione si applica a chi per legge o per provvedimento dell'Autorità è stata affidata a una persona a scopo di custodia o di vigilanza.»

⁶⁰ L'art. 717 c.p., anch'esso abrogato dall'art. 11 della stessa legge, recitava: «Chiunque, nell'esercizio di una professione sanitaria, avendo assistito o esaminato persona affetta da malattia di mente o da grave infermità psichica, la quale dimostri o dia sospetto di essere pericolosa a sé o agli altri, omette di darne avviso all'Autorità è punito con l'ammenda da lire trecento a tremila.

La stessa disposizione si applica se la persona assistita o esaminata sia affetta da intossicazione cronica prodotta da alcool o da sostanze stupefacenti.»

⁶¹ Legge 18 marzo 1968, n. 431, Provvidenze per l'assistenza psichiatrica, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 101 del 20 aprile 1968.

proprio consenso derivò la principale innovazione introdotta dalla legge, ovvero la possibilità di ricovero volontario, che poteva essere richiesto, con le stesse modalità previste per qualsiasi altro settore della medicina, per accertamento diagnostico e cura, su autorizzazione del medico di guardia. In particolare, e qui risiede la novità principale, il soggetto ricoverato per sua stessa volontà poteva chiedere di essere dimesso in qualsiasi momento, sotto la sua responsabilità.

Altresì significativa fu l'abrogazione dell'art. 604 c.p.p. che prevedeva l'obbligo di annotazione delle ammissioni e delle dimissioni da ospedali psichiatrici nel casellario giudiziario. L'abrogazione ebbe l'effetto di sottrarre il malato di mente all'assimilazione al delinquente, facilitandone così il reinserimento sociale.

La vera e propria rivoluzione copernicana della legislazione psichiatrica⁶², tuttavia, si ebbe nel 1978 quando entrò in vigore la legge n. 180, anche detta "legge Basaglia" dal nome del suo ispiratore, lo psichiatra Franco Basaglia.⁶³

La legge 180/78 prese forma in un clima di grande fermento nell'area culturale psichiatrica: la lotta all'emarginazione del malato di mente all'interno dell'istituzione manicomiale e l'attenuazione dell'attributo di pericolosità del malato di mente e della concezione della psichiatria come strumento di controllo sociale rappresentarono i capisaldi del movimento psichiatrico che condusse alla riforma.⁶⁴ La legge 180 dopo pochi mesi fu travasata nella legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale⁶⁵, a significare, anche sul piano formale, l'equiparazione della malattia mentale alle altre malattie e, dunque, la tutela, al pari degli altri malati, della dignità e libertà del malato di mente.⁶⁶ Sebbene le

⁶² Un'apertura verso tale orientamento si verificò già prima della riforma, ne è un esempio una sentenza del 1975 della sez. istruttoria del Tribunale di Bologna 1975 avente ad oggetto il suicidio di un paziente. In quel caso, il Tribunale, abbandonato il campo dell'obbligo di custodia del paziente, argomentò la pronuncia di responsabilità sulla prevedibilità dell'evento suicidario e, quindi, sulla colpa. A. MELCHIONDA, *Nota a sentenza sez. istruttoria Bologna 1975*, in Crit. Pen. Med. Leg., 1976.

⁶³ L'entrata in vigore della l. 180/1978 determinò l'abrogazione della l. 36/1904 e del corrispondente R.D. n. 615/1909.

⁶⁴ Ivi, p. 204.

⁶⁵ Legge 833/1978.

⁶⁶ A. ROIATI, *Medicina difensiva e colpa professionale medica in diritto penale. Tra teoria e prassi giurisprudenziale*, Nuova serie, Pubblicazioni dell'Università degli Studi di Tor Vergata, Giuffrè Editore, Milano, 2012, p. 183.

novità introdotte dalla riforma furono numerose, il suo principale scopo fu quello di consolidare le novità introdotte con la legge 431/68, ovvero la volontarietà del trattamento e l'assistenza psichiatrica su tutto il territorio. L'intervento sanitario volontario divenne la norma⁶⁷, lasciando spazio, «nei casi in cui si rende necessario»⁶⁸, ad un intervento d'autorità⁶⁹, comunque garantito dal compito assegnato agli operatori sanitari di porre in essere ogni iniziativa necessaria ad ottenere il consenso e la partecipazione attiva del paziente al trattamento.⁷⁰

La tutela della salute mentale, oltre a ricomprendere i tre momenti di prevenzione, cura e riabilitazione, si concentrò sulla individualità del paziente più che sui comportamenti, prestando attenzione ai fattori implicati nella produzione del disturbo e senza trascurare quelli che potevano ostacolare la cura e la riabilitazione del paziente.⁷¹ Lo scopo cui doveva e, ancora oggi, deve tendere l'intervento di salute mentale era ed è quello di assicurare che il paziente conquisti quote crescenti di autonomia⁷² e, conseguentemente, possa assumere la responsabilità degli eventi cagionati, che non sono più considerati come prodotto

⁶⁷ Art. 33, comma 1, l. 833/1978 stabilisce che «Gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono di norma volontari. Ha trovato così attuazione il principio contenuto nell'art. 32, comma 2, Cost. in ossequio al quale Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge.»

⁶⁸ Art. 2, comma 2, l. 180/1978 e art. 34, comma 4, l. 833/1978.

⁶⁹ «Con la legge 180, come motivo per un ricovero coatto si è sostituito, al concetto della “pericolosità”, quello del “rifiuto delle cure”, cure però delle quali esista una “comprovata necessità ed urgenza”. Ora, al fine di comprovare la necessità ed urgenza delle cure, occorre la proposta di un medico (non necessariamente uno psichiatra), convalidata da quella d'un altro medico (questo, però, appartenente ad una struttura pubblica). Il provvedimento, della durata d'una settimana e rinnovabile anche più d'una volta (però sempre per periodi di soli 7 giorni), è emanato dal Sindaco e notificato al Giudice Tutelare, e viene attuato nei SPDC (Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura). Il Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) in regime di degenza ospedaliera deve comunque essere motivato, oltre che dalla necessità ed urgenza delle cure e dal rifiuto dell'interessato, anche dall'impossibilità ad effettuare le cure in regime di trattamento extra-ospedaliero. Anche la legge 833 del 1978, che disciplina il TSO in regime di degenza ospedaliera, subordina la sua effettuazione esattamente a queste stesse tre condizioni: la necessità improrogabile di cura; il rifiuto delle cure da parte del soggetto e l'impossibilità ad effettuare il trattamento in condizioni di degenza extra-ospedaliera.» V. LUSETTI, *La pericolosità del malato di mente*, in *Etica & Politica*, XVI, 2014, 1, p. 700.

⁷⁰ Art. 1, comma 5, l. 180/1978.

⁷¹ A. MANACORDA, *Lineamenti per una riflessione sulla responsabilità penale dell'operatore di salute mentale*, in F. BRICOLA, A. MANACORDA, N. MAZZACUVA, M. PORTIGLIATTI BARBOS, G. B. TRAVERSO, *Tutela della salute mentale e responsabilità penale degli operatori*, cit., p. 11.

⁷² G. BATTISTACCI, *Introduzione ai lavori*, in F. BRICOLA, A. MANACORDA, N. MAZZACUVA, M. PORTIGLIATTI BARBOS, G. B. TRAVERSO, *Tutela della salute mentale e responsabilità penale degli operatori*, cit., p. 50.

della malattia mentale, bensì come risultato delle azioni poste in essere dallo stesso.⁷³

La riforma psichiatrica del 1978 determinò l'abrogazione degli artt. 714, 715, 716 (nella parte relativa ai malati mentali) e 717 c.p., e dell'art. 153 del Testo Unico delle leggi di pubblica sicurezza, mutando così la forma del trattamento, che da obbligatorio diveniva volontario, e la figura dell'operatore sanitario, che da custode si trasformava in garante della salute del malato di mente, della sua dignità e autonomia.⁷⁴

Il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale rappresenta oggi, dunque, l'estrema ratio nella cura del disturbato mentale⁷⁵: esso è ammesso a condizione che il paziente manifesti alterazioni psichiche talmente gravi da necessitare urgente intervento terapeutico, ancorché in mancanza del suo consenso e qualora egli non possa essere seguito al di fuori di una struttura ospedaliera. Tali presupposti inducono a ritenere che la pericolosità sociale del malato abbia perso qualsiasi rilevanza nella dinamica che condiziona la disposizione del suo ricovero coattivo e, quindi, che l'operatore sanitario non possa essere ritenuto responsabile per aver omesso il ricovero di un soggetto socialmente pericoloso, che abbia posto in essere un delitto contro la vita o l'incolumità individuale.⁷⁶

1.1.1 La contenzione dopo la riforma psichiatrica

Venendo ora alla contenzione, argomento che più ci interessa, l'entrata in vigore della legge 180 comportò l'abolizione dell'unico esplicito riferimento,

⁷³Ivi, p. 12; F. BRICOLA, *La responsabilità penale dell'operatore di salute mentale: profili penalistici generali*, in F. BRICOLA, A. MANACORDA, N. MAZZACUVA, M. PORTIGLIATTI BARBOS, G. B. TRAVERSO., *Tutela della salute mentale e responsabilità penale degli operatori*, cit., p. 138 ss.

⁷⁴S. ROSSI, *La salute mentale tra libertà e dignità. Un dialogo costituzionale*, cit., p.206.

⁷⁵A. ROIATI, *Medicina difensiva e colpa professionale medica in diritto penale. Tra teoria e prassi giurisprudenziale*, cit., p. 183.

⁷⁶A. MANACORDA, *Lineamenti per una riflessione sulla responsabilità penale dell'operatore di salute mentale*, in F. BRICOLA, A. MANACORDA, N. MAZZACUVA, M. PORTIGLIATTI BARBOS, G. B. TRAVERSO, *Tutela della salute mentale e responsabilità penale degli operatori*, cit., p. 23 ss; G. GRASSO, *Il reato omissivo improprio*, Giuffrè, Milano, 1983, pp. 329-331, che esamina il problema della posizione di garanzia di coloro che sono addetti alla sorveglianza delle persone incapaci.

quello contenuto nell'art. 60 del Regolamento 615/1909. Nessun riferimento espresso alla contenzione, infatti, è riportato nella legge 180; l'unica fonte normativa, attualmente in vigore, che reca indicazioni sulla contenzione è il regolamento di esecuzione dell'ordinamento penitenziario, la legge 26 luglio 1975 n. 354, all'art. 41, rubricato "Impiego della forza fisica e uso dei mezzi di coercizione". Tale norma disciplina l'uso della contenzione, precisando che le modalità di esecuzione della stessa devono essere conformi a quelle seguite dalle istituzioni ospedaliere psichiatriche pubbliche.

Questo il preoccupante paradosso normativo: la contenzione del paziente psichiatrico detenuto in carcere, esplicitamente regolamentata, deve avvenire in conformità alle modalità previste per la contenzione all'interno dei reparti ospedalieri, nonostante il ricorso ad essa sia stata abolito nel normale circuito assistenziale. L'ambiguità legislativa originata dalla condizione normativa appena descritta è stata oggetto di diverse interpretazioni, talvolta tra loro contrastanti.

In particolare, secondo recente giurisprudenza⁷⁷, il richiamo operato dall'art. 41 del regolamento esecutivo dell'ordinamento penitenziario alla pratica delle istituzioni ospedaliere psichiatriche starebbe a significare che l'art. 60 del R.D. 615/1909 non deve considerarsi abrogato con l'ingresso nell'ordinamento della l. 180/1978.⁷⁸ Altri autori sostengono, invece, che, sebbene le leggi attualmente in vigore non presentino alcun riferimento specifico alla contenzione, non essendovi neppure un divieto esplicito, il ricorso ad essa può essere considerato lecito, purché si renda assolutamente necessario.⁷⁹

Ma, a prescindere dai suesposti orientamenti, la questione della vigenza della disciplina della contenzione dovrebbe considerarsi risolta a seguito dell'entrata in

⁷⁷ In questo senso: Trib. Min. Bari, 2 luglio 2009, in De Jure e, di recente, Trib. Vallo della Lucania, 30 ottobre 2012, (dep. 27 aprile 2013), Giud. Garzo, in G. DODARO, *Morire di contenzione nel reparto psichiatrico di un ospedale pubblico: la sentenza di primo grado sul caso Mastrogiovanni*, in *Dir. Pen. Cont.*

⁷⁸ Una parte della dottrina fonda sulla vigenza dell'art. 60 del R.D. 615/1909 la tesi che la contenzione trovi giustificazione nell'adempimento di un dovere. A tal proposito si veda: G. PAVICH, *Profili generali di liceità ed illiceità nella contenzione dei pazienti psichiatrici*, in *Riv. Pen.*, 2008, pp. 367 ss.

⁷⁹ R. CASTIGLIONI, A. FLORES, *Sull'uso dei mezzi di contenzione in ambiente psichiatrico. Considerazioni giuridiche e medico-legali*, in *Riv. Sper. Fren.*, 1987, 111, p. 142 ss; R. CATANESI, G. TROCCOLI, F. CARABELLESE, *Responsabilità professionale e contenzione fisica in psichiatria*, in V. VOLTERRA (a cura di), *Psichiatria forense, criminologia e etica psichiatrica*, Milano, Elsevier Masson, 2010., pp. 1008-1009.

vigore della Costituzione: un recente studio⁸⁰ sul rapporto tra contenzione e Costituzione dimostra, infatti, come l'art. 60 del R. D. 615/1909 non sia in grado di soddisfare la riserva di legge relativa, imposta dall'art. 32 Cost., né eventualmente quella assoluta, disposta dall'art. 13 Cost. La l. 180/1978, avendo determinato il venire meno del sistema manicomiale disciplinato dalla legge del 1904, ha determinato la tacita abrogazione dell'articolo 60 del R.D. 615/1909, che aveva nel sistema manicomiale il proprio ambito di applicazione.⁸¹ È di questo avviso anche la quasi totalità della giurisprudenza che non menziona né prende incidentalmente in considerazione l'art. 60, quando si trova a giudicare la legittimità della contenzione.⁸² La disposizione è ignorata altresì dagli atti amministrativi, come ad esempio le linee guida.

Questa fotografia del panorama legislativo⁸³ in materia di contenzione del malato mentale smaschera il grande paradosso italiano: nella maggior parte degli SPDC, anche se in proporzioni diverse⁸⁴, i pazienti vengono ancora contenuti⁸⁵,

⁸⁰ M. MASSA, *Diritti fondamentali e contenzione nelle emergenze psichiatriche*, in Riv. It. Med. Leg., 2013, 1, pp. 193 e 204.

⁸¹ Ivi, p. 193.

⁸² Cass. Pen., sez. V, 27 settembre 2010, nn. 34931 e 34961, Trib. Milano, sez. V, 26 giugno 2008, n. 8398, entrambe in Dejure.

⁸³ Significativa, a questo proposito, è l'affermazione di A. Fioritti: «per quanto l'Italia abbia una delle legislazioni più liberali in materia di obbligatorietà del trattamento, nel nostro Paese oggi non sappiamo nulla o quasi sulla percezione di libertà dei pazienti, sulle modalità informali di involontarietà, sulla estensione delle pratiche di contenzione, sulle conseguenze fisiche e psicologiche, sulla soggettività degli operatori coinvolti in tali pratiche. Probabilmente il dibattito prevalentemente etico e politico che su questi argomenti si sviluppa animatamente andrebbe robustamente corroborato da elementi di ricerca empirica e di ascolto delle soggettività, organizzato in ricerche qualitative e quantitative.» A. FIORITTI, *Tra Pinel e Giorgio III: la storia infinita di libertà e coercizione in psichiatria*, al Convegno di Mantova *Lo psichiatra e il paziente in cura: competenza, appropriatezza e responsabilità. Profili psichiatrici e giuridici*, del 12 dicembre 2015.

⁸⁴ Ne dà atto la CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME, in *Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione*, 29 luglio 2010, 10/081/CR07/C7.

⁸⁵ Si vedano: M. BEGHI, F. PERONI, P. GABOLA, A. ROSSETTI, C. M. CORNAGGIA, *Prevalence and risk factors for the use of restraint in psychiatry: a systematic review*, in Riv. Psic., 2013, 48(1), pp. 10-22; J. RABOCH, L. KALISOVÀ, A. NAWKA, E. KITZLEROVÀ, G. ONCHEV, A. KARASTERGIOU, L. MAGLIANO, A. DEMBINSKAS, A. KIENJNA, F. TORRE-GONZALES, L. KJELLIN, S. PRIEBE, T.W. KALLERT, *Use of coercive measures during involuntary hospitalization: finding from ten European countries*, in *Psyc. Serv.*, 2010, 61(10), pp. 821-835; G. DE GIROLAMO, A. BARBATO, R. BRACCO, A. GADDINI, R. MIGLIO, P. MOROSINI, B. NORCIO, A. PICARDI, E. ROSSI, P. RUCCI, G. SANTONE, G. DELL'ACQUA, PROGRES-ACUTE GROUP, *Characteristics and activities of acute psychiatric inpatient facilities: National survey in Italy*, in *Br. J. Psychiatry*, 2007, 191, pp. 170-177; Z. FENG, *Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a cross-national study*, in *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 2009, 24(10), pp. 1110-1118.

nonostante la legge di riforma del 1978 «consenta di fare la migliore delle psichiatrie possibili»⁸⁶. A riprova di tale paradosso si veda la proposta di legge “Disposizioni in materia di assistenza psichiatrica”⁸⁷, presentata nel 2012, con la quale si tentava di ristabilire il modello custodialistico, basato sulla pericolosità del paziente, privo di qualsivoglia speranza di guarigione e, dunque, meritevole delle pratiche contenitive⁸⁸.

1.2 Il presunto superamento della presunzione di pericolosità

La formulazione della legge Basaglia non lascia alcun dubbio in merito alla volontà del legislatore di espungere dalla *ratio* del trattamento sanitario obbligatorio del malato mentale la nozione di pericolosità.⁸⁹ Ciononostante, il concetto di pericolosità «continua ad essere ancora oggi, il grande rimosso della Psichiatria italiana»⁹⁰. Sebbene, infatti, sia trascorso molto tempo dal mutamento del sistema, è ancora vivo nel sentire comune il pregiudizio nei confronti del soggetto affetto da malattia mentale ed è per questa ragione che la società continua a pretendere dallo psichiatra, oltre alla cura e alla riabilitazione,

⁸⁶ E. BORGNA, *La dignità ferita*, Feltrinelli Editore, Milano, 2013, p. 50.

⁸⁷ Proposta di legge “Disposizioni in materia di assistenza psichiatrica”, presentata, il 15 gennaio 2009, dai Deputati: Ciccioli, Castellani, De Nichilo Rizzoli, Di Virgilio, Mancuso, Porcu, Saltamartini, Bocciardo, Patarino, Garofalo, Scapagnini, Palumbo, Barani, Mazzuca.

⁸⁸ G. DEL GIUDICE, cit., pp. 257-258.

⁸⁹ G. FIANDACA, *Responsabilità penale dell'operatore di salute mentale: i reati omissivi*, in F. BRICOLA, A. MANACORDA, N. MAZZACUVA, M. PORTIGLIATTI BARBOS, G.B. TRAVERSO, in F. BRICOLA, A. MANACORDA, N. MAZZACUVA, M. PORTIGLIATTI BARBOS, G.B. TRAVERSO., *Tutela della salute mentale e responsabilità penale degli operatori*, cit., p. 541. A riprova di quanto affermato si osservino i lavori parlamentari preparatori della legge n. 180/1978; in particolare, il deputato Orsini affermò che gli ospedali psichiatrici erano stati impiegati fino a quel momento per proteggere la società più che per curare il malato; il senatore Cravero osservò come la legge del 1904 non avesse svolto alcuna funzione di terapia psichiatrica, bensì di tutela della collettività rispetto alla violenza dei malati di mente; il senatore Merzario auspicò il superamento dell'impostazione *custodialistica* in favore di un'altra, volta alla tutela della salute del malato di mente. Atti della XIV Commissione (Igiene e Sanità pubblica) in sede legislativa, in Atti della Camera dei Deputati, n. 2130 del 14/4/1978, VII legislatura; Atti della XII Commissione (Igiene e Sanità) in sede legislativa, in Atti del Senato della Repubblica, n. 1192 del 4/5/1978, VII legislatura.

⁹⁰ V. LUSETTI, *La pericolosità del malato di mente*, cit., pp. 685-714.

l'osservazione e la custodia del paziente, allo scopo di scongiurare comportamenti lesivi di beni giuridicamente tutelati⁹¹.

Lo psichiatra, pertanto, si trova tra «l'incudine e il martello»⁹², nel tentativo di assolvere alla funzione fortemente sociale acquisita dalla psichiatria: nonostante la riforma abbia comportato la definitiva abolizione della presunzione di pericolosità del malato mentale, continuano ad essere rivolte allo psichiatra istanze di difesa sociale⁹³ e, dunque, la pericolosità spesso rappresenta uno dei presupposti su cui si fonda la scelta dei trattamenti cui sottoporre i pazienti psichiatrici⁹⁴.

Autorevoli medici legali, ad esempio, continuano ad obiettare che, nonostante le nuove norme prescindano da qualsiasi riferimento al concetto di pericolosità, nella realtà i malati di mente continuano ad essere pericolosi⁹⁵. Muovendo da tale assunto, essi sono arrivati a considerare quale presupposto dell'intervento terapeutico obbligatorio le alterazione psichiche che danno luogo a comportamenti pericolosi per sé o per gli altri.⁹⁶

Nella stessa direzione, alcune pronunce della giurisprudenza di merito hanno evidenziato che la legge 180, pur avendo comportato l'abrogazione delle summenzionate disposizioni del codice penale, ha conservato intatto l'art. 2047 del codice civile⁹⁷, talché è rimasto inalterato un obbligo di sorveglianza in capo

⁹¹ A. MANACORDA, *La responsabilità dello psichiatra per fatto commesso da infermo di mente*, in Foro It., 1998, 2, p. 122.

⁹² M. ZANCHETTI, *Fra l'incudine e il martello: la responsabilità penale dello psichiatra per il suicidio del paziente in una recente pronuncia della Cassazione*, in Cass. Pen., 2004, 9, pp. 2870-2871.

⁹³ *Ibidem*; G.B. TRAVERSO, A. VERDE, *Relazioni tra malattia mentale e delinquenza. Risultati di una ricerca su 325 ex-degenti*, in Neuropsichiatria, 1977, 33, 127.

⁹⁴ Una parte della dottrina afferma che lo scollamento tra realtà e assetto normativo vigente rivela come le scelte legislative si siano rivelate errate e, dunque, siano meritevoli di modifica. F. INTRONA, *Problemi interpretativi, pratici e burocratici suscitati dalla legge sui trattamenti sanitari obbligatori dei malati di mente*, Riv. It. di Med. Leg., 1980, p. 13.

⁹⁵ F. INTRONA, *Problemi interpretativi, pratici e burocratici suscitati dalla legge sui trattamenti sanitari dei malati di mente*, cit., p.13.

⁹⁶ A. FIORI, *La riforma (della riforma) psichiatrica e la responsabilità professionale dello psichiatra*, Riv. It. Med. Leg., 1982, p. 537; F. INTRONA, *Problemi interpretativi, pratici e burocratici suscitati dalla legge sui trattamenti sanitari dei malati di mente*, cit., p. 13. Non si deve ignorare il fatto che la psichiatria ha assunto sin dagli albori la funzione di controllo disciplinare e che la richiesta di tale controllo sopravvive nella società.

⁹⁷ Art. 2047 c.c.: «In caso di danno cagionato da persona incapace di intendere o di volere, il risarcimento è dovuto da chi è tenuto alla sorveglianza dell'incapace, salvo che provi di non aver potuto impedire il fatto. Nel caso in cui il danneggiato non abbia potuto ottenere il risarcimento da chi è tenuto alla sorveglianza, il giudice, in considerazione delle condizioni economiche delle parti, può condannare l'autore del danno a un'equa indennità.»

ai servizi psichiatrici.⁹⁸ Esso, afferma la giurisprudenza, non consiste in un controllo assoluto sull'incapace, ma in un dovere di sorveglianza, volto a limitare la libertà di movimento del paziente allo scopo di salvaguardare l'incolumità dei terzi.⁹⁹

La presunzione di pericolosità del paziente psichiatrico è stata oggetto di un'annosa riflessione, che ha interessato sia l'ambito medico sia quello giuridico. Alcuni studiosi occupatisi del problema hanno affermato che il concetto di pericolosità costituisce un mero pretesto per legittimare l'impiego di misure intrusive rispetto alla libertà del paziente, piuttosto che una ragione oggettiva, suffragata da evidenze scientifiche.¹⁰⁰ Secondo alcuni autori, il concetto di pericolosità sarebbe privo di validità scientifica perché elaborato partendo dai soli tratti della personalità del singolo individuo, assunti alla stregua di caratteristiche invariabili e, dunque, ignorando altri importanti aspetti, quali ad esempio il rapporti interpersonali e il contesto sociale in cui il soggetto agisce.¹⁰¹

Questa interpretazione si è consolidata già negli anni Settanta, epoca in cui gli studi di Hafner e Boker¹⁰² avevano mostrato come sul comportamento violento dei malati di mente incidessero gli stessi fattori di rischio generico (età, genere, scolarità, assunzione di sostanze stupefacenti e d'alcool, estrazione sociale) che intervengono sul comportamento violento dei soggetti normali.¹⁰³ Detti primi

⁹⁸ Trib. Trieste 1990, in Nuova giur. civ. comm., 1993, p. 986.

⁹⁹ I fautori di questo orientamento ritengono che la scelta di rinnegare la sussistenza della posizione di sorveglianza comporterebbe la violazione del diritto alla salute di cui all'art. 32 Cost., da intendersi, non solo come diritto dell'individuo, ma anche come diritto collettivo. Sempre secondo il medesimo orientamento, sarebbe contraddittorio eseguire dei trattamenti terapeutici volti a garanzia della salute del paziente, senza curarsi di impedire al paziente di compiere atti autolesivi, che potrebbero avere sulla sua salute riflessi ben più gravi di quelli prodotti dalla patologia psichiatrica. A. FIORI, *La riforma (della riforma) psichiatrica e la responsabilità professionale dello psichiatra*, cit., p. 537; F. INTRONA, *Problemi interpretativi, pratici e burocratici suscitati dalla legge sui trattamenti sanitari dei malati di mente*, cit., p. 13.

¹⁰⁰ C. DEBUYST, *La notion de dangerosité, maladie infantile de la criminologie*, in *Criminologie*, 1984, 17, p. 7.

¹⁰¹ *Ibidem*.

¹⁰² H. HÄFNER, W. BÖCKER, *Crimes of Violence by Mentally Abnormal Offenders* (ed. F. H. Marshall). Cambridge, Cambridge University Press, 1982. Allo stesso modo: A. ZITRIN, A. S. HARDESTY, E. I. BURDOCK, A. K. DROSSMAN, *Crime and violence among mental patients*, in *Am. J. Psychiatry*, 1976, 133, pp. 142-149; H. STEADMAN, J.J. COCOZZA, *The criminally insane patients: who gets out?*, in *Int. J. Soc. Psychiatry*, 1973, 8, pp. 230-238.

¹⁰³ Questi studi sono definiti «di prima generazione» poiché rozzi e imprecisi sul piano scientifico, in quanto impiegano criteri più che discutibili sotto il profilo metodologico. Invero, detti studi si limitano ad esaminare campioni preselezionati di popolazione e, spesso, fornivano risultati contraddittori: alcuni indicavano una sostanziale equivalenza, quanto a comportamenti violenti, fra malati di mente e popolazione generale, altri rilevavano un'attitudine al

studi furono molto criticati sul piano scientifico e definiti di «prima generazione», poiché molti approssimativi sotto il profilo metodologico¹⁰⁴. Tuttavia, negli anni '90 e 2000, studiosi come Swanson¹⁰⁵, Link e Stueve¹⁰⁶ condussero alcune ricerche, definite, a loro volta, di «seconda generazione», perché condotte, rispetto alle prime, con maggiore rigore metodologico. I risultati emersi da tali studi confermarono gli approdi cui erano giunti i precedenti, negando la presunta pericolosità del malato di mente e, per l'effetto, la giustificazione del ricorso a misure preventive nei suoi confronti.¹⁰⁷

Oggi, la letteratura scientifica e gli orientamenti giuridici internazionali, riconoscono che gli autori di comportamenti violenti costituiscono un gruppo eterogeneo di persone, e che il comportamento violento è determinato da un elevatissimo numero di fattori.¹⁰⁸ Alcuni studiosi si sono spinti perfino oltre, definendo la presunta pericolosità del malato mentale quale concetto «amorfo», «sospetto», effetto di una « pré-notion de sens commun».¹⁰⁹

Espunta la presunzione dai contesti giuridico e scientifico, attualmente l'attenzione si è spostata dall'evidenza scientifica della generica pericolosità del malato di mente all'elaborazione di indicatori che permettano agli operatori di effettuare, sul caso concreto, una previsione di pericolosità nel breve periodo e di

comportamento violento nel malato di mente superiore a quella della popolazione generale. V. LUSETTI, *Psicopatologia antropologica*, Edizioni Universitarie Romane, Roma, 2008, p. 493 ss.

¹⁰⁴ A sostegno della maggiore prevalenza delle condotte criminali e violente tra la popolazione psichiatrica, si veda il seguente studio: J.R. RAPPEPORT, G. LASSEN, *Dangerousness-arrest rate comparisons of discharged patients and the general population*, in *Am. J. Psychiatry*, 1965, 121, pp. 776-783.

¹⁰⁵ J.W. SWANSON, R. BORUM, M.S. SWARTZ, J. MONAHAN, *Psychotic symptoms and disorders and the risk of violent behaviour in the community*, in *Crim. Behav. Ment. Health*, 1996, 6(4), pp. 309-329.

¹⁰⁶ B. LINK, A. STUEVE, *Evidence bearing on mental illness as a possible cause of violent behavior*, in *Epidemiologic Reviews*, 1995, pp. 172- 181.

¹⁰⁷ G.B. TRAVERSO, A. VERDE, *Relazioni tra malattia mentale e delinquenza. Risultati di una ricerca su 325 ex-degenti*, cit., p. 127; G.B. TRAVERSO, A. VERDE, *Pericolosità e trattamento in criminologia. Note in margine alle VIII Giornate Internazionali di Criminologia Clinica Comparata*, (Genova, 25-27 Maggio 1981), in *La questione criminale*, Settembre-Dicembre, 503, 1981; J.W. SWANSON, E.E. MCGINTY, S. FAZEL, V.M. MAYS, *Mental illness and reduction of gun violence and suicide: bringing epidemiologic research to policy*, in *Annals of Epidemiology*, 2015, 25(5), pp. 366-376.

¹⁰⁸ V. LUSETTI, cit., p. 694.

¹⁰⁹ P. ROBERT, *La crise de la notion de dangerosité*, Orientations critiques dans le domaine de la dangerosité, Centre International De Criminologie Clinique VIII Journées Internationales de Criminologie Clinique Comparée, Genova 25- 27 maggio 1981, in *Rass. It. Crim.*, 1982.

intervenire allo scopo di prevenire che il paziente possa assumere comportamenti pericolosi.

Capitolo II

La contenzione e le evidenze scientifiche

Il setting psichiatrico può diventare teatro di comportamenti aggressivi¹¹⁰ posti in essere dal paziente, specialmente quando affetto da gravi disturbi mentali e da un livello elevato di ostilità e sospettosità.¹¹¹ Dette manifestazioni di aggressività spesso sono precedute da sintomi clinici e comportamentali, che, tuttavia, non sempre vengono recepiti e interpretati correttamente dal terapeuta.¹¹² Occorre ricordare, al riguardo, che le evidenze mostrano che tale livello di ostilità e sospettosità dipende anche dall'approccio adottato dal personale sanitario, dal rapporto che il paziente instaura con esso, con gli altri pazienti e con le persone che si trovano fuori dal contesto ospedaliero¹¹³. Detta ostilità può evolversi in

¹¹⁰ Fino ad oggi, gli studiosi hanno proposto almeno 250 definizioni di aggressività. Parlare del fenomeno dell'aggressività obbliga all'adozione di un approccio multifattoriale, poiché esso è stato ed è ancora oggi oggetto di studio in molti settori della ricerca (biologico, psichiatrico, sociale, antropologico, ecc.). Questo poiché l'aggressività presenta un costrutto non omogeneo che può avere cause, manifestazioni e conseguenze differenti tra loro. Il costrutto dell'aggressività è multi-composto. Esso consta: della componente fisica e di quella verbale, che è la parte strumentale o motoria del comportamento aggressivo; della componente affettiva o emotiva del comportamento aggressivo, la rabbia, che prepara il soggetto ad aggredire, quasi fosse una sorta di "ponte psicologico" tra la componente strumentale e quella cognitiva; della componente cognitiva, l'ostilità, che consiste nel sentimento di malevolenza e ingiustizia. G. GULOTTA, G. GASPARINI, *Percorsi clinici e riabilitativi di pazienti con comportamenti aggressivi: aspetti di sicurezza, legali e di responsabilità*, in *Psicologia & Giustizia*, 2015, 1, p. 2.

¹¹¹ M. AMORE, M. MENCHETTI, C. TONTI, F. SCARLATT, E. LUNDGREN, W. ESPOSITO, D. BERARDI, *Predictors of violent behavior among acute psychiatric patients: clinical study*, in *Psychiatry Clin Neurosci.*, 2008, 62(3), pp. 247-55.

¹¹² C. BARBIERI, A., LUZZAGO, *Il comportamento aggressivo in psichiatria: un approccio ermeneutico come chiave di prevenzione del rischio e di valutazione della responsabilità professionale*, in *Psichiatria e psicologia forense*, 2014, 4, pp. 191-208.

¹¹³ L. BOWERS, *On conflict, containment and the relationship between them*, in *Nursing Inquiry*, 2005, 13, pp. 172-180; L. BOWERS, *Association between staff factors and levels of conflict and containment on acute psychiatric wards in England*, in *Psych. Serv.*, 2009, 60(2), pp. 231-239; L. BOWERS, D. STEWART, C. PAPADOUPOLOS, J.D. IENNACO, *Correlation Between Levels of Conflict and Containment on Acute Psychiatric Wards: The City-128 Study*, in *Psychiatric Services*, 2013, 64(5), pp. 423-30; L. BOWERS, *Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards*, cit. pp. 499-508; J. DUXBURY, *An evaluation on staff and patients views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: a pluralistic design*, in *Int. J. Psych. Ment. Health Nurs.*, 2002, 9, pp. 325-337; J. DUXBURY, R. WHITTINGTON, *Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives*, in *J. Adv. Nurs.*, 2005, 50(5), pp. 469-478; L. BOWERS, D. STEWART, C. PAPADOUPOLOS, J.D. IENNACO, cit.; D. RICHTER, K. BERGER, *Post-traumatic stress disorders following patients assaults among staff members of mental health hospitals: a prospective longitudinal study*, in *BMC Psychiatry*, 2006, 6, p. 15.

situazioni dinamiche, che talvolta concedono un tempo limitato per assumere qualsiasi decisione.¹¹⁴ A fronte di tali situazioni, accade che la scelta di quale azione porre in essere ricada sulla contenzione, la quale pratica in alcuni contesti ospedalieri assume, per ammissione degli stessi operatori, il carattere di un vero e proprio automatismo¹¹⁵. Talvolta, al fine di far fronte alla carenza di personale, il ricorso alla contenzione assume finalità di prevenzione, ingenerando nel paziente la reazione oppositiva che la contenzione stessa mirava a prevenire¹¹⁶. Allo scopo di interrompere questo meccanismo causale in cui la contenzione assume, al tempo stesso, i connotati di causa e strumento di soluzione del conflitto, risulta indispensabile bandire l'uso della contenzione e promuovere l'adozione di strategie alternative¹¹⁷, idonee a ridurre l'ostilità e la sospettosità del paziente¹¹⁸ e prevenire che esse sfocino in comportamenti che ostacolano la cura e, ancor peggio, aggressivi.¹¹⁹

È stato ampiamente dimostrato, infatti, che nella psichiatria clinica così come nel trattamento dei pazienti con disturbi gravi, quando il paziente considera

¹¹⁴ P. SANGIORGIO, *La prevenzione, la gestione e, in prospettiva, l'eliminazione della contenzione nelle emergenze psichiatriche dell'area metropolitana di Roma*, in P. SANGIORGIO, G. M. POLSELLI, (a cura di), *Matti da (non) legare. Come prevenire le contenzioni e migliorare la qualità e l'assistenza al paziente*, Alpes, Roma, 2011, p. 1. A proposito degli antecedenti del comportamento aggressivo del paziente si veda: C. PAPADOUPOLOS, J. ROSS, D. STEWART, C. DACK, K. JAMES, L. BOWERS, *The antecedents of violence and aggression within psychiatric in-patient setting*, in *Acta Psychiatr. Scand.*, 2012, 125(6), pp. 425-39.

¹¹⁵ P. SANGIORGIO, *La prevenzione, la gestione e, in prospettiva, l'eliminazione della contenzione nelle emergenze psichiatriche dell'area metropolitana di Roma*, cit., p. 1.

¹¹⁶ 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 suicidario*, cit., p. 1483; M. NOVELLO, *Il risolvibile nodo della contenzione fisica nelle pratiche dei servizi di salute mentale*, in *Riv. It. Med. Leg.*, 2013, 1, p. 235. Alcuni studi dimostrano, infatti, che l'incremento del personale e la creazione di team appositamente dedicati alla gestione delle situazioni di crisi riduce drasticamente il ricorso alla contenzione. Al riguardo, si veda: G.M. SMITH, R.H. DAVIS, E.O. BIXLER, H.M. LIN, A. ALTENOR, R.J. ALTENOR, B.D. HARDENTSTINE, G.A. KOPCHICK, *Pennsylvania State Hospital system's seclusion and restraint reduction program*, in *Psyc. Serv.*, 2005, 56, pp. 1115-1122; L. BOWERS, *Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards*, cit.

¹¹⁷ «Si considera alternativo alla contenzione qualsiasi intervento utilizzato al posto di un dispositivo di contenzione, o che riduce il bisogno di contenzione fisica». C. MICHAEL, N. RHONDA, F. LEON, R. ANDREW, K. SUE, *Contenzione fisica: Riduzione nei contesti assistenziali per acuti e residenziali*, in *Best Practice*, 2002, 6, 4, pp. 1329-1874.

¹¹⁸ A questo proposito si vedano: C. G. CURIE, *SAMHSA's commitment to eliminating the use of seclusion and restraint*, in *Psyc. Serv.*, 2005, 56, pp. 1139-1140; D. DONAT, *Encouraging alternatives to seclusion, restraint, and reliance on PRN drugs in a public psychiatric hospital*, in *Psyc. Serv.*, 2005, 56, pp. 1105-1108.

¹¹⁹ Audizione presso la Commissione dei Diritti Umani del Senato della presidente Federazione Nazionale IPASVI Barbara Mangiacavalli in materia di contenzione meccanica, Roma, 12 luglio.

positivamente il trattamento che gli viene prescritto, i risultati che lo stesso produce e la relazione con il medico psichiatra migliorano.¹²⁰

2. Contenimento e contenzione

Si commette un errore quando i termini contenimento e contenzione vengono adoperati alla stregua di sinonimi.¹²¹ Invero, il termine contenimento, impiegato nell'ambito della gestione delle emergenze e delle urgenze psichiatriche, indica «l'insieme degli atti volti ad accogliere il bisogno di salute del paziente, accertando la natura, l'eziopatogenesi e le dinamiche dei disturbi che ne hanno generato l'alterazione acuta dello stato di salute mentale, in modo da consentire il trattamento». ¹²² Il contenimento ha la funzione di ristabilire il senso del “limite”¹²³, utile al paziente per ristabilire i confini di un luogo protetto, “finalizzato a un'integrazione”¹²⁴. Esso, in altre parole, consiste nel proteggere e nell'accudire il paziente, allo scopo di gestire la sua aggressività¹²⁵, e nell'aiutarlo a ricostruire il “senso del sé”¹²⁶. Il contenimento rappresenta una complessa

¹²⁰ R. LAUGHARNE, S. PRIEBE, *Patient choice in severe mental illness*, 2011, tradotto in lingua italiana da F. BOARON, *La libertà di scelta del paziente con disturbi mentali gravi*. Si vedano, ad esempio: S. PRIEBE, T. GRUYTERS, *Patients' assessment of treatment predicting outcome*, in *Schiz. Bulletin*, 21, pp. 87-94.; S. PRIEBE, R. McCABE, *The therapeutic relationship in psychiatric settings*, in *Acta Psychiatr. Scand.*, 2006, 113(429), pp. 69-72. Anche il CNB afferma che l'uso della coercizione non fa altro che aggravare la patologia psichica e compromettere il percorso di cura e riabilitazione del paziente. CNB, *La contenzione: problemi bioetici*, cit.

¹²¹ A tal proposito si veda: G. DEL GIUDICE, *...e tu slegalo subito. Sulla contenzione in psichiatria*, cit., p. 195. Per un ulteriore approfondimento si veda anche BRUTTI C., BRUTTI R. P., *Contenzione e contenimento. Note storiche e prospettive antropologiche*, *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 2006, 130(3), 123-132.

¹²² Interventi alla contenzione presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura e SPOI, Dipartimento di Salute Mentale, DSM.DI.011, Rev. 1 del 23/08/2010. <http://www.comune.pescantina.vr.it/it/Notizie/Archivio/11-Forum-Nazionale-Polizia-Locale-30-31-Ottobre--2014/contentParagraph/019/documentPdf/Linee%20guida%20MODENA%20-%20Fiorella%20Passerini.pdf>

¹²³ O.F. KENBERG, *Convergences and divergences in contemporary psychoanalytic technique*, in *Int. J. Psychoanal.*, 1993, 74, pp. 659-673.

¹²⁴ V. FERIOLI, *Contenzione: aspetti clinici, giuridici e psicodinamici*, cit., p. 37.

¹²⁵ A. FERRO, *Contenibilità e incontenibilità delle emozioni. Decostruzione e rinarrazione*, in V. P. Pellicanò, (a cura di), *Aggressività, trasformazione e contenimento*, Borla, Roma, 2009, p.

¹²⁶ A. CORREALE, *Il lavoro d'equipe*, in G. Berti Ceroni, A. Correale, (a cura di), *Psicoanalisi e Psichiatria*, Cortina, Milano, 1999.

strategia finalizzata alla costruzione dell'alleanza terapeutica tra medico e paziente¹²⁷ e alla sua conservazione nelle situazioni di emergenza.

Gli interventi di contenimento, impiegati in ambito psichiatrico, si suddividono in due categorie.¹²⁸ Appartengono alla prima categoria gli interventi di contenimento di prima linea, attraverso i quali l'operatore affronta il paziente in modo calmo e riflessivo, affinché sia ridotto al minimo il suo livello di tensione e siano minimizzati gli elementi di crisi.¹²⁹ Tale tipo di intervento concerne un approccio al paziente il più lontano possibile da intenti paternalistici e, tanto più, da spinte aggressive, e pertanto comporta il minor rischio di lesioni per lo stesso.¹³⁰ Il *contenimento relazionale*¹³¹, si sostanzia nell'ascolto e nell'osservazione empatica del paziente, e consiste in interventi di desensibilizzazione, che impiegano tecniche di comunicazione volte ad ottenere il consenso informato del paziente, consenso che deve essere sottoposto a continua negoziazione con il medico.¹³²

Qualora il contenimento relazionale non avesse successo, l'operatore sanitario dovrebbe assumere un approccio assertivo, mostrando la sua forza nel rispetto della dignità del paziente.¹³³ Nel caso in cui anche questo approccio non avesse successo e il paziente dovesse assumere un comportamento violento, l'operatore dovrebbe ricorrere agli interventi di seconda linea: la somministrazione di farmaci, se necessario anche in forma obbligatoria. Il trattamento farmacologico,

¹²⁷ V. FERIOLI, *Contenzione: aspetti clinici, giuridici e psicodinamici*, cit., p. 37. Con il termine alleanza terapeutica si intende la relazione razionale, adulta tra medico e paziente, contrapposta a quella «transferale», infantile. E.R. ZETZEL, *Current concept of transference*, in Int. J. Psychoanal., 1956, 37, pp. 369-378.

¹²⁸ ALLEN M.H., CURRIER G.W., HUGHES D.H., et al., *The expert consensus guidelines series. Treatment of behavioural emergencies*, in J. Psychiatr. Pract., 2005,11(1), pp. 5-108; National National Institute for Health and Care Excellence, *Violence and aggressive: short-term management in mental health, health and community setting*, London, 2015.

¹²⁹ *Ibidem.*

¹³⁰ *Ibidem.*

¹³¹ *Ibidem.*

¹³² L. FERRANNINI, P.F. PELOSO, F. SCAPATI, E. MAURA, *Aspetti clinici della contenzione*, in R. CATANESI, L. FERRANNINI, P.F. PELOSO, (a cura di), *La contenzione fisica in psichiatria*, Giuffrè Editore, Milano, 2006, p. 11; V. FERIOLI, *Contenzione: aspetti clinici, giuridici e psicodinamici*, cit., p. 38.

¹³³ *Ibidem.*

diventa contenzione farmacologica quando il ricorso ai farmaci diventa improprio
134

A differenza degli interventi di contenimento di prima e seconda linea, che conservano intatto il rapporto terapeutico, la contenzione allontana gli operatori dal paziente e, quindi, configura una compromissione della relazione.¹³⁵ Fino a quando si renda possibile stare vicino al paziente, al fine di parlargli e ascoltare ciò che vuol dire, si può parlare di contenimento; qualora la vicinanza diventi insostenibile e il medico e gli altri operatori sanitari siano costretti ad allontanarsi¹³⁶, il paziente viene lasciato solo, dovendosi allora parlare di contenzione.¹³⁷

Alla stregua di una definizione molto diffusa in letteratura, la contenzione rappresenta «ogni metodo manuale o fisico, ogni dispositivo meccanico applicato o adiacente al corpo di un soggetto che non può facilmente essere rimosso e che limita la libertà di movimento o il volontario accesso a parti del proprio corpo»¹³⁸. Invero, se “legare” il paziente rappresenta, nell’immaginario comune, la massima forma di limitazione delle libertà personali, le tecniche di contenzione a cui sono sottoposte le persone in cura presso gli SPDC, e non solo, sono più numerose.¹³⁹ Oltre alla contenzione farmacologica, esse sono la contenzione fisica, meccanica e ambientale.

La contenzione fisica è quella tecnica, usata allo scopo di impedire i movimenti del paziente o vincere la sua resistenza; essa impiega la forza fisica del personale

¹³⁴ Per un approfondimento in tema di trattamento farmacologico del paziente psichiatrico si rimanda a: G. Di SCIASCIO, *La contenzione farmacologica in psichiatria*, in R. CATANESI, L. FERRANNINI, P.F. PELOSO (a cura di), *La contenzione fisica in psichiatria*, cit., p. 51.

¹³⁵ Il CNB, nel ribadire che la contenzione rappresenta un ostacolo alla relazione di cura, «che rimane il principale strumento terapeutico», invita gli operatori ad evitare di impiegarla. CNB, *La contenzione: profili bioetici*, cit., p. 8.

¹³⁶ Questa condizione determina la rottura del setting terapeutico. B. NORCIO, *L'emergenza nell'organizzazione e nelle strategie del dipartimento di salute mentale: l'esperienza di Trieste*, in Riv. Sper. Fren., 2002, 126(1-2), pp. 87-101.

¹³⁷ V. FERIOLI, *Contenzione: aspetti clinici, giuridici e psicodinamici*, cit., p. 40.

¹³⁸ HCFA, *Health Care Financing Administration, Proposed changes to the long-term care facility (SNF and NF) requirements*, Federal Register, 1992, 57 (24), p. 4517.

¹³⁹ Per una dettagliata descrizione delle attuali tecniche di contenzione si veda. 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 suicidario*, in Riv. It. Med. Leg., 2011, 6, pp. 1483-1818.

sanitario, senza utilizzare altri strumenti.¹⁴⁰ Secondo le raccomandazioni vigenti in materia, la corretta contenzione fisica, condotta dall'operatore sanitario, che è soggetto attivo della presa in carico del paziente, avviene attraverso il corpo, ha durata molto limitata, riconosce la soggettività del paziente, ed è accompagnata dal tentativo di dialogo e della proposta di soluzioni alternative.¹⁴¹ La contenzione meccanica, invece, è la tecnica sempre volta a ridurre o controllare il movimento del malato, ma consiste nell'utilizzo di presidi materiali, come ad esempio, le fasce, le cinture o le sponde applicate al paziente a letto.¹⁴² Strumenti di contenzione meccanica sono altresì le cinghie per caviglie e polsi, i presidi inseriti come barriera nell'ambiente e quelli posizionali predisposti sulla persona allo scopo di obbligarla ad una determinata postura.¹⁴³ Infine, l'ultima forma di contenzione è quella ambientale: essa consiste nell'apportare modifiche all'ambiente di vita del paziente, tenendo le porte del reparto chiuse a chiave, limitando o vietando le uscite dal reparto di degenza in determinate fasce orarie, ovvero limitando le visite e i contatti con l'esterno, sino all'isolamento in apposita camera di degenza.¹⁴⁴

Quella meccanica è la forma di contenzione che solleva maggiori riserve sotto il profilo etico, giuridico e medico¹⁴⁵, poiché quella fisica, se agita correttamente, comporta il confronto diretto con la persona, prevede il riconoscimento dei bisogni del paziente e coinvolge l'operatore¹⁴⁶. A tal proposito, può essere utile anticipare che la contenzione meccanica pone problemi etici e giuridici differenti rispetto all'uso della forza fisica tipico della contenzione fisica, per l'appunto¹⁴⁷. Essa, invero, comporta l'immobilizzazione del corpo del paziente e, dunque,

¹⁴⁰ P. CALLAGHAN, C. GAMBLE, *Oxford handbook of mental health nursing*, Oxford University press, 2015, p. 156.

¹⁴¹ *Ibidem*.

¹⁴² A. A. NEGRONI, *Nota introduttiva sul concetto di "contenzione" in psichiatria*, in *Psichiatria e Psicoterapia*, 2014, 33(4), pp. 332-342.

¹⁴³ *Ibidem*.

¹⁴⁴ Quella ambientale è la pratica contenitiva più diffusa: la giurisprudenza in tema di contenzione si è occupata prevalentemente della responsabilità di operatori sanitari chiamati a rispondere degli eventi lesivi riportati dai pazienti a cui avevano concesso di uscire dalle strutture terapeutiche.

¹⁴⁵ Comitato Nazionale per la Bioetica, *La contenzione: problemi bioetici*, 23 aprile 2015, p. 4.

¹⁴⁶ L. BICEGO, *I lavori della Commissione*, in M. MISLEJ, L. BICEGO, *Assistenza e diritti. Critica alla contenzione e alle cattive pratiche*, Carocci Faber, Roma, 2007, p. 97.

¹⁴⁷ Secondo alcuni, invece, non rilevarebbe alcuna differenza tra contenzione fisica e meccanica. Si veda ad esempio: G. BRANDI, M. IANNUCCI, *La coazione benigna al servizio della salute e della sicurezza*, in *Rass. Penit. Crimin.*, 2013, 3, p. 18.

cagiona una lesione della sua libertà personale, coperta da ben più rigide garanzie costituzionali rispetto alla meno grave lesione della libertà morale.

2.1 I danni provocati dalla contenzione

Ancorché molto attuale, la denuncia dei danni provocati dalla contenzione iniziò già alla fine degli anni novanta, anni in cui Fisher pubblicò una revisione della letteratura in cui affermava come l'impiego della contenzione provocasse effetti fisici e psicologici deleteri, non solo per il paziente ma anche per il personale sanitario.¹⁴⁸ Parimenti, le più recenti revisioni sistematiche dei trial e degli studi qualitativi condotti su scala internazionale hanno evidenziato che non esistono studi controllati sugli effetti che la contenzione produce, e che le ricerche qualitative sul punto mostrano i gravi danni che tale pratica comporta.¹⁴⁹

In particolare, Sailas e Fenton, in una recente revisione Cochrane concludono che non esistono evidenze scientifiche che dimostrino alcun vantaggio della contenzione e dell'isolamento delle persone con disturbi mentali.¹⁵⁰ Parimenti, studi recenti dimostrano che l'impiego di metodi di contenzione comporta l'aumento del rischio di danno per gli operatori¹⁵¹, e per gli altri pazienti,¹⁵² e della durata del ricovero e incide negativamente sul tasso di ricaduta e di mortalità e su quello degli ulteriori ricoveri.¹⁵³

¹⁴⁸ *Ibidem*; W.A. FISHER, *Restraint and seclusion: a literature review*, in *Am. J. Psychiatry*, 1994, 151(11), pp. 1584-1591; A. FIORITTI, *Tra Pinel e Giorgio III: la storia infinita di libertà e coercizione in psichiatria*, cit., p. 8.

¹⁴⁹ E. E. SAILAS, M. FENTON, *Seclusion and restraint for people with serious mental illness*, cit. Al riguardo, è bene ribadire che non esistono evidenze scientifiche a sostegno dell'efficacia della contenzione, perchè non esistono studi randomizzati che si sono occupati della questione. Sul punto, si veda J. BERCK, B. EINSIEDLER, T. STEINERT, *Feasibility of randomized controlled trials on seclusion and mechanical restraint*, in *Clin. Trials*, 2008, 5(4), pp. 356-63.

¹⁵⁰ *Ibidem*.

¹⁵¹ G. FARRELL, K. CUBIT, *Nurses under threat: a comparison of content of 28 aggression management programs*, in *Int. J. Ment. Health Nurs.*, 2005, 14(1), pp. 44-53; T.L. HUSUM, J.H. BJØRNGAARD, A. FINSET, T. RUUD, *A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics*, in *BMC Health Serv. Res.*, 2010, 10, p. 89.

¹⁵² L. HOLLINS, *Managing the risks of physical intervention: developing a more inclusive approach*, in *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.*, 2010, 17(4), pp. 369-76.

¹⁵³ J. LEBEL, R. GOLDSTEIN, *The economic cost of using restraint and the value added by restraint reduction or elimination*, in *Psych. Serv.*, 2005, 9, 56, pp. 1109-1114; W.K. MOHR,

La pratica della contenzione meccanica è associata a morbilità e mortalità a breve e lungo termine¹⁵⁴. Tra i suoi effetti diretti troviamo: morte improvvisa, morte per asfissia e per strangolamento¹⁵⁵, trombosi venosa profonda ed embolia polmonare,¹⁵⁶ lesioni nervose del plesso branchiale¹⁵⁷, lesioni ischemiche¹⁵⁸, ipertermia, infezioni delle vie urinarie, piaghe da decubito, infezioni polmonari, ipotrofie muscolari, incontinenza, fratture dello sterno (a seguito di un periodo prolungato di agitazione psicomotoria)¹⁵⁹. Si pensi ai casi esemplari di morte a seguito di contenzione di Giuseppe Casu e Francesco Mastrogiovanni: il primo morì nel 2006, nel Servizio psichiatrico di diagnosi e cura di Cagliari, dopo essere stato contenuto meccanicamente per sette giorni consecutivi; il secondo, ricoverato presso il Servizio psichiatrico di Vallo della Lucania, decedette dopo essere stato sottoposto ininterrottamente a contenzione meccanica per quattro giorni.

T.A. PETTI, B.D. MOHR, *Adverse Associated with Physical Restraint*, in *Can. J. Psychiatry*, 2003, 48, pp. 330-337.

¹⁵⁴ Come afferma A. FIORITTI, « la morte per contenzione ha più o meno la stessa incidenza di quella per incidenti trasfusionali, che è considerata un evento sentinella nazionale ed ha un sistema di monitoraggio ministeriale imponente e giustamente dispendioso. » *Tra Pinel e Giorgio III: la storia infinita di libertà e coercizione in psichiatria*, cit.

¹⁵⁵ B. PATERSON, P. BRADLEY, C. STARK, D. SADDLER, D. LEADBETTER, D. ALLEN, *Deaths associated with restraint use in health and social care in the UK. The results of a preliminary survey*, in *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.*, 2003, 10, pp. 3-15; B. KARGER, T. FRACASSO, H. PFEIFFER, *Fatalities related to medical restraint devices—Asphyxia is a common finding*, in *For. Science International*, 2008, 178, pp. 178-184; Joint Commission for the Accreditation of Health Care Organisations, *Preventing restraint deaths, Sentinel Event Alert*, 1998, 8; A. DUBE, E. MITCHELL, *Accidental strangulation from vest restraints*, in *JAMA*, 1986, 256, 27256; A. LANGSLOW, *Safety and physical restraint*, in *Australian Nurses Journal*, 1999, 7(2), p. 345; S. H. MILES, P. IRVINE, *Deaths caused by physical restraints*, in *Gerontologist* 1992, 32(6), P. 7626.

¹⁵⁶ B. C. DICKSON, M.S. POLLANEN, *Fatal thromboembolic disease: a risk in physically restrained psychiatric patients*, in *J. Forensic Leg. Med.*, 2009, 16, 5, p. 284.

¹⁵⁷ T.F. SCOTT, J.A. GROSS, *Brachial plexus injury due to vest restraints*, in *New England Journal of Medicine*, 1989, 320, p. 598.

¹⁵⁸ P. McLARDYSMITH, P.D. BURGE, N.A. WATSON, *Ischaemic contracture of the intrinsic muscles of the hand: a hazard of physical restraint*, in *Journal of Hand Surgery*, 1986, 11, p. 657.

¹⁵⁹ D. GULIZIA, F. LUGO, A. COCCHI, A. ZANOBIO, A. BREZZO, G. LAURETTA, O. MATTIA, R. CHIAPPA, S. DAL FRATELLO, V. ADAMO, *La contenzione fisica in ospedale*, Azienda Ospedaliera Niguarda Cà Granda; B. MAVRETISH, *Nursing home issues in restraint use*, H.E.C Forum, 1998, 10 (3-4), pp. 300-305; G. BONNER, T. LOWE, D. RAWCLIFFE, N. WELLMAN, *Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK*, in *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.*, 2002, 9, pp. 465-73; D. EVANS, J. WOOD, L. LAMBERT, M. FITZGERALD, *Physical Restraint in Acute and Residential Care, A Systematic Review n. 22*, Joanna Briggs Institute, Adelaide, South Australia, 2002.

Come noto nella letteratura internazionale, l'uso della contenzione fisica e meccanica determina disturbi post-traumatici da stress nelle persone che vi sono sottoposte.¹⁶⁰ Esso fa scaturire nel paziente conseguenze assai gravi sotto il profilo psicologico¹⁶¹: egli matura in sé il sentimento di rabbia, frustrazione, disumanizzazione, umiliazione, paura, agitazione, sensazione di impotenza o di violazione della propria libertà¹⁶². Non ultimo, l'effetto deleterio che l'uso della contenzione riflette sul rapporto medico-paziente. Recenti studi¹⁶³, aventi ad oggetto tale fenomeno, dimostrano che la contenzione compromette l'alleanza terapeutica tra psichiatra e malato e la relazione futura della persona con i servizi e il sistema sanitario in generale, comportando quindi un rischio di deterioramento della salute della persona.¹⁶⁴

2.2 Metodi di contenimento alternativi alla contenzione

Numerosi e risalenti nel tempo sono gli studi che riguardano gli interventi elaborati allo scopo di ridurre l'uso della costrizione fisica in ambito psichiatrico, e non solo. Detti interventi coinvolgono la politica e la legislazione statale, la leadership, lo studio delle condizioni ambientali dei reparti, il rapporto terapeutico

¹⁶⁰ A. FIORITTI, *Tra Pinel e Giorgio III: la storia infinita di libertà e coercizione in psichiatria*, cit., p. 8.

¹⁶¹ Lo testimoniano i racconti di chi ha vissuto in prima persona l'esperienza della contenzione: A. BANFI, *Tanto scappo lo stesso. Romanzo di una matta*, Viterbo, Stampa alternativa, 2008; M.G. CERVASATO, *TSO. Un'esperienza in reparto psichiatria*, Roma, Sensibile alle foglie, 2012.

¹⁶² J. BERGK, E. FLAMMER, T. STEINERT, *Coercion Experience Scale (CES): validation of a questionnaire on coercive measures*, BMC Psychiatry, 2010, 14, pp. 10-15; T. D. STROUT, *Perspective on the experience of being physically restrained: an integrative review of the qualitative literature*, in Int. J. Ment. Health Nurs., 2010, 19, pp. 416-427.

¹⁶³ A. THEODORIDOU, F. SCHLATTER, V. AJDAIC, W. RÖSSLER W, M. JÄGER, *Therapeutic relationship in the context of perceived coercion in a psychiatric population*, in Psych. Res., 2012, 200(2-3), pp. 939-44; K.A. SHEEHAN, T. BURNS, *Perceived coercion and the therapeutic relationship: a neglected association?*, in Psych. Serv., 2011, 62(5), pp. 471-476.

¹⁶⁴ S. JAEGER, C. PFIFFNER, P. WEISER, G. LÄNGLE, D. CROISSANT, W. SCHEPP, R. KILIAN, T. BECKER, G. ESCHWEILER, T. STEINERT, *Long-term effects of involuntary hospitalization on medication adherence, treatment engagement and perception of coercion*, in Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology, 2013, 48 (11), pp. 1787-1796; S. PRIEBE, C. KATSAOUKU, K. YEELES, T. AMOS, R. MORRIS, D. WANG, *Predictors of clinical and social outcomes following involuntary hospital admission: a prospective observational study*, in Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci., 2011, 261(5), pp. 377-386; L.H. MYKLEBUST, K. SØRGAARD, K. RØTYOLD, R. WYNN, *Factors of importance to involuntary admission*, in Nordic Journal of Psychiatry, 2012, 66, pp. 178-182.

tra il personale e i pazienti, il monitoraggio degli episodi contenitivi, la formazione del personale, il monitoraggio dei pazienti, gli interventi farmacologici, il coinvolgimento dei pazienti negli interventi di riduzione e l'adeguamento dell'ambiente terapeutico.¹⁶⁵

In particolare, alcuni autori hanno individuato alcuni interventi attraverso i quali è stato possibile ridurre l'impiego della contenzione, come, ad esempio, l'introduzione di strumenti di controllo volti ad acquisire informazioni su ogni episodio di contenzione, nonché le tecniche di de-escalation.¹⁶⁶ Utili alla riduzione delle pratiche costrittive, inoltre, sono risultati: il coinvolgimento del personale nella segnalazione delle carenze sistemiche e nell'indicazione delle modifiche necessarie per la migliore organizzazione del reparto; l'istituzione di database relativi all'uso della contenzione; le interviste del personale e dei pazienti e l'osservazione di eventi di crisi all'interno dei reparti.¹⁶⁷ La formazione costante del personale e la preparazione alla gestione delle situazioni acute, come dimostrato da alcune altre ricerche, riveste un ruolo fondamentale, al pari delle tecniche utilizzate allo scopo di coinvolgere il paziente nella relazione terapeutica e, in particolare, nei programmi di riduzione del ricorso alle tecniche di contenzione.¹⁶⁸

¹⁶⁵ Sul punto, si vedano le seguenti revisioni della letteratura: C.J., GASKIN, S.J. ELSOM, B. HAPPELL, *Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities*, in *The British Journal of Psychiatry*, 2007, pp. 298-303; J.N. SCANLAN, *Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings: what we know so far a review of the literature*, in *Int. J. Soc. Psychiatry*, 2010 pp. 412-23; J.J. BORCKARDT, A. MADAN, A. L. GRUBAUGH, C.K. DANIELSON, C.G. PELIC, S.J. HARDESTY, R. HANSON, J. HERBERT, H. COONEY, A. BENSON, B.C. FRUEH, *Systematic investigation of initiatives to reduce seclusion and restraint in a state psychiatric hospital*, in *Psych. Serv.*, 2011 pp. 477-83; H. SIVAKUMARAN, K. GEORGE, K. PFUKWA, *Reducing restraint and seclusion in an acute aged person's mental health unit*, in *Australas Psychiatry*, 2011, pp. 498-501.

¹⁶⁶ Si vedano, ad esempio, i seguenti studi: G.M. SCHREINER, C.G. CRAFTON, J.A. SEVIN, *Decreasing the use of mechanical restraints and locked seclusion*, in *Adm. Policy Ment. Health*, 2004, 31, pp. 449- 463; J.C. TAXIS, *Ethics and praxis: alternative strategies to physical restraint and seclusion in a psychiatric setting*, in *Issues Ment. Health Nurs.*, 2002, 23, 157- 170; T. STEINERT, F. EISELE, U. GOESER, S. TSCHOEKE, C. UHLMANN, P. SCHMID, *Successful interventions on an organisational level to reduce violence and coercive interventions in in-patients with adjustment disorders and personality disorders*, in *Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health*, 2008, 4, 27.

¹⁶⁷ W.A. FISHER, *Elements of successful restraint and seclusion reduction programs and their application in a large, urban, state psychiatric hospital*, in *J. Psychiatr. Pract.*, 2003, 9, pp. 7-15; G.M. SCHREINER, C.G. CRAFTON, J.A. SEVIN, *Decreasing the use of mechanical restraints and locked seclusion*, cit., pp. 449- 463.

¹⁶⁸ W.R. GREENE, J. ABLON, A. MARTIN, *Use of collaborative problem solving to reduce seclusion and restraint in child and adolescent inpatient units*, in *Psychiatr. Serv.*, 2006, 57, pp.

Efficace nella prevenzione dell'agito aggressivo del paziente è il dialogo ermeneutico, consistente nell'interpretazione delle narrazioni del malato, dei suoi comportamenti e delle sue modalità esistenziali. Il rapporto tra terapeuta e paziente deve essere costantemente collocato nel contesto di un «dialogo ermeneutico» che si realizza attraverso il colloquio clinico, cioè il dialogo tra medico e paziente che diventa «strumento preliminare ed essenziale di ogni articolazione terapeutica» e consente di prevedere e prevenire il comportamento aggressivo del paziente.¹⁶⁹

Un contributo considerevole per la prevenzione di tale comportamento è stato apportato da un gruppo di ricerca inglese che ha ideato il modello “Safewards”, finalizzato a garantire la sicurezza all'interno dei reparti psichiatrici dei pazienti e dello staff, evitando il ricorso ai metodi coercitivi¹⁷⁰. Il modello è derivato dalla ricerca svolta dal gruppo e dallo studio di quelle condotte dagli studiosi di tutto il mondo¹⁷¹, che hanno permesso di individuare i fattori causali che portano il paziente ad assumere comportamenti di conflitto¹⁷².

La ricerca ha evidenziato sei aspetti o raccolte di caratteristiche che possono influenzare la frequenza del conflitto e/o della contenzione: la comunità dei pazienti, le caratteristiche del paziente, il quadro normativo, il team di

610– 612; A.M. SULLIVAN, J. BEZMEN, C.T. BARRON, e altri, *Reducing restraints: alternatives to restraints on an inpatient psychiatric service – utilizing safe and effective methods to evaluate and treat the violent patient*, in *Psychiatric Quarterly*, 2005, 76, pp. 51– 65.

¹⁶⁹ E. BORGNA E., *Il piano ermeneutico*, Comprendre, Archive International pour l'Anthropologie et la Psychopathologie Phénoménologique, 1998, 8, p. 17.

¹⁷⁰ L. BOWERS, *Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards*, cit., p. 10. Tra gli altri, si sono occupati di strategia alternative anche: J.N. SCANLAN, *Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings: what we know so far a review of the literature*, in *Int. J. Soc. Psychiatry*, 2010, 56(4), pp. 412-423; D.J. HELLERSTEIN, A.B. STAUB, E. LEQUESNE, *Decreasing the use of restraint and seclusion among psychiatric inpatients*, in *J. Psychiatr. Pract.*, 2007, 13, 5, pp. 308-31; L. STOKOWSKI, *Alternatives to restraint and seclusion in mental health settings*, in *Medscape Nurses, Nurses Perspectives*, 3 maggio 2007.

¹⁷¹ Il gruppo di ricercatori, guidato dal prof. L. Bowers, si è dedicato per molti anni ad indagare i modi per ridurre i conflitti e di contenimento e ha condotto alcuni dei più grandi studi sull'assistenza ospedaliera per pazienti acuti. Tra questi merita di essere ricordato lo studio City 128 che ha visto confrontati 136 reparti. Oltre mille studi sono stati esaminati e i preziosi insegnamenti in essi contenuti hanno permesso ai ricercatori inglesi di costruire un modello molto più forte e di interventi molto più efficaci di quelli, più o meno restrittivi, da sempre adoperati nei reparti psichiatrici. Bowers L. *Association between staff factors and levels of conflict and containment on acute psychiatric wards in England*, cit., pp. 231–239.

¹⁷² Con il termine conflitto Bowers et al. si riferiscono a tutti i comportamenti oppositivi posti in essere dal paziente agitato: l'aggressività, la fuga dal reparto, il rifiuto delle terapie farmacologiche ecc. L. BOWERS, *Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards*, cit.

professionisti, l'ambiente interno ed esterno al reparto ospedaliero¹⁷³. Dallo studio dei ricercatori è emerso che dalle interazioni tra i suddetti aspetti scaturiscono dei “focolai”, ovvero delle situazioni sociali e psicologiche di conflitto, che si pongono in un rapporto di reciprocità dinamica con il ricorso alla contenzione. L'impiego di quest'ultima aiuta a far sorgere il conflitto piuttosto che prevenirlo con successo. Il personale ha il potere di incidere sui fattori di rischio, comportando l'aumento o la riduzione del pericolo di eventi di conflitto o di contenimento. Conflitto e contenzione sono al centro della dinamica: così come il conflitto può innescare la contenzione, allo stesso modo l'uso della contenzione può innescare conflitti.

I ricercatori hanno sviluppato delle strategie di prevenzione del conflitto, fondate principalmente sulla relazione terapeutica con il paziente. Le principali sono: i *calm down methods*, la *de-escalation*, il *talk down*, le *soft words*, la *reassurance*, le *positive words*, la *clear mutual expectation*, il *know each other* e il *mutual help meeting*¹⁷⁴.

Il ricorso a questi metodi non è casuale, ma saldamente legato al ciclo che l'aggressività del paziente può compiere¹⁷⁵. Ogni fase di detto ciclo presenta delle caratteristiche sue proprie ed è a fronte di esse che sono stati elaborati i metodi sopra elencati. Poiché il compimento di atti violenti, auto od etero diretti, costituisce solo il culmine di tale ciclo¹⁷⁶, il modello dispone per ciascuna delle fasi ad essa antecedenti, strategie di prevenzione che si sono dimostrate molto efficaci¹⁷⁷.

Si procede, ora, all'analisi di ciascun intervento, seguendo l'ordine delle fasi del ciclo dell'aggressività. La prima fase dell'escalation è costituita dall'attivazione psicofisiologica del paziente, facilmente identificabile tramite i cambiamenti somatici e psicologici da esso manifestati; l'operatore, una volta individuato il fattore scatenante, deve provvedere alla sua rimozione, ricorrendo,

¹⁷³ *Ibidem*.

¹⁷⁴ L. BOWERS, *Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards*, cit.

¹⁷⁵ G.J. MAIER, G. VAN RYBROEK, *Managing countertransference reactions to aggressive patients*, Eichelman BS, Hartwig AC, *Patients Violence and the Clinician*. APA Press, 1995.

¹⁷⁶ *Ibidem*.

¹⁷⁷ L. BOWERS, K. JAMES, A. QUIRK, A. SIMPSON, SUGAR, D. STEWART, J. HODSOLL, *Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial*, in *Int. J. Nurs. Stud.*, September 2015, 52, 9, pp. 1412-1422.

prima di considerare il farmaco extra, al *calm down method*, che sfrutta i punti di forza del paziente.¹⁷⁸ Questo ha a disposizione una scatola di attrezzature che può adoperare per ridurre il proprio livello di eccitazione e agitazione. La fase successiva, detta dell'escalation, consiste nella progressiva deviazione del "baseline psico-emotivo" del paziente; in questo caso, entra in gioco la tecnica di de-escalation¹⁷⁹ vera e propria, che impiega approcci verbali e non verbali caratterizzati da una comunicazione diretta al paziente¹⁸⁰, specifica e positiva, volta a trasmettere la disponibilità a collaborare per una soluzione condivisa dei problemi.¹⁸¹ Essa deve mirare alla trasformazione dei contenuti di violenza e minaccia in espressioni dialettiche che possono essere negoziate.¹⁸² Particolarmente efficace sembra essere, altresì, l'utilizzo della tecnica *talk down*, un approccio verbale basato principalmente, ma non solo, sul contenuto del linguaggio e mirato al contenimento progressivo del paziente, attraverso il riconoscimento positivo e affermativo delle sue istanze e l'avvio di una procedura di negoziazione che recepisca il contenuto emotivo e razionale della crisi e devii il percorso comportamentale¹⁸³. Un altro intervento, adatto alla fase acuta di agitazione, è quello delle *soft words*, consistente nel rivolgere al paziente delle parole "dolci", allo scopo di calmarlo e consentirgli di condurre le normali attività durante la giornata. Attraverso il dialogo, il personale deve tentare di ricostruire la

¹⁷⁸ *Ibidem*.

¹⁷⁹ La de-escalation è raccomandata come intervento di prima linea dal National Institute for Health and Care Excellence. National Institute for Health and Care Excellence (NICE), *Violence and aggressive: short-term management in mental health, health and community setting*, London, , 2015.

¹⁸⁰ In questa fase l'operatore deve applicare le seguenti tecniche: prestare attenzione sia al contenuto che al significato delle affermazioni del paziente; rispondere onestamente ai messaggi emotivi; riproporre al paziente quanto da lui affermato per fare in modo che si convinca di essere ascoltato; mostrare interesse verso i sentimenti e l'opinione del paziente e riconoscere la sua posizione senza interromperlo. La comunicazione deve sempre evitare le seguenti modalità: dare consigli, ordini e avvertimenti; biasimare, giudicare e rimproverare; ironizzare (ad esempio dando soprannomi), fare sarcasmo, sminuire ed elogiare. G.M. POLSELLI, G. DUCCI, (a cura di), *Matti da (non) legare. Come prevenire le contenzioni e migliorare la qualità e l'assistenza al paziente*, cit., pp. XXI-XXII.

¹⁸¹ Per un approfondimento in materia di *verbal de-escalation*, si veda: V. MAYANDADI, P.J. BIELING, V. MADSEN, *Effective ingredients of verbal de-escalation: validating an English modified version of the 'De-Escalating Aggressive Behaviour Scale*, in J. Psychiatr. Ment. Health Nurs., 2016, 23(6-7), pp. 357-368.

¹⁸² G.M. POLSELLI, G. DUCCI, *Il governo clinico ed il miglioramento dei processi di cura in salute mentale*, in P. SANGIORGIO, G.M. POLSELLI, (a cura di), *Matti da (non) legare. Come prevenire le contenzioni e migliorare la qualità e l'assistenza al paziente*, cit., p. XXI.

¹⁸³ *Ivi*, p. XXII.

relazione terapeutica con il paziente, favorire le relazioni sociali con gli altri pazienti e il suo coinvolgimento in attività organizzate.

Qualora gli interventi attuati non siano risultati efficaci, il paziente raggiungerà il punto culminante di eccitamento, ovvero l'aggressività vera e propria: a questa fase è necessario rispondere tramite opzioni rapide e sintetiche, volte al contenimento delle conseguenze dell'aggressività del paziente e a garantire la sua sicurezza e quella dello staff. In questa fase, si cerca di predisporre il paziente verso interventi di carattere psicologico volti all'elaborazione dell'evento verificatosi e alla comprensione razionale delle circostanze che hanno scatenato l'incidente¹⁸⁴. L'intervento deve essere rivolto a tutti i pazienti che abbiano assistito o, comunque, saputo dell'incidente: è compito del personale parlare, singolarmente o a piccoli gruppi, con ciascun paziente al fine di indagare la sua comprensione e percezione dell'accaduto, l'effetto che esso ha prodotto su di lui e di dare una spiegazione. Spetta al personale adoperarsi allo scopo di creare un ambiente caldo, premuroso, affinché i pazienti si sentano al sicuro e protetti (*reassurance*).¹⁸⁵

La fase successiva, detta del recupero, è caratterizzata da un graduale ritorno alla "baseline psico-emotiva": il paziente viene guidato lentamente in una dimensione personale più tranquilla¹⁸⁶. Il recupero deve essere graduale perché egli è potenzialmente recettivo a nuovi fattori scatenanti e, dunque, interventi troppo precoci volti all'elaborazione dell'episodio rischiano di scatenare una riacutizzazione della crisi. È bene pertanto limitarsi a un monitoraggio attivo ma sufficientemente distante.¹⁸⁷

¹⁸⁴ L'impiego di tali strategie non compromette la sicurezza dello staff e dei pazienti, mentre, al contrario, occorre sfatare il mito che aleggia intorno all'isolamento e alla contenzione, affermando la loro efficacia sotto il profilo della sicurezza. J.N. SCANLAN, *Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings: what we know so far a review of the literature*, cit., pp. 412-423.

¹⁸⁵ L. BOWERS, *Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards*, cit., pp. 499-508.

¹⁸⁶ Esistono diversi approcci teorici alla de-escalation: alcuni prendono le mosse dalla teoria della comunicazione, altri dall'analisi della situazione. Tutti, però, evidenziano la necessità di che l'operatore avvicini il paziente in maniera calma, lasciandogli la possibilità di scegliere, evitando dunque un approccio paternalistico.

¹⁸⁷ Si aggiunge, per fini di completezza della trattazione, che la fase del recupero è seguita da quella post-critica, contraddistinta dalla comparsa nel paziente di emozioni negative legate a sentimenti di colpa, vergogna o rimorso.

In generale, secondo quanto emerso dagli studi, nella pratica di de-escalation un ruolo fondamentale nella comunicazione degli stati emotivi è giocato dal linguaggio non verbale, parlato dal corpo, ovverosia dalla sua gestualità e dall'espressione del volto.¹⁸⁸

Le evidenze emerse dagli studi si schierano a favore della tesi che sostenuta da chi scrive: l'impiego della de-escalation contribuisce efficacemente ad evitare che lo stato iniziale di alterazione della baseline psico-emotiva del paziente si evolva in agiti aggressivi e pantoclastici¹⁸⁹. Lo stesso scopo è perseguito dalle cosiddette *positive words*: al passaggio di consegne, il personale, nel fornire ai colleghi del turno successivo le informazioni su quanto di eccezionale è accaduto durante il turno, ciò che devono fare e quali rischi corrono, deve impegnarsi a spendere delle buone parole su ciascun paziente.¹⁹⁰ Nel caso uno o più pazienti abbiano posto in essere un comportamento particolarmente difficile, il personale si impegna a fornirne le potenziali spiegazioni psicologiche.¹⁹¹ Più in generale, il personale ha il dovere di approfondire la conoscenza reciproca con il paziente, individuare gli argomenti di conversazione e facilitare l'instaurazione della relazione.¹⁹² La reciproca conoscenza, infatti, contribuisce a migliorare le capacità di *coping* del paziente e il suo comportamento, poiché lo fa sentire più a suo agio e lo rassicura durante il ricovero.¹⁹³ Un contributo decisivo può essere recato, inoltre, dall'aiuto e dall'assistenza reciproca che i pazienti possono dare l'un l'altro (*mutual help meeting*). Il paziente quando dà un contributo socialmente significativo, acquista un ruolo decisivo che lo aiuta ad aumentare la propria autostima. Tale contributo risulta ancor più prezioso, se si riflette sul dato che attesta come circa la metà degli agiti violenti del paziente nasca dall'interazione tra pazienti.

Dalla complessità e vastità degli interventi descritti, si ricava che le competenze e le attitudini del personale giocano un ruolo fondamentale nella

¹⁸⁸ *Ibidem*. Per un approfondimento a questo riguardo, BORGNA E., *Noi siamo un colloquio: gli orizzonti della conoscenza e della cura in psichiatria*, Milano, Feltrinelli, 1999.

¹⁸⁹ M. LAVELLE, D. STEWART, K. JAMES, M. RICHARDSON, L. RENWICK, G. BRENNAN, L. BOWERS, *Predictors of effective de-escalation in acute inpatient psychiatric settings*, in *J. Clin. Nurs.*, 2016, 25(15-16), pp. 2180-8.

¹⁹⁰ L. BOWERS, *Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards*, cit.

¹⁹¹ *Ibidem*.

¹⁹² *Ibidem*.

¹⁹³ *Ibidem*.

prevenzione dell'escalation aggressiva dei pazienti e nel ricorso a strumenti alternativi alla coercizione. Su tale assunto si sono basate le *training strategies*¹⁹⁴. Gli studi, infatti, hanno dimostrato che la formazione è la strategia più efficace per produrre un cambiamento nell'approccio del personale sanitario e abolire il ricorso alla contenzione, preservando allo stesso tempo la sicurezza dello staff e di tutti i pazienti¹⁹⁵.

Alcuni dei comportamenti oppositivi posti in essere da parte dei pazienti sono dovuti alla sua incapacità di comprendere quali aspettative il personale nutra nei suoi confronti e viceversa.¹⁹⁶ Il personale spesso non è chiaro nel fornire delle indicazioni e, talvolta, a tal riguardo non v'è coerenza tra il personale di reparto. Questa ambiguità o mancanza di chiarezza è particolarmente problematica per i pazienti con difficoltà cognitive che, distratti dal pensiero psicotico e da preoccupazioni, hanno difficoltà a concentrarsi e a interpretare le comunicazioni verbali e non verbali degli altri. La difficoltà relazionale è aggravata dagli stati emotivi estremi che alterano la percezione e l'interpretazione che il paziente ha di ciò che sta accadendo intorno a sé, e dei soggetti che lo circondano, in particolare di quelli che ricoprono posizioni di autorità.¹⁹⁷ Chiarire questi rapporti consente al personale di essere coerente, e ai pazienti di avere chiari i loro obblighi e quelli del personale. Migliorare la comunicazione aiuta i pazienti ad abbassare il livello di stress e frustrazione e ridurre i sintomi dell'ansia¹⁹⁸. Al riguardo, particolare importanza riveste altresì la formazione del “decisione maker”, in Italia il medico, poiché è lui a promuovere il cambiamento attitudinale nella gestione del rapporto con il paziente.¹⁹⁹

¹⁹⁴A questo proposito: D.J. HELLERSTEIN, A.B. STAUB, E. LEQUESNE, *Decreasing the use of restraint and seclusion among psychiatric inpatients*, cit., pp. 308 ss; B. D'ORIO, D. PURSELLE, D. STEVENS, S. GARLOW, *Reduction of episodes of seclusion and restraint in a psychiatric emergency service*, in *Psychiatr. Serv.*, 2004, 55, pp. 581-583; D. C. DONAT, *An analysis of successful efforts to reduce use of seclusion and restraint at a public psychiatric hospital*, in *Psychiatr. Serv.*, 2003, 54, pp. 1119-1123.

¹⁹⁵L. BOWERS, *Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards*, cit.

¹⁹⁶*Ibidem.*

¹⁹⁷*Ibidem.*

¹⁹⁸Questa strategia, sviluppata da L. Bowers all'interno del suo Safewards model, prende il nome di clear mutual expectation. L. BOWERS, *Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards*, cit.

¹⁹⁹Il ruolo del medico non deve però essere sopravvalutato, poiché, in primo luogo, spetta alle istituzioni impegnarsi allo scopo di promuovere un rinnovamento della cultura psichiatrica, in

Mentre la maggior parte dei programmi di ricerca si è concentrata sulla formazione dello staff, un'altra, seppur minore, ha riguardato gli utenti; un esempio in tal senso è rappresentato dagli specifici programmi di gestione della rabbia rivolti al paziente²⁰⁰. Insieme allo staff, e talvolta ai familiari, i pazienti sono stati protagonisti di *debriefing*, realizzati a seguito dell'intervento contenitivo, allo scopo di analizzare la situazione che ha condotto ad esso e ragionare su quali strategie possano essere poste in essere per prevenirlo in futuro²⁰¹. Un tecnica particolare, risultata particolarmente efficace con i pazienti di minore età, è quella della meditazione: uno degli studi più recenti ha dimostrato che per i pazienti ricoverati nei reparti psichiatrici che frequentano un corso di meditazione si riduce in maniera significativa la probabilità di subire degli interventi contenitivi, fisici o meccanici.²⁰² La scelta di coinvolgere i pazienti e i loro familiari si è rivelata molto efficace, avendo aperto la strada ad interventi collaborativi utile a sviluppare strategie congiunte di gestione della crisi più efficienti²⁰³. Nello specifico, la partecipazione delle famiglie ha guidato il personale nella disamina del ciclo dell'aggressività, dei precursori della crisi vera e propria e degli effetti che essa provoca²⁰⁴.

Quanto all'ambiente terapeutico, numerosi sono i cambiamenti proposti allo scopo di modificare il modo del personale di interagire con i pazienti: i cambiamenti si basano talvolta su un approccio di tipo formale²⁰⁵, talaltra di tipo cognitivo- comportamentale²⁰⁶. Un esempio di approccio cognitivo-

grado di abolire il ricorso alla contenzione B. D'ORIO, D. PURSELLE, D. STEVENS, S. GARLOW, *Reduction of episodes of seclusion and restraint in a psychiatric emergency service*, cit., pp. 581-583.

²⁰⁰ A questo proposito, si veda: H. VISALLI, G. McNASSER, *Reducing Seclusion and Restraint: Meeting the Organizational Challenge*, in *Journal of Nursing Care Quality*, 2000, 14(4), pp. 35-44.

²⁰¹ J.A. JONIKAS, J.A. COOK, C. ROSEN, A. LARIS, J. KIM, *Brief reports: a program to reduce use of physical restraint in psychiatric inpatient facilities*, in *Psychiatr. Serv.*, 2004, 55, pp. 818-820.

²⁰² J.C. FELVER, R.A. JONES, M. KILLAM, C. KRYGER, K. RACE, L.M. McINTYRE, *Contemplative Intervention Reduces Physical Interventions for Children*, in *Residential Psychiatric Treatment, Prevention Science*, 2017, 18, 2, pp 164-173.

²⁰³ *Ibidem.*

²⁰⁴ *Ibidem.*

²⁰⁵ Si rimanda a: J.A. JONIKAS, J.A. COOK, C. ROSEN, A. LARIS, J. KIM, *Brief reports: a program to reduce use of physical restraint in psychiatric inpatient facilities*, cit., pp. 818-820.

²⁰⁶ F. VELTRO, I. FALLOON, N. VENDITELLI, I. ORICCHIO, A. SCINTO, A. GIGANTESCO, P. MOROSINI, *Effectiveness of cognitive-behavioural therapy for inpatients*, in *Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health*, 2006, 2, p. 16; J. S. HOCH, R. L. O'REILLY, J.

comportamentale, rivelatosi molto efficace²⁰⁷, è rappresentato dal "problem solving collaborativo", impiegato in modo particolare per lavorare con i bambini e gli adolescenti aggressivi. Il modello assume il comportamento aggressivo come il sottoprodotto di abilità cognitive in ritardo di sviluppo negli ambiti della flessibilità, tolleranza alla frustrazione, e di soluzione dei problemi. L'obiettivo è quello di formare il personale per valutare le capacità cognitive specifiche che causano i comportamenti aggressivi e per insegnare ai bambini nuove competenze attraverso la collaborazione²⁰⁸.

I risultati emersi dagli studi danno ragione alla tesi che in questa sede si vuole dimostrare: esistono metodi alternativi alla contenzione che sono idonei a prevenire l'agito aggressivo del paziente e il ricorso alla contenzione, che contribuisce ad alimentare tale aggressività²⁰⁹. In poco tempo, invero, l'impiego delle strategie di contenimento ha portato una riduzione del ricorso alla contenzione pari a circa il 25 %.²¹⁰ Che la contenzione possa essere evitata, lo dimostrano altresì i servizi *no-restraint* e *open door*.²¹¹ Lo studio Spt, condotto su sessantuno servizi psichiatrici di dodici regioni, ha rilevato che alcuni di essi hanno bandito la contenzione e che a tale scelta non è seguito un uso più

CARSCADDEN, *Relationship management therapy for patients with borderline personality disorder*, in *Psychiatr. Serv.*, 2006, 57, pp. 179-181. Un esempio di approccio cognitivo-comportamentale è il debriefing post-traumatico: esso consiste in un primo aiuto rivolto alla persona che ha subito un trauma: è un colloquio strutturato con una persona formata, che favorisce la mobilitazione delle notevoli capacità di superamento del vissuto traumatico di un individuo al fine di sviluppare le capacità per gestire eventi simili in futuro. Per un approfondimento in materia: Beverley, R. BEVERLY, J. WILSON, *Psychological debriefing: Theory, Practice and Evidence*, Cambridge University Press, 2000.

²⁰⁷ W.R. GREENE, J. ABLON, A. MARTIN, *Use of collaborative problem solving to reduce seclusion and restraint in child and adolescent inpatient units*, cit., pp. 610– 612.

²⁰⁸ *Ibidem*.

²⁰⁹ L. BOWERS, *Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial*, cit., pp. 1412-1422. Al riguardo, per l'Italia, si veda anche BENEVELLI L., *La pratica delle contenzioni e dell'isolamento negli ospedali psichiatrici e nei servizi di salute mentale: aspetti deontologici, questioni di bioetica e una proposta di ricerca*, *Il reo e il folle – Obiettivo della psicopatologia penitenziaria e trasgressiva*, 14, 2000, 155-180; DAVI M., *Valutazione dell'impatto del modello "porte aperte" nei servizi psichiatrici diagnosi e cura. L'esperienza del servizio psichiatrico di Trento*, *Infermiere Oggi*, 2013, 23(2), pp. 12–19.

²¹⁰ *Ibidem*.

²¹¹ Per la classificazione degli SPDC no-restraint, si veda DAVI M., *Classificazione SPDC aperti No Restraint*. Ricerca, (dicembre 2008)

http://www.newsforumsalutementale.it/public/CLASSIFICAZIONE_SPDC_APERTI_inf.Maurizio_Davi_Trento_dicembre_2008.pdf

massiccio di psicofarmaci.²¹² Altri studi hanno testimoniato come sia altresì possibile che un Servizio, che ha da sempre praticato la contenzione, possa aderire al gruppo di SPDC che la rifiutano per principio.²¹³

Le evidenze emerse dalla ricerca scientifica, tuttavia, non devono essere fine a se stesse, bensì devono servire a guidare le scelte politiche del Legislatore: indicazioni in tal senso sono state fornite dalla Corte Costituzionale, la quale ha affermato che: «un intervento sul merito delle scelte terapeutiche in relazione alla loro appropriatezza non potrebbe nascere da valutazioni di pura discrezionalità politica dello stesso legislatore, bensì dovrebbe prevedere l'elaborazione di indirizzi fondati sulla verifica dello stato delle conoscenze scientifiche e delle evidenze sperimentali acquisite, tramite istituzioni e organismi, – di norma nazionali o sovranazionali (...); o comunque dovrebbe costituire il risultato di una siffatta verifica».²¹⁴

Pertanto, la scelta di quali tecniche adoperare in psichiatria, come in ogni altro settore della medicina, deve essere operata tenendo conto dello stato delle conoscenze scientifiche e delle evidenze sperimentali acquisite, tramite le istituzioni e gli organismi a ciò deputati.²¹⁵ È su di esse che deve trovare fondamento la possibilità per il legislatore di intervenire ad indicare quali pratiche sanitarie sono ammesse e quali sono vietate, poiché in palese contrasto con diritti fondamentali dell'individuo.²¹⁶

2.3 Raccomandazioni e linee guida sulla contenzione in psichiatria

²¹² A. TERZIAN, G. TOGNONI, *Indagine sui Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura*, in Riv. Sper. Fren., 2003, 2, p. 7 ss.

²¹³ Ne è un esempio il SPDC di Mantova che ha praticato la contenzione meccanica fino al 1990 e, poi, è entrata a far parte del gruppo di SPDC che rifiutano la contenzione e operano a porte aperte. L. ATTENASIO, G. GABRIELE, *Il valore etico del cambiamento*, in Fogli di informazione, 2004, 203, pp. 5 ss; L. BENEVELLI, *L'SPDC di Mantova. Qualità e accreditamento*, in Fogli di informazione, 2004, 203, p. 35 ss.

²¹⁴ Corte Costituzionale, sentenza n. 282 del 2002 in Giur. Cost., 2002, p. 2012 ss.

²¹⁵ Corte Costituzionale n. 185 del 1998, in Giur. Cost., 1998, p. 1510 ss.

²¹⁶ *Ibidem*.

Come si è avuto modo di vedere, la contenzione è un pratica diffusa in ambito psichiatrico, anche se non in maniera omogenea: invero, differenze importanti, sebbene non fondate su alcuna ragione epidemiologica, emergono tra le diverse regioni italiane e, altresì, tra un servizio e l'altro della medesima regione.²¹⁷

L'European Committee for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment (CPT)²¹⁸ ha condotto numerose visite ispettive alle istituzioni psichiatriche nazionali e, in quelle occasioni, ha raccolto informazioni sul trattamento coattivo delle persone affette da disturbi mentali.²¹⁹ In seguito, sulla base di tali informazioni, il comitato ha individuato i criteri da rispettare al fine di garantire i diritti dei malati mentali.²²⁰

A fronte dei rilievi operati dal CPT, la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome ha emanato delle Raccomandazioni, finalizzate a promuovere l'attivazione delle regioni allo scopo di limitare, fino ad escluderlo in modo stabile e sicuro, il ricorso alla contenzione nei servizi di salute mentale.²²¹

Oltre a queste raccomandazioni, diverse Regioni italiane si sono dotate di indicazioni in materia di contenzione:

- la Toscana nel piano sanitario ha proibito l'uso della contenzione fisica e ha disposto il monitoraggio delle prescrizioni psicofarmacologiche, suscettibili di essere considerate come contenzione chimica;
- il Piemonte nel suo piano sanitario ha evidenziato la necessità di eliminare la contenzione fisica;
- la Regione Puglia ha finanziato un Progetto finalizzato a garantire il miglioramento della qualità dell'assistenza nei SPDC e, in particolare, ad evitare le contenzioni;

²¹⁷ Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, 10/081/CR07/C7, *Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione*.

²¹⁸ Organismo istituito a norma dell'art. 1 della Convenzione europea per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti. .

²¹⁹ G. NIVEAU, *Preventing human rights abuses in psychiatric establishments: the work of the CPT*, in *European Psychiatry*, 19, 2004, p. 146 ss.

²²⁰ Detti criteri sono stati riassunti nei cd. Standards, che si possono consultare all'indirizzo: <http://www.cpt.coe.int/en/docsstandards.htm>.

²²¹ Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, 10/081/CR07/C7, *Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione*.

- la Direzione generale sanità e politiche sociali dell'Emilia-Romagna è intervenuta allo scopo di monitorare e ridurre il più possibile il ricorso alla contenzione;

- parimenti la Sardegna ha dato direttive ai dipartimenti di salute mentale per abbattere i fattori di rischio per l'aggravamento dei disturbi mentali, il ricorso al TSO e alla contenzione;

- la Lombardia ha fissato l'obbligo per tutti i dipartimenti di salute mentale di redigere un protocollo scritto per regolare la procedura della contenzione meccanica;

- nel Lazio, il Dipartimento Sociale della Regione ha attivato un programma per la prevenzione delle contenzioni fisiche nelle emergenze psichiatriche.²²²

Anche la Società Italiana di Psichiatria, l'IPASVI (Federazione Nazionale Collegi Infermieri), e così numerosi altri istituti di cura e assistenza psichiatrica, hanno prodotto raccomandazioni in tema di contenzione.²²³

Va comunque sottolineato come le raccomandazioni citate non siano il frutto di quel processo sistematico di ricerca, analisi e sintesi delle evidenze disponibili che caratterizza la produzione di linee guida di pratica clinica (alle quali d'ora in avanti si farà semplicemente riferimento come linee guida) e pertanto non possano essere assimilabili alle stesse.

Le linee guida sono comparse per la prima volta intorno agli anni settanta negli Stati Uniti, quali frutto di un processo di formalizzazione e procedimentalizzazione delle buone pratiche cliniche.²²⁴ Secondo la storica definizione dell'Institute of Medicine, esse consistono in «raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni scientifiche, al fine di aiutare medici e pazienti a

²²² *Ibidem.*

²²³ Si vedano a titolo di esempio: Società Italiana di Psichiatria, *Raccomandazioni inerenti la contenzione fisica*, in Quad. it. psic., 2012, 31, pp. 42 ss; E. ZANNETTI, A. CASTALDO, P. GOBBI, Superare la contenzione: si può fare, I Quaderni de l'infermieri, luglio 2009, n. 25 (interno numero di "i Quaderni" che l'IPASVI ha dedicato all'uso della contenzione in psichiatria).

²²⁴ Si veda: INSTITUTE OF MEDICINE, *Guidelines for clinical practice: from development to use*, Washington D.C., National Academy Press, 1992.

decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche»²²⁵.

Le linee guida sono frutto di una rivoluzione epocale in ambito sanitario che va sotto il nome di Evidence Based Medicine.²²⁶ Questa è stata definita come un processo di associazione alla propria cultura e alla propria competenza (della capacità) di una ricerca di tipo sistematico che consenta di acquisire, valutare criticamente e utilizzare dati scientifici idonei a risolvere quesiti specifici emergenti dall'osservazione dei pazienti». ²²⁷ Riconosciuta «l'insufficienza dell'intuizione, dell'esperienza clinica non sistematica e del ragionamento di tipo fisiopatologico, la medicina basata sulle evidenze scientifiche esalta il processo di valutazione critica dei risultati prodotti dalla ricerca clinica e pubblicati nella letteratura internazionale.²²⁸ La formalizzazione del sapere medico, tuttavia, sconta alcune problematiche, che attengono alla costruzione delle ricerche cliniche, nonché alla validazione e alla divulgazione dei loro risultati.²²⁹ Invero, il primo importante vulnus riguarda l'autorevolezza delle pubblicazioni scientifiche sulle riviste di settore, spesso dubbia e non meritevole di governare i processi decisionali dei clinici.²³⁰

In Italia, le linee guida possono essere impiegate nella realizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici.²³¹ Sebbene spesso tale distinzione ontologica sia ignorata

²²⁵ M. J. FIELD, K. N. LOHR, *Guidelines for clinical practice: from development to use, washington, institute of medicine*, National Academy Press, 1992, p. 35.

²²⁶ V. FINESCHI, P. FRATI, *Linee-guida: a double edged sword. Riflessioni medico-legali sulle esperienze statunitensi*, in Riv. It. Med. Leg., 4-5, 1998, p. 665.

²²⁷ Commissione linee-guida. F.I.S.M.. Raccomandazioni per la partecipazione delle Società Medico-Scientifiche alla produzione, disseminazione e valutazione di linee-guida di comportamento pratico. QA 7, 77, 1996.

²²⁸ M. CAPUTO, “*Filo d’Arianna*” o “*Flauto magico*”? *Linee guida e checklist nel sistema della responsabilità per colpa medica*, in Diritto Penale Contemporaneo, 16 luglio 2012.

²²⁹ V. FINESCHI, P. FRATI, *Linee guida: a double edges word. Riflessioni medico-legali sulle esperienze statunitensi*, cit., p. 667.

²³⁰ M. Caputo, cit. Caputo, nel contributo appena citato pone in evidenza le principali criticità: “il processo di revisione della qualità degli articoli (peer reviewing) che le maggiori riviste pongono a filtro e garanzia della qualità degli studi pubblicati non può essere considerato del tutto efficace; le conoscenze relative alla conduzione di disegni sperimentali in ambito clinico sono meno diffuse di quanto si possa pensare; gli studi clinici pubblicati non vengono descritti in maniera sufficientemente chiara e completa; l’alto numero di riviste biomediche fa sì che un lavoro rifiutato da una o più riviste sia comunque alla fine pubblicato, contribuendo ad abbassare la qualità media degli articoli; capitano, infine, smentite a posteriori che gettano in stato confusionale gli operatori.”

²³¹ A questo proposito si veda: A. DE TURA, *La rilevanza delle linee guida e dei percorsi diagnostico-terapeutici*, in AA.VV., *La responsabilità professionale in ambito sanitario*, a cura di R. BALDUZZI, Bologna, 2010, p. 247 ss.

dai giuristi, è bene precisare in tal sede che i protocolli differiscono dalle linee guida²³². Invero, entrambi possono essere definiti come «regole comportamentali basate su dati desunti della letteratura e delle fonti bibliografiche, in grado di agire sulla condotta dell'operatore sanitario e sul sistema organizzativo in generale; ma, mentre i protocolli assumono valore preciso e vincolante, le linee guida rappresentano meri consigli operativi».²³³ In particolare, per protocollo si intende uno schema predefinito di comportamento clinico da seguire in determinate situazioni o, meglio, un regolamento comportamentale predefinito e rigido, che impone il rispetto tassativo.²³⁴ Esso assume valore cogente qualora sia definito mediante “decreto normativo”, esterno o interno, o approvato con legge dello Stato.²³⁵ Se definito e/o validato dagli organi di gestione dell'ospedale, dalla Direzione Sanitaria, da un comitato tecnico o un organo intraospedaliero formalmente riconosciuto dall'Amministrazione, il protocollo ha il significato di “atto normativo interno” o di “regolamento di servizio” acquisendo “potere di indirizzo” con valore vincolante per gli operatori afferenti alla struttura che lo ha adottato.²³⁶ I responsabili della sua adozione rispondono della scelta più opportuna rispetto alle migliori conoscenze scientifiche disponibili al momento della definizione del protocollo, sull'aggiornamento dello stesso, nonché sulla verifica della sua osservanza da parte del personale dipendente.²³⁷

Stante, come sopra esposto, l'importanza assunta dalle linee guida nella realizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici, il Legislatore si è attribuito la possibilità di adottare, insieme al Piano sanitario nazionale e ai piani di settore nazionali, «norme, linee-guida e prescrizioni tecniche di natura igienico-sanitaria».²³⁸ Al Ministero della Salute, invece, sono stati attribuiti compiti di

²³² T. CAMPANA, *La correlazione tra inosservanza e/o applicazione delle “linee guida” e responsabilità penale del medico*, in Cass. pen., 2012, p. 547 e L. MARINUCCI, E. DOLCINI, *Manuale di diritto penale. Parte generale*, 4ª ed., Milano, 2013, p. 320.

²³³ GIUNTA, voce “medico”, cit., p. 881; C. BUCCELLI, I. ABIGNENTE, M. NIOLA, M. PATERNOSTER, V. GRAZIANO, P. DI LORENZO, *La rilevanza delle linee guida nella determinazione della responsabilità medica. Le novità introdotte dalla cd. Legge Balduzzi, le problematiche conesse, i tentativi di risoluzione*, in Riv. Ita. Med. Leg., 2, 2016, p. 663; G. MARINUCCI, E. DOLCINI, *Manuale di diritto penale*, cit., p. 320.

²³⁴ G. FEDERSPIL, C. SCANDELLARI, *Le linee guida nella pratica clinica: significato e limiti*, in *Professione, Sanità pubblica e medicina pratica*, 1996, 4, p. 6.

²³⁵ T. FEOLA, *Linee guida e responsabilità professionale*, in *Min. Med. Leg.*, 2004, pp. 1 ss.

²³⁶ *Ibidem*.

²³⁷ *Ibidem*.

²³⁸ Art. 115, comma 1, lettere a), b), d), f) d. lgs. 31 marzo 1998, n. 112.

indirizzo generale e di coordinamento in materia di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle malattie, nonché di adozione di norme, linee guida e prescrizioni tecniche di natura igienico-sanitaria.²³⁹ Nel descritto panorama normativo, si colloca il Programma Nazionale per le Linee Guida (PNLG) avviato nel 1998 con il coordinamento dell’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGE.N.AS.) e l’Istituto Superiore di Sanità (ISS). Il mandato del PNLG consisteva nell’elaborazione, diffusione e implementazione di una pluralità di linee guida, volte a realizzare i seguenti obiettivi: produrre informazioni utili a indirizzare le decisioni degli operatori verso una maggiore efficacia e appropriatezza, oltre che verso una maggiore efficienza nell’uso delle risorse; renderle facilmente accessibili; seguirne l’adozione esaminando le condizioni ottimali per la loro introduzione nella pratica; valutarne l’impatto, organizzativo e di risultato.²⁴⁰

La questione è stata affrontata altresì in ambito clinico, attraverso l’istituzione del Sistema Nazionale per le Linee Guida (SNLG), un organismo competente a produrre, aggiornare e diffondere le raccomandazioni *evidence-based*²⁴¹.²⁴² Le linee guida da esso prodotte si basano su requisiti metodologici essenziali: multidisciplinarietà, revisioni sistematiche della letteratura, graduazione delle raccomandazioni.²⁴³ Il SNLG indica, inoltre, quali sono gli elementi che devono essere osservati al fine di valutare l’applicabilità delle linee guida: la presenza di trattamenti alternativi e dei loro effetti, il grado di flessibilità e adattabilità alle mutevoli condizioni locali, individuazione di possibili indicatori di monitoraggio utili a valutarne l’effettiva applicazione, la previsione di aggiornamento cadenzato con regolarità, la loro redazione in un linguaggio comprensibile con indicazione

²³⁹ Art. 47 ter del d. lgs. 30 luglio 1999, n. 300, che prevedeva tali funzioni in capo al Ministero della Salute, poi trasferite, ai sensi dell’art. 1, comma 6, del d.l. 16 maggio 2008, n. 85, convertito con modificazioni dalla l. 14 luglio 2008, n. 121, al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali e ora, nuovamente, al Ministero della Salute ai sensi dell’art. 1 l. 13 novembre 2009, n. 172.

²⁴⁰

²⁴¹ Con tale espressione si indica il nucleo di idee secondo le quali le decisioni del sanitario dovrebbero essere il risultato dell’integrazione dell’esperienza del medico con l’utilizzo ponderato e giudizioso delle migliori evidenze scientifiche disponibili. D. L. SACKETT, W. M. ROSEMBERG, J. A. GRAY, Evidence-based medicine. What is and what it is not, in *BMJ* 1996, 312, pp. 71-72.

²⁴² Il Sistema Nazionale per le Linee Guida è stato istituito tramite il D.M. del 30 giugno 2004.

²⁴³ C. PEZZIMENTI, *La responsabilità penale del medico tra linee guida e colpa “non lieve”*: un’analisi critica, in *Rivista Italiana di Diritto e Procedura Penale*, 1, 2015, p. 311.

inequivoca dei punti fondamentali e delle aree di incertezza, l'indicazione delle fasi principali per la loro realizzazione.²⁴⁴

Esistono inoltre sistemi di valutazione della qualità delle linee guida, tra i quali assume particolare rilievo il sistema Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE), riconosciuto dalla comunità scientifica internazionale e attualmente consultabile on-line.²⁴⁵

La consultazione del SNLG non ha prodotto risultati di interesse, mentre quella della più importante banca dati mondiale di linee guida, la National Guideline Clearinghouse (www.guideline.gov), ha portato a individuare due linee guida che trattano il tema della contenzione.

Le prime sono state prodotte dal National Institute for Health and Care Excellence, polo di eccellenza che fa capo al Ministero della Salute Inglese e che si occupa dell'analisi della letteratura in campo medico e tecnologico biomedico.²⁴⁶ Dette linee guida, intitolate “Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings”, pubblicate nel maggio 2015, definiscono una serie di strategie volte a ridurre il ricorso ai metodi che limitano la libertà di movimento del paziente²⁴⁷, i quali possono essere utilizzati solo quando la tecnica della de-escalation o le altre strategie descritte abbiano fallito e sia in pericolo la salute del paziente o di terzi.²⁴⁸ Tuttavia, le linee guida stabiliscono che, quand'anche si verificasse tale ipotesi, il personale, durante l'intervento restrittivo, dovrebbe persistere nel tentativo di intervenire con la tecnica della de-escalation e, comunque, garantire la sicurezza e la dignità del paziente, in conformità allo Human Rights Act e alla Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo.

Le seconde linee guida trovate sono quelle prodotte dalla Registered Nurses' Association of Ontario e intitolate “Promoting safety: alternative approaches to

²⁴⁴ F. GIUNTA, *Protocolli medici e colpa penale secondo il “Decreto Balduzzi”*, in Rivista Italiana di Medicina Legale, 2013, p. 820 ss.

²⁴⁵ G. FEDERSPIL, C. SCANDELLARI, *Le linee guida nella pratica clinica: significato e limiti*, cit., 6. Il sistema può essere consultato all'indirizzo: www.agreetrust.org.

²⁴⁶ Tutte le linee guida NICE sono disponibili sul sito web NICE a www.nice.org.uk, comprese quelle relative alla contenzione.

²⁴⁷ Sono considerati tali: l'osservazione, l'isolamento, la contenzione fisica e meccanica e la sedazione intramuscolare obbligatoria. National Institute for Health and Care Excellence, *Violence and aggressive: short-term management in mental health, health and community setting*, cit.

²⁴⁸ *Ibidem*.

the use of restraints”²⁴⁹. L’obiettivo di tali linee guida è quello di assistere gli infermieri a considerare “evidence-based best practices” nel contesto della relazione con il paziente e sulle strategie per la valutazione, la prevenzione e l’uso di pratiche alternative per prevenire l’uso della contenzione fisica, nella direzione di una assistenza *restraint-free* nei diversi contesti di cura. In particolare, la linea guida vuole fornire supporto agli infermieri che stanno considerando l’uso della contenzione «as a last resort, for the shortest duration of time when prevention, de-escalation and crisis management strategies have failed to keep the individual and/or others safe». In tal senso, la prospettiva delle linee guida è quella di adottare «a paradigm shift towards a restraint-free culture that focuses on alternatives to restraint, rather than just minimizing restraints».

Va a questo punto rilevato come, mentre esistono numerose evidenze sull’efficacia di metodi alternativi alla contenzione e sui danni associati alla stessa, non esistono evidenze che dimostrino l’efficacia della contenzione.

Uno strumento utile a comprendere quali sono i traguardi raggiunti dalla ricerca in un determinato settore è la revisione della letteratura. Una garanzia di affidabilità in materia è offerta da Cochrane, un’organizzazione internazionale il cui scopo è quello di garantire la corretta informazione in ambito sanitario. Il suo contributo principale consiste nelle Cochrane Review, revisioni della letteratura operate da circa cinquanta gruppi di ricerca internazionali, che rappresentano oggi un punto fondamentale per l’intera comunità scientifica.²⁵⁰

La letteratura in materia di contenzione in ambito psichiatrico è stata oggetto di un’importante revisione Cochrane.²⁵¹ Quest’ultima, realizzata nel 1999, è stata aggiornata ad ultimo nel 2012 con l’aggiunta delle ultime pubblicazioni. Essa ha ad oggetto gli studi controllati randomizzati sull’uso della contenzione e dell’isolamento, nonché le strategie individuate allo scopo di ridurre l’impiego. Il suo obiettivo è quello di misurare gli effetti prodotti dall’impiego della contenzione e dell’isolamento sui pazienti psichiatrici acuti e di confrontarli con

²⁴⁹ Tali linee guida sono reperibili alla pagina http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Promoting_Safety_-_Alternative_Approaches_to_the_Use_of_Restraints_0.pdf

²⁵⁰ Tutte le informazioni e le revisioni possono essere consultate all’indirizzo: <http://www.cochrane.it/it>.

²⁵¹ E. SAILAS, M. FENTON, *Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses*, Cochrane Library, 2000.

quelli prodotti da metodi alternativi non restrittivi.²⁵² La ricerca della letteratura, propedeutica alla revisione, ha prodotto 2155 citazioni, di cui soltanto 35 rilevanti. Tuttavia, poiché nessuno di questi studi presentava i criteri minimi di inclusione, non è stato possibile ottenere alcun dato significativo.²⁵³ A fronte di tale esito, gli autori hanno concluso che, non esistendo alcuno studio controllato che valuti l'impiego della contenzione sui pazienti psichiatrici acuti, risulta necessario sviluppare strategie alternative alla contenzione.

²⁵² *Ibidem.*

²⁵³ *Ibidem.*

Capitolo III

Le ragioni della illiceità della contenzione

Il capitolo che segue sarà dedicato all'analisi dell'illiceità penale della contenzione.²⁵⁴ Anzitutto verranno analizzate le fattispecie tipiche di reato che l'uso della contenzione può integrare e, in seguito, si discuterà della configurabilità delle cause di giustificazione. Un ultimo approfondimento, infine, verrà dedicato alla posizione di protezione di garanzia del medico psichiatra, che si declina nella sola posizione di protezione e non anche in quella di controllo.

3. Le ragioni della inaccettabilità della contenzione

La 180/78, se da una parte ha avuto il merito di sovvertire il sistema della cura e dell'assistenza psichiatrica, superando l'approccio *custodialista* e istituendo un rapporto di cura partitativo²⁵⁵, dall'altra ha avuto il difetto di tacere in merito all'impiego delle pratiche contenitive, lasciando spazio alla formazione di orientamenti contrastanti in merito alla loro liceità.²⁵⁶ Nello specifico, uno degli effetti è stato la tendenza sempre più diffusa in dottrina, e ormai in circolazione tra gli operatori sanitari, di considerare la contenzione non illecita, a fronte della inesistenza di una legge che la vieti espressamente²⁵⁷. Detta tendenza deve essere considerata errata²⁵⁸, poiché tipica di un approccio settoriale, che tende a parcellizzare il diritto e si sgancia dai valori e dai principi generali dell'ordinamento; inoltre, l'assenza, nella legislazione vigente, di ogni riferimento

²⁵⁴ Un breve cenno sarà dedicato all'esposizione delle questioni che l'impiego della contenzione, specialmente quella meccanica, solleva sotto il profilo costituzionale.

²⁵⁵ R. ZANNOTTI, *La responsabilità penale dello psichiatra e dello psicologo*, in G. GIUSTI (a cura di), *Trattato di medicina legale e scienze affini*, Vol. V, II ed., Cedam, Padova, 2009, p. 385 ss.

²⁵⁶ Cfr. CNB, *La contenzione: profili bioetici*, cit., pp. 9-10.

²⁵⁷ A. SIRACUSANO (a cura di), *Manuale di psichiatria*, Il pensiero scientifico editore, Roma, 2010, p. 649.

²⁵⁸ G. DODARO, L. FERRARINI, *Contenzione meccanica in psichiatria. Introduzione a focus*, in *Riv. It. Med. Leg.*, 2013, 1, p. 169.

alla contenzione deve essere considerata come il frutto della consapevole scelta del Legislatore, non invece di una sua distrazione²⁵⁹. Sebbene, infatti, il concetto di contenzione non ricorra in alcuna delle fonti legislative, si possono incontrare nell'ordinamento delle norme ad essa implicitamente riconducibili, dalle quali è possibile dedurre la sua illiceità.

La principale fonte al riguardo è rappresentata dalla Costituzione italiana ed, in particolare, dalle norme dedicate alla tutela della libertà di movimento e del diritto alla salute²⁶⁰.

3.1 L'illegittimità della contenzione

Senza alcuna pretesa di completezza, in questo breve paragrafo, ci si limiterà a chiedere quali indicazioni offre la nostra Costituzione rispetto all'impiego della contenzione.

Prima di individuare le norme costituzionali che rilevano in tema di Costituzione, occorre premettere che la dottrina si divide tra chi ritiene che gli interventi di contenzione, non essendo atti sanitari, debbano essere disciplinati dall'art. 13 Cost. e, al contrario, chi riconduce la contenzione nel novero dei trattamenti sanitari coattivi e, pertanto, vada disciplinata dall'art. 32 Cost.²⁶¹

L'assunto da cui occorre partire, a prescindere dal modo in cui si sceglie di inquadrare la contenzione, è il seguente: «la contenzione non è giuridicamente legittima, in assenza di una norma di legge che la autorizzi espressamente e disciplini i presupposti per la sua applicazione. Ciò vale certamente per la contenzione meccanica; vale anche per quella manuale (fisica) e farmacologica»²⁶².

Infatti, l'art. 32 Cost., nel disciplinare i trattamenti sanitari obbligatori, stabilisce che essi devono essere previsti da una disposizione della legge, che

²⁵⁹ F. MAISTO, *Imputabilità e vulnerabilità*, Quaderni di SOUQ - Centro Studi Sofferenza Urbana, 2011, n. 4.

²⁶⁰ Artt. 2, 13 e 32 Cost.

²⁶¹ M. MASSA, *Diritti fondamentali e contenzione nelle emergenze psichiatriche*, in Riv. It. Med. Leg., 2013, n. 1, pp. 179-207.

²⁶² *Ibidem*.

« non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana ». Ciò significa che vige una riserva di legge relativa e, dunque, almeno i punti essenziali della disciplina devono essere previsti da leggi o atti aventi forza di legge.

È assoluta, invece, la riserva che l'art. 13, comma 2, Cost., richiede per la legittimazione di atti di detenzione, ispezione o perquisizione personale, e, più in generale, qualsiasi intervento di restrizione della libertà personale. La norma prevede altresì una riserva, detta di giurisdizione, in base alla quale solo l'autorità giudiziaria, con atto motivato, può autorizzare, qualora sussistano i presupposti, una limitazione della libertà personale. Stabilisce l'art. 13, comma 3, Cost. che: «In casi eccezionali di necessità e urgenza, indicati tassativamente dalla legge, l'autorità di pubblica sicurezza può adottare provvedimenti provvisori, che devono essere comunicati entro quarantotto ore all'autorità giudiziaria e, se questa non li convalida nelle successive quarantotto ore, si intendono revocati e restano privi di ogni effetto».

A fronte delle argomentazioni esposte nel capitolo precedente e, pertanto, appurato che la contenzione non può mai essere considerata allo stregua di atto sanitario, si deve sicuramente accogliere il primo l'orientamento che riconduce la pratica in questione sotto l'art. 13 Cost.

Se, come ampiamente dimostrato nel capitolo precedente, la contenzione non può essere considerata, in senso costituzionale, alla stregua di trattamento sanitario, essa ricade nella sfera di applicazione dell'art. 13 Cost., applicabile a qualsiasi uso della forza.

L'esecuzione della contenzione deve avvenire, pertanto, nel rispetto dell'art. 13, co. II, Cost.; la Corte Costituzionale afferma che quest'ultima norma « appronta una tutela che è centrale nel disegno costituzionale, avendo ad oggetto un diritto inviolabile, quello della libertà personale, rientrando tra i valori supremi, quale indefettibile nucleo essenziale dell'individuo, non diversamente dal contiguo e strettamente connesso diritto alla vita e all'integrità fisica, con il quale

concorre a costituire la matrice prima di ogni altro diritto, costituzionalmente protetto, della persona»²⁶³.

La laconicità normativa in tema di contenzione impedirebbe di legittimare la contenzione quandanche fosse riconosciuta ad essa la natura di atto sanitario. Infatti, l'art. 32 Cost., al pari dell'art. 13 Cost., sancisce una riserva di legge, seppur relativa, che, come si vedrà meglio in seguito, non risulta comunque soddisfatta.

3.2 Segue. L'illiceità della contenzione

Partendo dalla definizione di contenzione proposta nel capitolo II, ovvero di pratica volta alla limitazione della libertà di movimento del paziente, in ambito penale un dato normativo indiscutibile da cui prendere le mosse è il divieto, di portata generale, di limitare l'altrui libertà di movimento.²⁶⁴ Detto divieto è contenuto nell'art. 605 del codice penale, il quale prevede e punisce il sequestro di persona²⁶⁵. Tale fattispecie delittuosa è molto grave poiché interessa la fondamentale libertà personale, la quale secondo l'orientamento giurisprudenziale e dottrinale prevalente²⁶⁶, si identifica ed esaurisce nella libertà di movimento.²⁶⁷ Tuttavia, una parte minoritaria della dottrina e della giurisprudenza accoglie una nozione di libertà personale, adattabile a coloro che siano privi della capacità di movimento, orientata a quella desumibile dall'art. 13 Cost., consistente non già nella libertà di movimento nello spazio, bensì in una libertà da misure coercitive sul corpo, ovvero il diritto di ciascuno a non subire «interventi coattivi sul corpo

²⁶³ Corte cost., 9 luglio 1996, n. 238, in Giur. cost. 1996, pp. 2142 ss., con note di A. Nappi, Sull'esecuzione coattiva della perizia ematologica.

²⁶⁴ Secondo quanto afferma G. Dodaro: «Nessun giurista che si è occupato di contenzione ha mai messo in discussione tale concetto.» G. DODARO, *Contenzione meccanica in psichiatria. Introduzione a focus*, cit., p. 170.

²⁶⁵ G. DODARO, *Coercizione in psichiatria tra sicurezza dei luoghi di cura e diritti fondamentali del paziente*, in S. ROSSI (a cura di), *Il nodo della contenzione. Diritto, psichiatria e dignità della persona*, Edizioni AlphaBeta Verlag, 2015 p.43.

²⁶⁶ F. ANTOLISEI, *Manuale di diritto penale, Parte speciale, I*, Milano, 2002, p. 157; G. MARINI, *Delitti contro la persona*, Giappichelli, Torino, 1995, p. 267. ; Cass. 19 novembre 1982, in Riv. Pen., 1983, p. 1024.

²⁶⁷ T. PADOVANI, *Il sequestro di persona e l'identificazione della libertà tutelata*, Riv. It. Dir. Proc. Pen., 1985, p. 605.

che, di per sé e obiettivamente, sottraggono l'essere fisico alle relazioni spaziali»²⁶⁸.

La recente giurisprudenza, accogliendo tale orientamento, afferma che il bene giuridico tutelato dall'art. 605 c.p. non è costituito «soltanto della libertà fisica di movimento e di locomozione, ma della libertà da ogni coercizione dell'essere fisico. Ne deriva che il delitto sarebbe realizzabile anche in danno del demente o del paralitico, i quali, in quanto persone umane, devono vedere sempre e comunque garantita la libertà da misure coercitive sul corpo, indipendentemente dalla consapevolezza che possano avere o meno di tali misure. L'elemento materiale del sequestro di persona, infatti, consiste in uno stato di fatto – la privazione della libertà personale – che prescinde dalla consapevolezza che ne abbia il soggetto passivo».²⁶⁹

Il sequestro di persona è un reato causale puro, il che significa che non hanno rilievo le modalità esecutive della lesione, e che, dunque, a rilevare ai fini dell'integrazione è unicamente la privazione della libertà di movimento, comunque cagionata²⁷⁰. Quanto al profilo soggettivo, il sequestro è un delitto doloso, la cui integrazione, quindi, richiede la volontà consapevole di limitare l'altrui libertà personale.

Un'altra norma dalla quale può essere dedotta l'illiceità della contenzione è l'art. 610 c.p., il quale punisce il delitto di violenza privata, consistente nel costringere altri a fare, omettere o tollerare qualcosa, mediante l'uso di violenza o minacce. Il bene giuridico tutelato dalla norma consiste nella libertà di autodeterminazione del soggetto, ovvero sia la libertà di azione rispetto a costrizioni e limitazioni illegittimamente poste²⁷¹. Diversamente dal delitto di sequestro di persona, la violenza privata integra un reato a forma vincolata, in cui la limitazione della libertà di determinarsi e di agire del soggetto passivo deve

²⁶⁸ T. PADOVANI, *Il sequestro di persona e l'identificazione della libertà tutelata*, cit., p. 613.

²⁶⁹ Cass., sez. VI, 6 marzo 2014, n. 24358, in CED Cassazione penale 2014.

²⁷⁰ F. VIGANÒ, C. PIERGALLINI, M. VIZZARDI, A. VERRI, *I Delitti contro la persona. Libertà personale, sessuale e morale. Domicilio e segreti*, CEDAM, 2015, pp. 2 ss.

²⁷¹ G. FIANDACA, E. MUSCO, *Diritto penale, Parte speciale, volume II, tomo I, I delitti contro la persona*, Zanichelli, Bologna, 2013, cit., p. 210.

essere realizzata mediante una violenza personale, fisica o psichica²⁷². Quest'ultima può consistere in qualunque compressione della libertà di movimento della vittima e può essere realizzata in assenza di un contatto fisico tra quest'ultima e l'agente.²⁷³

La configurabilità del reato di violenza privata ai danni di un paziente psichiatrico pone, però, un interrogativo. Ci si chiede, infatti, se i destinatari di tale reato debbano essere capaci di percepire l'offesa ricevuta, capaci, dunque, di intendere e volere. A tal riguardo, si sono formati diversi orientamenti: secondo alcuni, qualora l'azione si realizzi con violenza, il reato si deve ritenere configurato anche quando il soggetto passivo sia privo della capacità naturale²⁷⁴. Altri, invece, ritengono che si debba operare una distinzione tra la violenza usata per omettere o tollerare qualcosa, ipotesi in cui non è necessaria alcuna capacità di intendere e di volere, da quella con cui lo si vuole costringere a fare qualcosa, la quale richiederebbe, invece, un minimo filtro intellettuale²⁷⁵.

Mentre il giudice di legittimità si astiene dall'affrontare la questione, la giurisprudenza di merito, sebbene risalente, ha accolto l'ultimo orientamento e, sulla base di esso, ha condannato il direttore di un ospedale psichiatrico per aver disposto, accettato e comunque non impedito l'uso di mezzi di contenzione, costringendo in tal modo i pazienti a subire la limitazione della libertà personale²⁷⁶.

La contenzione, quando ripetuta nel tempo, può integrare altresì il delitto di maltrattamenti di cui all'art. 572 c.p.²⁷⁷ Infatti, il bene giuridico che la norma mira a garantire consiste nell'interesse del soggetto debole, sottoposto alla supremazia

²⁷² F. VIGANÒ, C. PIERGALLINI, M. VIZZARDI, A. VERRI, *I Delitti contro la persona. Libertà personale, sessuale e morale. Domicilio e segreti*, cit., p. 10.

²⁷³ Può integrare il delitto di violenza privata l'operazione di chiudere un paziente psichiatrico all'interno di una stanza, privandolo della possibilità di muoversi liberamente all'interno di essa. D. PULITANÒ, *Diritto Penale: Parte speciale. Volume I. Tutela penale della persona*, II ed., 2014, p. 231.

²⁷⁴ G. MAZZI, Art. 610, *Violenza privata*, Lattanzi Giorgio, Lupo Ernesto, *Codice penale, Rassegna di giurisprudenza e di dottrina, volume X, I delitti contro la famiglia e la persona*, Libro II, artt. 556-623, p. 685; M. ZINCANI, *Libertà morale*, in F. GIUNTA (a cura di), *Diritto penale, Il sole 24 ore*, Milano, 2008, p. 626 ss. .

²⁷⁵ *Ibidem*.

²⁷⁶ Trib. Santa Maria Capua Vetere, 1978, in *Il Foro It.*, II, 1981, c. 169.

²⁷⁷ F. GIUNTA e altri, Cass. VI, 5 dicembre 2007 (12 febbraio 2008), n. 6581, imp. Lampreu e altri, est. Paoloni, in *Il diritto penale della medicina*, cit.

di un familiare o, più in generale, di un soggetto che è preposto alla sua cura²⁷⁸. Il delitto di maltrattamenti è un reato proprio, poiché richiede che l'agente sia legato al soggetto passivo da uno specifico rapporto, che nel caso della contenzione consiste nella relazione terapeutica²⁷⁹. Quanto alla condotta, il Legislatore si limita a riproporre nella disposizione il termine maltrattare, il quale ricomprende al suo interno un grande varietà di modi di agire, uniti da un indirizzo comune: provocare al soggetto passivo una continua situazione di sofferenza fisica o morale²⁸⁰. La Suprema Corte ha ritenuto che detta condotta fosse stata integrata dagli operatori di una casa protetta per pazienti psichiatriche che usavano sottoporre i suddetti a violenze di tipo fisico e a un trattamento farmacologico, che determinava il perpetuo intorpidimento delle loro capacità di svolgere «le più elementari attività di vita quotidiana»²⁸¹.

A fronte dell'analisi dei delitti di sequestro di persona, violenza privata e maltrattamenti, appare evidente come la contenzione, se attuata dal professionista sanitario, volontariamente e in maniera consapevole, allo scopo di privare il paziente della libertà di movimento, possa integrare, a seconda delle peculiarità mostrate, uno dei reati suddetti.²⁸² Ciò detto, al fine di dichiarare la responsabilità penale dell'operatore, non è sufficiente dimostrare l'integrazione dell'elemento soggettivo e oggettivo della fattispecie, ma occorre altresì escludere la sussistenza di possibili cause di giustificazione²⁸³. La contenzione, infatti, pur integrando un atto penalmente tipico, al ricorrere di una causa di giustificazione potrebbe perdere il carattere di anti giuridicità e divenire, conseguentemente, atto lecito.²⁸⁴

²⁷⁸Cass. pen., sez. VI, 16 gennaio 2003, n. 1808, in CED, Rv. 223585.

²⁷⁹G. FIANDACA, E. MUSCO, *Diritto penale, Parte speciale, volume II, tomo I, I delitti contro la persona*, cit., p. 389.

²⁸⁰*Ibidem*.

²⁸¹F. GIUNTA, *Il diritto penale della medicina*, cit.

²⁸²In relazione al reato di sequestro di persona si vedano: Cass., 4 giugno 2010, F.G. e altri; Cass., 15 luglio 2010, D.G.M. e altri, in De Jure; Cass., 28 ottobre 2004, D., in CED Cassazione, Rv. 230808; Cass., 13 ottobre 2004, D.S.A., in De Jure. Quanto al delitto di violenza privata: Trib. S. Maria Capua V., 9 maggio 1978, R. e altro, in Foro it., 1981, II, c. 169. Riguardo al delitto di maltrattamenti in famiglia: Trib. Messina, 28 marzo 2003, M., in www.diritto sanitario.net.

²⁸³G. DODARO, *Coercizione in psichiatria tra sicurezza dei luoghi di cura e diritti fondamentali del paziente*, cit., p. 45.

²⁸⁴Cfr. CNB, *La contenzione: profili bioetici*, cit., p. 9.

3.2 Le cause di giustificazione

Le cause di giustificazione concorrono a definire i confini dell'area di ciò che si può considerare penalmente lecito, ma da questa definizione non deriva alcuna valutazione positiva circa i fatti che rientrano all'interno di tali confini. Ne deriva che, la contenzione, nel caso in cui si ritenesse scriminata, non sarebbe comunque approvata dall'ordinamento²⁸⁵. Fatta questa premessa, la questione cui occorre rispondere è la seguente: quali scriminanti possono trovare applicazione nell'ambito di un intervento di contenzione?²⁸⁶

Quanto al consenso dell'avente diritto, prima scriminante prevista dal codice penale all'art. 50²⁸⁷, nessuna particolare obiezione è sollevata da dottrina e giurisprudenza.²⁸⁸ Il consenso dell'avente diritto agisce nei confronti del fatto tipico quale espressione di un interesse esterno e prevalente rispetto a quello tutelato in prima istanza dalla norma incriminatrice²⁸⁹. La ratio sottesa a tale scriminante, invero, risiede nel riconoscimento dello spazio di libertà che l'ordinamento riconosce al soggetto passivo e della sua prevalenza sull'interesse pubblico alla repressione dei reati²⁹⁰. L'efficacia scriminante, dunque, è frutto di un bilanciamento: la libertà del soggetto prevale sul bene giuridico penalmente tutelato²⁹¹. L'unico soggetto che può prestare il consenso, infatti, è il titolare del bene che la norma penale mira a garantire²⁹². La sfera di operatività della scriminante in esame è tuttavia limitata: l'art. 50, infatti, stabilendo che il

²⁸⁵ S. CANESTRARI, L. CORNACCHIA, G. DE SIMONE, *Manuale di diritto penale, Parte generale*, Il Mulino, Bologna, 2007, p. 543.

²⁸⁶ Il CNB prende in considerazione soltanto lo stato di necessità, la legittima difesa e l'adempimento di un dovere, e non, invece, il consenso dell'avente diritto. CNB, *La contenzione: profili bioetici*, cit. p. 10.

²⁸⁷ Art. 50 c.p.: «Non è punibile chi lede o pone in pericolo un diritto, col consenso della persona che può validamente disporne.»

²⁸⁸ Per completezza, si ricorda che la giurisprudenza di legittimità ha stabilito che il consenso può essere revocato in qualsiasi momento e che, per escludere il reato di cui all'art. 605 c.p., occorre che esso sussista nel momento in cui il soggetto che lo ha prestato viene privato della sua libertà. F. Viganò, A. Valsecchi, sub art. 605, in E. Dolcini, G. Marinucci, (a cura di), *Codice penale commentato*, IPSOA, Milanofiori Assago, 2011, vol. III, pp. 5800-5802.

²⁸⁹ S. CANESTRARI, L. CORNACCHIA, G. DE SIMONE, *Manuale di diritto penale, Parte generale*, cit., p. 523.

²⁹⁰ D. PULITANÒ, *Diritto penale*, Giappichelli, Torino, 2005, p. 290.

²⁹¹ *Ibidem*.

²⁹² S. CANESTRARI, L. CORNACCHIA, G. DE SIMONE, *Manuale di diritto penale, Parte generale*, cit., p. 525. Secondo l'opinione prevalente, il consenso può essere prestato anche dal rappresentante legale o volontario, nell'interesse del rappresentato.

consenso deve provenire necessariamente da chi può validamente disporre, limita l'operatività della scriminante in esame ai soli diritti disponibili. Tali non sono i diritti personalissimi come la vita e l'integrità fisica, i quali ricevono dall'ordinamento una tutela di impronta oggettiva, che sfugge, pertanto, alla disponibilità del titolare. Quanto ai cosiddetti attributi della personalità, quali ad esempio la libertà personale e morale, essi si considerano generalmente disponibili, a condizione che le lesioni siano circoscritte ed episodiche²⁹³. Pertanto, il consenso, informato e liberamente prestato dal paziente, laddove ne sia capace²⁹⁴, rende lecito l'uso di metodi che limitano la sua libertà di movimento, a condizione che la privazione non si protragga oltre un periodo di tempo molto limitato e venga praticata secondo modalità che non ledono la sua dignità.²⁹⁵ Il consenso del paziente non solleva comunque il professionista

²⁹³ S. CANESTRARI, L. CORNACCHIA, G. DE SIMONE, *Manuale di diritto penale, Parte generale*, cit., p. 526.

²⁹⁴ Considerato che la legge omette di prevedere i requisiti che il consenso deve avere, si ritiene sia sufficiente la capacità naturale di chi presta il consenso, ovvero la maturità necessaria per comprendere gli effetti che l'atto dispositivo può comportare. S. CANESTRARI, L. CORNACCHIA, G. DE SIMONE, *Manuale di diritto penale, Parte generale*, p. 527.

²⁹⁵ Corte di appello di Bologna, 28 novembre 1987, in *Foro It.*, 1988, 2, p. 588. Nella sentenza, il Collegio stabiliva che: «Il delitto di sequestro di persona, commesso in danno di tossicodipendenti sottoposti in comunità “chiusa” a programmi terapeutici comprendenti la restrizione della libertà personale, è scriminato dal consenso ai programmi predetti anticipatamente prestato dal ricoverato all'atto di ammissione in comunità, quando la privazione della libertà non si protragga oltre il tempo strettamente necessario al recupero del soggetto, e non venga attuata con modalità tali (ad es. incatenamento o chiusura in ambienti indecorosi e malsani) da lederne la dignità di persona umana. Gli operatori di una comunità “chiusa”, ove i tossicodipendenti vengono sottoposti a programmi terapeutici comprendenti la restrizione della libertà personale, non sono punibili per gli eccessi colposamente commessi nell'uso dei mezzi necessari a impedire che un ricoverato abbandoni la comunità con il dichiarato proposito di ricominciare a drogarsi (nella specie, incatenamento o chiusura in ambienti malsani), poiché il delitto di sequestro di persona non è punibile a titolo di colpa. Esercita un diritto-dovere e pertanto, alla stregua dell'art. 51 cod. pen., non risponde di sequestro di persona l'operatore di una comunità “chiusa”, il quale rinchiuda a chiave dentro una stanza la tossicodipendente minore che abbia manifestato l'intenzione di abbandonare il luogo di ricovero al fine di prostituirsi per disporre dei soldi necessari all'acquisto di dosi di eroina». Con tale pronuncia la Corte ribaltava la decisione del Giudice di primo grado, il quale aveva così argomentato: «I delitti di sequestro di persona e di maltrattamenti, commessi in danno di tossicodipendenti sottoposti in comunità “chiusa” a programmi terapeutici inclusivi di restrizione della libertà e trattamenti vessatori, non sono scriminati dal consenso del ricoverato, poiché il consenso medesimo è invalido quando concerna la soppressione della libertà personale o limitazioni così gravi da sminuire in modo notevole la funzione sociale dell'individuo. Il consenso prestato a programmi terapeutici inclusivi di restrizioni della libertà e vessazioni configuranti i delitti di sequestro di persona e di maltrattamenti può essere revocato in qualsiasi momento, conservando il tossicodipendente la capacità di determinarsi validamente anche in corso di crisi di astinenza. I delitti di sequestro di persona e di maltrattamenti commessi nei confronti di ricoverati in comunità terapeutica “chiusa” non sono scriminati dallo stato di necessità (né dall'erronea supposizione di esso) di impedire a tossicodipendenti in fase di svezzamento di abbandonare la comunità, posto che il loro ritorno in

sanitario dall'obbligo di diligenza, che gli impone di operare all'unico scopo di realizzare la migliore cura possibile del paziente, e, dunque, di adoperare tutti gli strumenti alternativi alla contenzione, efficaci a tal scopo.²⁹⁶

Canestrari, in occasione di un'audizione al Senato, ha sottolineato l'importanza di affermare una cultura del rifiuto della contenzione, che ne escluda il ricorso anche nel caso di consenso espresso dal paziente.²⁹⁷

Oltre al consenso dell'avente diritto controversa è altresì l'applicabilità di altre cause di giustificazione quali: la legittima difesa, lo stato di necessità e l'adempimento di un dovere.

3.2.1 Legittima difesa e stato di necessità

Secondo alcuni autori²⁹⁸, contenere il paziente sarebbe giustificabile entro i soli limiti della legittima difesa²⁹⁹ e dello stato di necessità³⁰⁰, scriminanti il cui paradigma ben si adatta alle ipotesi di contenzione più ricorrenti in psichiatria.³⁰¹

ambiente libero non è di per sé foriero di conseguenze funeste, malgrado il nocimento alla salute e il danno alla società. Integra il delitto di sequestro di persona il trattenere con la forza soggetti tossicodipendenti, impedendo loro di allontanarsi dalla comunità terapeutica "chiusa" nella quale avevano accettato di entrare, a tal fine segregandoli in appositi locali e talvolta incatenandoli.» Tribunale di Rimini, 16 febbraio 1985, imputato Muccioli, in Foro It., 1985, 2, p. 431.

²⁹⁶ S. CACACE, *Il medico e la contenzione: aspetti risarcitori e problemi d'autodeterminazione*, in Rivista Italiana di Medicina Legale, 2013, 1, p. 219. Per approfondire la questione si veda A. VENCHIARUTTI, *Obbligo e consenso nel trattamento della sofferenza psichica*, in L. LENTI, E. PALERMO FABRIS, P. ZATTI (a cura di), *I diritti in medicina*, in Trattato di Biodiritto, diretto da S. RODOTÀ e P. ZATTI, Giuffrè Editore, Milano, 2011, p. 827 ss.

²⁹⁷ COMMISSIONE STRAORDINARIA PER LA TUTELA E LA PROMOZIONE DEI DIRITTI UMANI, MERCOLEDÌ 12 OTTOBRE 2016, 102ª Seduta, Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, i professori Grazia Zuffa e Stefano Canestrari, membri del Comitato Nazionale per la Bioetica.

²⁹⁸ R. CASTIGLIONI, A. FLORES, *Sull'uso dei mezzi di contenzione in ambiente psichiatrico. Considerazioni giuridiche e medico-legali*, in Riv. sper. fren., 111, 1, 1987, p. 137.; R. FRESA, *La colpa professionale in ambito sanitario. Responsabilità civile e penale-Consenso informato-Colpa e nesso causale-Casistica e giurisprudenza*, Torino, 2008, p. 459.

²⁹⁹ Art. 52, comma 1, c.p.: «Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di difendere un diritto proprio od altrui contro il pericolo attuale di un'offesa ingiusta, sempre che la difesa sia proporzionata all'offesa.»

³⁰⁰ Art. 54, comma 1, c.p.: «Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo. Questa disposizione non si applica a chi ha un particolare dovere giuridico di esporsi al pericolo.»

³⁰¹ Il concetto di necessità è richiamato dallo stesso Codice di Deontologia Medica agli articoli 18 e 51. Il primo afferma che: «I trattamenti che incidono sull'integrità psico-fisica sono attuati al

Lo stato di necessità e la legittima difesa sono cause di giustificazione attraverso le quali il legislatore ha voluto dare una risposta a situazioni “straordinarie” affini, ma non identiche, per rendere eccezionalmente lecito ciò che per legge è ordinariamente illecito.³⁰² La legittima difesa opera quando si tratti di respingere un’aggressione ingiusta contro sé o contro terze persone, lo stato di necessità, invece, quando si renda necessario un intervento di salvataggio a favore proprio o altrui, a scapito di un soggetto innocente³⁰³. Nell’ordine seguito, esse si fondano sulla necessità di salvare o difendere determinati diritti dal pericolo attuale, rispettivamente, di un grave danno alla persona o di un’offesa ingiusta.

L’attualità del pericolo, la necessità della difesa o del salvataggio e la proporzione tra azione offensiva e difensiva (dunque, il bilanciamento fra interessi contrapposti) sono gli elementi strutturali che accomunano entrambe le scriminanti³⁰⁴. Quanto al primo elemento, si registrano tendenze contrastanti. Autorevole dottrina, infatti, estende il concetto di attualità del pericolo a situazioni di pericolo futuro, applicando il meccanismo dell’analogia *in bonam partem*.³⁰⁵ La restante parte della dottrina³⁰⁶ e la giurisprudenza maggioritaria³⁰⁷, al contrario, adottano una definizione restrittiva del concetto di pericolo attuale, alla stregua

fine esclusivo di procurare un concreto beneficio clinico alla persona.» L’art. 51, al secondo comma, invece, stabilisce che: «Il medico, nel prescrivere e attuare un trattamento sanitario obbligatorio, opera sempre nel rispetto della dignità della persona e nei limiti previsti dalla legge.»

Parimenti, il codice di deontologia degli infermieri all’art. 30 stabilisce che «L’infermiere si obbliga affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario (...)» Riguardo allo stato di necessità, si veda D’AMATO S., *Osservazioni sulla contenzione in psichiatria e i suoi riflessi in tema di stato di necessità. Recensione a Piero Cipriano, Il manicomio chimico. Cronache di uno psichiatra riluttante*, Elèuthera, Milano, 15 dicembre 2015.

³⁰² Al riguardo occorre precisare che le scriminanti in esame non fondano doveri di soccorso, ma si limitano a rendere lecita una condotta che, diversamente, sarebbe illecita che, seppur mossa da finalità difensive, resta facoltativa. Così per tutti: D. PULITANÒ, *Diritto penale*, pp. 275 ss.

³⁰³ G. FIANDACA, E. MUSCO, *Diritto penale, Parte generale*, VI Ed., Zanichelli Editore, Bologna, 2010, pp. 282 ss.

³⁰⁴ D. PULITANÒ, *Diritto penale*, V Ed., Giappichelli Editore, Torino, 2013, p. 231 ss.

³⁰⁵ G. FIANDACA, E. MUSCO, *Diritto penale, Parte generale*, cit., pp. 110-111.

³⁰⁶ Si veda D. PULITANÒ, *Diritto penale*, cit., p. 263 ss.

³⁰⁷ La Cassazione ha rimarcato che «l’attualità del pericolo richiesta per la configurabilità della scriminante della legittima difesa implica un effettivo, preciso contegno del soggetto antagonista, prodromico di una determinata offesa ingiusta, la quale si prospetti come concreta ed imminente, così da rendere necessaria l’immediata reazione difensiva, sicché resta estranea all’area di applicazione della scriminante ogni ipotesi di difesa preventiva o anticipata». Cass., Sez. I, 27 gennaio 2010, n. 6591 in CED Cassazione n. 246566.

della quale esso deve necessariamente essere già in atto e riconoscibile nella condotta dell'agente.

In particolare, la più recente giurisprudenza di legittimità ha ribadito che «il pericolo attuale è quello che, se non tempestivamente neutralizzato, causerebbe la lesione del diritto, quindi, deve trattarsi di pericolo imminente o persistente al momento della reazione difensiva, non futuro e neppure già esaurito»³⁰⁸. Nonostante la stringente definizione formulata dalla Corte di Cassazione, nella letteratura psichiatrica e medico-legale la tendenza registrata è quella di allargare le maglie del concetto di attualità, al fine di giustificare interventi di autodifesa o di soccorso che si realizzano in anticipo rispetto ad un'offesa non ancora compiuta³⁰⁹.

Come è evidente, tale approccio si rivela molto importante, poiché legittima l'intervento restrittivo dei sanitari in situazioni che si collocano ben oltre i confini della pericolo imminente.³¹⁰ Anche se non far coincidere tale requisito con l'imminenza cronologica esatta dell'evento dannoso può sembrare ragionevole, l'anticipazione delle reazioni, declinata nella pratica psichiatrica, deve essere esclusa poiché potrebbe condurre alla illegittima disposizione dei metodi contenitivi. In caso contrario, infatti, si rischierebbe di vedere impiegata la contenzione allo scopo di evitare la fuga del paziente, o di prevenire un'aggressione fisica quando il malato abbia manifestato la sua aggressività esclusivamente a livello verbale.

Passiamo, ora, all'analisi degli altri elementi: la necessità e la proporzione. Quanto al concetto di necessità, esso va inteso come inevitabilità della reazione³¹¹. Secondo autorevole dottrina, quest'ultima deve apparire necessaria allo scopo di salvaguardare il bene esposto al pericolo e non deve conoscere altra alternativa; ciò equivale a dire che l'agente non deve poter evitare il pericolo se non

³⁰⁸ Cass. Pen., Sez. I, 9 febbraio 2016, n. 9911 in DeJure.

³⁰⁹ G. C. NIVOLI, L. LORETTU, M. N. SANNA, A. NIVOLI, P. MILIA, L. F. NIVOLI, *Valutazione del paziente violento e aggressivo e modi di intervento*, in V. VOLTERRA, *Psichiatria forense, criminologia ed etica psichiatrica*, Milano, 2010, p. 175.; N. GARZOTTO, G. IMPERADORE, M. INGLESE, *Buona pratica clinica in DSM. Procedure e linee guida*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 2000, p. 84.

³¹⁰ Secondo la dottrina prevalente, il pericolo dovrà essere accertato ex post sulla base di tutti gli elementi conosciuti. S. CANESTRARI, L. CORNACCHIA, G. DE SIMONE, *Manuale di diritto penale, Parte generale*, cit., p. 553.

³¹¹ La Cassazione definisce inevitabile quel pericolo «che non concede una scelta salvifica attraverso condotte lecite». Cass. Pen. Sez. III, del 12/01/2006, n. 17592, in Riv. Pen. 2007, p. 57.

reagendo³¹². Secondo l'orientamento in esame, la costrizione alla reazione deve essere valutata oggettivamente, a nulla rilevando la consapevolezza di colui che reagisce.³¹³ Entrambe le esimenti possono essere volte al salvataggio di terzi, che, nel caso dello stato di necessità, può andare a scapito di soggetti innocenti. Ed è appunto sul limite alla possibilità di danneggiare soggetti innocenti, nell'atto di salvare terzi, che convergono le differenze tra stato di necessità e legittima difesa. Mentre, infatti, il ricorso alla legittima difesa è consentito a tutela di qualsiasi diritto, lo stato di necessità assume valore scriminante soltanto quando il pericolo attuale riguarda un danno grave alla persona.³¹⁴ La misura della gravità dovrà essere parametrata alle condizioni personali di chi versa in pericolo, alla natura del bene minacciato e all'intensità della lesione incombente³¹⁵.

L'ultimo requisito è il rapporto di proporzione tra fatto e pericolo. Secondo l'orientamento dominante, il giudizio di proporzionalità deve integrare il raffronto del valore dei beni con l'esame comparativo dei rischi incombenti sul bene da salvaguardare³¹⁶. Il confronto, quindi, deve riguardare l'offesa minacciata dall'aggressore e quella arrecata dall'agredito³¹⁷; è bene precisare, inoltre, che riguardo allo stato di necessità il giudizio circa il rapporto di proporzionalità sarà più rigido, in quanto il terzo non ha aggredito il soggetto agente e vanta, pertanto, un diritto avente la medesima dignità di tutela rispetto al primo³¹⁸.

Sulla scorta dei presupposti suesposti, dunque, si deve ritenere illecito il ricorso alla contenzione nei confronti di una persona che si sia limitata a minacciare comportamenti aggressivi contro di sé o altri. Parimenti vietato sarà il ricorso quando si basi su previsioni di rischio fondate su semplici generalizzazioni del senso comune, su un generico, non impellente, bisogno di cure o su

³¹² S. CANESTRARI, L. CORNACCHIA, G. DE SIMONE, *Manuale di diritto penale, Parte generale*, cit., p. 555; G. FIANDACA, E. MUSCO, *Diritto penale, Parte generale*, cit., p. 287.

³¹³ S. CANESTRARI, L. CORNACCHIA, G. DE SIMONE, *ibidem*.

³¹⁴ S. CANESTRARI, L. CORNACCHIA, G. DE SIMONE, *Manuale di diritto penale, Parte generale*, p. 564; G. FIANDACA, E. MUSCO, *Diritto penale, Parte generale*, cit., p. 306.

³¹⁵ S. CANESTRARI, L. CORNACCHIA, G. DE SIMONE, *Manuale di diritto penale, Parte generale*, cit., p. 566.

³¹⁶ Così: F. MANTOVANI, *Diritto penale, Parte generale*, cit., p. 271; Cass. Pen., Sez. I, 26 novembre 2009, n. 47117, in CED Cassazione, 2009; Cass. Pen., Sez. I, 23 novembre 2004, n. 45407, in Cass. Pen., 2006, p. 2176.

³¹⁷ La giurisprudenza, infatti, ritiene la reazione non proporzionata quandanche l'interesse leso sia molto più rilevante, sul piano della gerarchia dei valori costituzionali, di quello difeso e il danno inflitto abbia un'intensità di gran lunga superiore a quella del danno minacciato.

³¹⁸ D. PULITANÒ, *Diritto penale*, cit., p. 312.

comportamenti meramente oppositivi del paziente³¹⁹. Né si potrà parlare di pericolo attuale quando l'aggressività sia cessata, a prescindere dalla circostanza che si sia o meno realizzata l'offesa³²⁰.

Il ricorso alla contenzione potrà invece considerarsi “proporzionato”, se, avuto riguardo ai beni in conflitto, considerati, non in astratto, ma in relazione alla situazione concreta e all'intensità del pericolo dell'aggressione, l'offesa arrecata al paziente sia paragonabile, uguale o di poco superiore all'offesa minacciata. Applicando tale disciplina, il ricorso alla contenzione, sussistendo il requisito del pericolo attuale e della proporzionalità, così come descritti, può essere giustificato, a seconda dei casi quale legittima difesa o stato di necessità³²¹, qualora non sia stato possibile intervenire con una misura alternativa lecita, o, comunque, meno lesiva³²². Il che equivale a dire che i professionisti sanitari devono adoperare tutti gli strumenti preventivi, dissuasivi, impeditivi, idonei a contenere l'escalation dell'aggressività fisica del paziente, nel rispetto della sua dignità e al fine di promuovere la sua autodeterminazione³²³.

A questo punto, la domanda che ci si deve porre è la seguente: considerate le evidenze analizzate nel capitolo precedente, si può ancora affermare che il ricorso alla contenzione è intervento necessario, ovvero sia inevitabile?

La risposta a questa domanda è negativa: i risultati empirici non lasciano spazio all'interpretazione, indicando chiaramente che manca il requisito dell'inevitabilità, poiché l'aggressività segue un ciclo evolutivo che ben può essere intercettato e gestito dagli operatori psichiatrici mediante l'impiego di

³¹⁹ F. SCAPATI, D. SUMA, A. BELLOMO, *Problematiche medico legali nella contenzione*, in P. SANGIORGIO, G. M. POLSELLI (a cura di), *Matti da (non) legare. Come prevenire le contenzioni e migliorare la qualità e l'assistenza al paziente*, cit., p. 104.

³²⁰ *Ibidem*.

³²¹ Il soccorso di necessità, dovendo rispondere a delimitazioni più stringenti di quelle che previste per la legittima difesa, potrà essere impiegato per scriminare il ricorso alla contenzione solo qualora il pericolo attuale riguardi un danno grave alla persona.

³²² G. MARINUCCI, E. DOLCINI, *Manuale di diritto penale, Parte generale*, Giuffrè, Milano, 2009, pp. 242 ss. .

³²³ COMITATO NAZIONALE DI BIOETICA, *Psichiatria e salute mentale: orientamenti bioetici*, 24 novembre 2000, p. 13. Come ampiamente trattato nel primo capitolo, L. Bowers, attraverso i suoi Safewards, offre un modello di gestione dell'aggressività del paziente orientato alla promozione della sua autodeterminazione.

strumenti alternativi alla contenzione³²⁴. Diversamente dalla contenzione, che è causa del comportamento conflittuale del paziente, danneggia la sua salute fisica e psichica e compromette la relazione terapeutica, detti strumenti sono in grado, invece, di prevenire l'escalation aggressiva, garantendo l'integrità del malato e fortificando la sua relazione con il personale sanitario³²⁵.

Si è espresso a favore di questa tesi il Giudice di legittimità, il quale ha affermato che: «non è mai stato contestato agli imputati di aver agito con imperizia (...) ma di aver agito con negligenza, perché se è vero che l'insorgenza della psicosi acuta dissociativa è improvvisa, la imprevedibilità di tale stato riguarda le persone sane, non i soggetti affetti da disturbo psichico, che palesano irrequietezza. L'evoluzione in tal senso è sempre ipotizzabile e persone che versano in tali condizioni vanno tenute sotto vigilanza.»³²⁶

Le esperienze *no-restraint*³²⁷ sono la dimostrazione pratica che la contenzione in psichiatria non è necessaria ed è altrimenti evitabile e che, pertanto, essa «appare vieppiù ingiustificata allorquando abbia luogo in strutture sanitarie istituite proprio allo scopo di far fronte alle situazioni di alterazione psichica e del comportamento (...), strutture che dovrebbero utilizzare le migliori esperienze psichiatriche, già consolidate, di prevenzione della violenza.»³²⁸

Quand'anche si volessero ignorare le interferenze che le evidenze scientifiche comportano, sorgerebbero altre importanti obiezioni. Anzitutto, l'efficacia scriminante della legittima difesa e dello stato di necessità può essere scomodata solo in presenza di interventi di soccorso di breve durata, strettamente indispensabili per calmare il paziente³²⁹. Eppure, la realtà fotografata dalle diverse

³²⁴ Nel luglio scorso, la presidente dell'IPASVI, B. Mangiacavalli, nel corso di un'audizione al Senato, ha affermato che difficilmente, nei contesti di cura in psichiatria, «si può parlare di emergenza in riferimento ai trattamenti coercitivi» poiché «sono sempre possibili altre opzioni.»

Nella stessa audizione, la stessa ha posto all'attenzione dei Senatori un programma che prevede degli strumenti atti a prevenire il ricorso alla contenzione. Audizione presso la Commissione dei Diritti Umani del Senato della presidente Federazione Nazionale IPASVI Barbara Mangiacavalli in materia di contenzione meccanica, Roma, 12 luglio.

³²⁵ Al riguardo, si veda il capitolo 2, paragrafo 2.2.

³²⁶ Cass. IV, 30 gennaio (27 febbraio) 2008, n. 8611, imp. D'Aquino, est. Campanato, in F. GIUNTA e altri, *Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità* (2004-2008).

³²⁷ Tali sono considerate le realtà assistenziali in cui è vietato il ricorso a qualsivoglia strumento di contenzione.

³²⁸ *Ibidem*.

³²⁹ F. MAISTO, *Contenuti e limiti della libertà personale nella cultura (giuridica) dei diritti di cittadinanza*, in Riv. Sper. Fren., 2003, 2, p. 30.

indagini condotte sul territorio nazionale non sembra, come visto, rispettare tale presupposto. I risultati dello studio PROGRES-ACUTI del 2001, ad esempio, mostrano che nei 289 SPDC censiti, la contenzione ha avuto nel 36% dei casi una durata pari o inferiore a sei ore, nel 42% dei casi una durata compresa tra sei e ventiquattro ore e nel 23% dei casi si è protratta oltre le ventiquattro ore³³⁰. Presentano lo stesso tenore i dati emersi dall'indagine condotta negli SPDC della Regione Lazio, che mostra che la durata media della contenzione è pari a diciotto ore, la durata media minima è di tre ore e quarantacinque minuti, la durata massima di sessantacinque ore³³¹.

Un'altra obiezione riguarda l'ulteriore presupposto che il codice penale pone per il riconoscimento della scriminante dello stato di necessità, ovvero la condizione che il pericolo attuale di danno grave alla persona non sia stato volontariamente causato dal soggetto "reagente". Nel silenzio del Legislatore, giurisprudenza e parte della dottrina ritengono che detto presupposto debba trovare applicazione anche alla legittima difesa che, dunque, non può essere invocata quando la situazione di pericolo sia stata volontariamente cagionata da colui che reagisce³³². Pertanto, non potrà invocare le scriminanti di cui agli artt. 52 e 54 c.p. l'operatore che abbia assunto nei confronti del paziente un comportamento intenzionalmente provocatorio.³³³ Controverso è invece se il presupposto della necessità possa essere invocato dall'operatore che abbia causato con il proprio comportamento la reazione aggressiva del paziente, ma senza l'intenzione di provocarlo (dolo intenzionale) o senza accettare la possibilità del suo verificarsi (dolo eventuale)³³⁴. Un indirizzo minoritario risolve la questione interpretando l'espressione legislativa in senso restrittivo: alla stregua di tale scelta ermeneutica, la scriminante di cui all'art. 54 c.p. non opererebbe solo

³³⁰ G. DELL'ACQUA et al., *Caratteristiche e attività delle strutture di ricovero per pazienti psichiatrici acuti: i risultati dell'indagine nazionale "Progres-Acuti*, cit., pp. 26 ss.

³³¹ P. SANGIORGIO, F. CRO, L. DELLA ROCCA, M. VIRGOLESII, *Prevenzione della contenzione meccanica nella Regione Lazio*, Regione Lazio, Ufficio salute mentale, Seminario sulla prevenzione della contenzione meccanica nei SPDC della Regione Lazio, Roma, 12 gennaio, 2011.

³³² D. PULITANÒ, *Diritto penale*, cit., p. 277; Trib. La Spezia, 13 gennaio 2011, n. 28, in *DeJure*.

³³³ G. DODARO, *Coercizione in psichiatria tra sicurezza dei luoghi di cura e diritti fondamentali del paziente*, cit., pp. 69 ss.

³³⁴ *Ibidem*.

quando il soggetto abbia tenuto dolosamente la condotta provocatoria³³⁵. Dottrina e giurisprudenza prevalenti, al contrario, accolgono un'interpretazione di tipo estensivo, alla stregua della quale si deve intendere volontariamente causata anche la situazione di pericolo colposamente riconducibile ad una condotta del soggetto, la quale deve essere però volontaria³³⁶. L'esimente, dunque, deve essere esclusa quando la situazione di pericolo sia stata causata da un comportamento volontario, senza che rilevi il fatto che il rischio sia stato preveduto e accettato o fosse soltanto prevedibile.³³⁷

La valutazione della sussistenza del requisito del "pericolo non volontariamente causato", tuttavia, non si esaurisce con riferimento alle condotte dagli operatori, interessando altresì il più complesso contesto organizzativo dei reparti psichiatrici in cui essi operano. Il ricorso frequente alla contenzione, infatti, viene spesso fatto dipendere da disfunzionalità interne alle strutture, che determinano l'incapacità del personale medico-infermieristico di gestire situazioni che richiederebbero cure psico-relazionali, piuttosto che la limitazione della libertà di movimento. Infatti, il ricorso ad interventi coercitivi è stato più volte impiegato in ambito scientifico come indicatore della carenza di qualità del trattamento dei pazienti ricoverati.³³⁸

Per finire, non si può non evidenziare l'enorme paradosso in cui si incorre nell'applicare l'art. 54 c.p. all'operatore sanitario che esegua la contenzione del paziente, allo scopo di impedirne il suicidio. In questo caso, infatti, sussistendo tutti i requisiti di cui all'art. 54 c.p., la contenzione verrebbe ad essere scriminata, poiché volta a salvare il paziente stesso dalla morte. Ciò che risulta paradossale, è che il paziente, che nelle logiche dello stato di necessità dovrebbe essere il beneficiario della scelta del medico, sarebbe destinatario a norma dell'art. 2045 c.c. di un'indennità.

³³⁵ Si veda per tutti F. VIGANÒ, *Stato di necessità e conflitto di doveri. Contributo alla teoria delle cause di giustificazione e delle scusanti*, Milano, Giuffrè, 2000, pp. 589 ss.

³³⁶ F. MANTOVANI, *Diritto penale. Parte generale*, Padova, Cedam, 2013, p. 270; Cass. Pen. sez. V 23 marzo 2005 n. 16012, in Cass. pen. 2006, p. 2853.

³³⁷ F. MANTOVANI, *Ibidem*.

³³⁸ T. D. STROUT, *Perspectives on the experience of being physically restrained: an integrative review of the qualitative literature*, in *Int. J. Ment. Health Nurs.*, 2010, 19, pp. 416-27;

3.2.2 L'adempimento di un dovere

Le spinose questioni appena esposte sono state per lo più tralasciate dalla giurisprudenza prevalente che, unitamente ad una parte della letteratura penalistica e medico-legale, giustifica il ricorso alla contenzione tramite la scriminante dell'adempimento di un dovere giuridico di cui all'art. 51 c.p. Ai sensi di detto articolo, la punibilità deve essere esclusa quando la fattispecie illecita sia stata realizzata per adempiere un dovere imposto da una norma giuridica o da un ordine legittimo della pubblica Autorità. A fronte del principio di non contraddizione, un fatto conforme al tipo legale, lesivo pertanto di un bene giuridico penalmente protetto, non assume il carattere di antigiuridicità, poiché è lo stesso Ordinamento, in senso ampio, ad esigerlo³³⁹. Il dovere giuridico deve derivare necessariamente da un ordine della pubblica Autorità o da una norma giuridica, competente a porre doveri secondo il principio di legalità pertinente al diritto penale³⁴⁰.

Tralasciando l'ordine della pubblica Autorità, occorre quindi chiedersi se esiste una legge ordinaria che conferisce al personale sanitario il potere di invadere la sfera personale del paziente, fino a privarlo della propria libertà personale. Alcuni autori³⁴¹ invocano, in risposta a tale quesito, l'art. 60 del R.D. 16 agosto 1909, n. 615. Detto articolo stabiliva che: «nei manicomi debbono essere aboliti o ridotti a 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. L'autorizzazione indebita dell'uso di detti mezzi rende passibili coloro che ne sono responsabili di una pena pecuniaria da £. 300 a £ 1000, senza pregiudizio delle maggiori pene comminate dal Codice penale. L'uso dei mezzi di coercizione è vietato nella cura in case private. Chi contravviene a tale disposizione è soggetto alla stessa pena stabilita dal comma precedente». Secondo

³³⁹ S. CANESTRARI, *Diritto penale, Parte generale*, cit., p. 543.

³⁴⁰ D. PULITANÒ, *Diritto penale*, cit., pp. 245 ss; G. DE FRANCESCO, *Diritto penale, I – Fondamenti*, Giappichelli, Torino, 2011, p. 248.

³⁴¹ Si vedano, ad esempio, L. FERRARINI, P. PELOSO, E. SCAPATI, E. MAURA, *Aspetti clinici della contenzione*, in R. CATANESI, L. FERRARINI, P. F. PELOSO (a cura di), *La contenzione fisica in psichiatria*, Giuffrè, Milano, 2006, p. 14 ss.

tale orientamento, accolto da qualche sporadica pronuncia della giurisprudenza³⁴², la norma sarebbe sopravvissuta all'entrata in vigore della legge 180 del 1978 per due ragioni: anzitutto, perché l'art. 11 della suddetta legge non dispone l'espressa abrogazione della norma e, secondariamente, perché non v'è traccia nella nuova legge di un rifiuto degli interventi di contenzione³⁴³. Alle medesime conclusioni giunge altresì un secondo orientamento, prendendo le mosse dal nuovo ordinamento penitenziario introdotto nel 2000, il quale segue ad ispirarsi alla regolamentazione della contenzione in ambito sanitario. Nello specifico, esso, a distanza di più di vent'anni dall'emanazione della legge n. 180, ripropone all'art. 82 «Mezzi di coercizione fisica» il contenuto della precedente disposizione: «La coercizione fisica, consentita per le finalità indicate nel terzo comma dell'articolo 41 della legge, si effettua sotto il controllo sanitario con l'uso dei mezzi impiegati per le medesime finalità presso le istituzioni ospedaliere pubbliche.»³⁴⁴ La scelta del legislatore penitenziario di confermare l'impostazione della legge manicomiale, secondo l'orientamento in esame «si può giustificare solamente sulla base del presupposto esegetico che l'entrata in vigore della legge n. 180 non abbia comportato l'abrogazione delle norme che disciplinavano la contenzione fisica in ambito psichiatrico».³⁴⁵

Tuttavia, la negata abrogazione dell'art. 60 del regolamento suddetto non è l'unica questione che deve essere affrontata quando si discute del superamento della legge manicomiale. Infatti, l'entrata in vigore della Costituzione solleva dei problemi che anche la giurisprudenza più recente non affronta³⁴⁶. Il riconoscimento della scriminante di cui all'art. 51 c.p. richiede che il dovere sia

³⁴² Tribunale dei Minori di Bari del 2 luglio 2009 in DeJure; Trib. Vallo della Lucania, 30 ottobre 2012, (dep. 27 aprile 2013), Giud. Garzo, in G. DODARO, *Morire di contenzione nel reparto psichiatrico di un ospedale pubblico: la sentenza di primo grado sul caso Mastrogiovanni*, in *Dir. Pen. Cont.*

³⁴³ *Ibidem.*

³⁴⁴ Si tratta della riconferma di quanto dapprima stabilito dall'art. 77 “Mezzi di coercizione fisica” del vecchio Regolamento di esecuzione, il quale prescriveva che: «La coercizione fisica, consentita per le finalità indicate nel terzo comma dell'articolo 41 della legge e sotto il controllo sanitario ivi previsto, si effettua con l'uso di fasce di contenzione ai polsi e alle caviglie. La foggia e le modalità di impiego delle fasce devono essere conformi a quelle in uso, per le medesime finalità, presso le istituzioni ospedaliere psichiatriche pubbliche».

³⁴⁵ 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 suicidario*, cit., p. 1483.

³⁴⁶ Per un approfondimento di tali questioni si veda M. MASSA, *Diritti fondamentali e contenzione nelle emergenze psichiatriche*, cit., 2013, n. 1, pp. 179-207.

posto da una norma competente secondo principi pertinenti al settore dell'ordinamento a cui appartiene³⁴⁷, che nel caso della contenzione è rappresentato dai diritti fondamentali della persona³⁴⁸. Tale affermazione è vera in qualunque modo si scelga di inquadrare gli interventi di contenzione: se li si considera atti sanitari coattivi, essi saranno disciplinati dall'art. 32 Cost., diversamente dovranno rispettare quanto sancito dall'art. 13 Cost³⁴⁹. Sulla base di tale presupposto, assunto che entrambe le norme costituzionali impongono un riserva di legge, rispettivamente relativa³⁵⁰ e assoluta³⁵¹, qualunque fosse l'interpretazione seguita, la contenzione potrebbe ritenersi scriminata, ex art. 51 c.p., soltanto sulla scorta di una norma di legge.

Pertanto, ritenere che l'art. 60 sia sopravvissuto alla legge 180 non è comunque sufficiente a giustificare la contenzione, poiché è evidente che la norma, essendo parte di un regolamento esecutivo, non soddisfa neanche la meno esigente riserva di legge relativa, in base alla quale quantomeno i punti essenziali della disciplina devono essere regolati dalla legge o da atti ad essa equivalenti, potendo, per il resto, essere integrata altrimenti³⁵². A maggior ragione, detta norma non sarebbe idonea a scriminare il ricorso alla contenzione qualora la si ritenesse un atto non sanitario. L'art. 13, comma secondo, Cost., si ricorre, oltre alla riserva di legge assoluta, pone una riserva di giurisdizione: l'intervento che limita la libertà personale può essere disposto solo a fronte di un atto motivato dell'autorità giudiziaria, quando essa accerti la sussistenza di tutti i presupposti legali. Quando la limitazione della libertà sia stata disposta in condizioni di necessità e urgenza, nell'ambito di un trattamento sanitario obbligatorio, il provvedimento deve essere comunicato entro le successive quarantotto ore all'autorità giudiziaria e deve

³⁴⁷ D. PULITANÒ, *Diritto penale*, cit., pp. 245 ss.

³⁴⁸ Si vedano per tutti: P. Caretti, G. T. BARBIERI, *I diritti fondamentali*, Giappichelli, Torino, 2011, pp. 237 ss; M. CARTABIA, *La giurisprudenza costituzionale relativa all'art. 32, secondo comma, della Costituzione italiana*, in Quad. Cost., 2012, pp. 455 ss.

³⁴⁹ Quand'anche si ritenesse che la contenzione rappresenti un trattamento sanitario coattivo, ciò non basterebbe a ritenere che si tratti di una pratica legittima, non essendo rispettata la riserva di legge sancita dall'art. 32 Cost.

³⁵⁰ In tal senso: R. FERRARA, *Principi di diritto sanitario*, Parte I, Giappichelli, Torino, 1995, pp. 35 ss. In senso contrario: D. MORANA, *La salute nella Costituzione Italiana. Profili sistematici*, Giuffrè, Milano, pp. 192-197.

³⁵¹ M. MASSA, *Diritti fondamentali e contenzione nelle emergenze psichiatriche*, cit., pp. 185-186.

³⁵² M. MASSA, *Diritti fondamentali e contenzione nelle emergenze psichiatriche*, cit., pp. 180 ss.

essere da questa convalidato entro le successive quarantotto, restando altrimenti privo di qualsiasi effetto³⁵³.

Il dovere scriminante quale fondamento della legittimità della contenzione è ripreso, seppur sulla base di argomentazioni diverse, da una recente giurisprudenza di merito³⁵⁴. Quest'ultima, riconosciuta in capo al medico psichiatra una posizione di garanzia nei confronti del paziente, afferma che il potere di contenere il malato si basa sui doveri di protezione e controllo da essa derivanti³⁵⁵. Tale orientamento è stato sostenuto da una parte della dottrina la quale ha affermato che, diversamente, il dovere di garanzia sarebbe posto nel nulla, non potendosi altrimenti gestire l'aggressività del paziente³⁵⁶.

Tuttavia, accogliere la tesi dell'efficacia scriminante dell'adempimento di un dovere, discendente da una posizione di garanzia carente sotto il profilo legale, significherebbe consegnare agli operatori psichiatrici il potere di operare, aggirando le garanzie che la Costituzione pone a tutela dei diritti fondamentali dell'individuo. Inoltre, secondo l'impostazione teorica corrente nella dottrina penalistica, la posizione di garanzia non si pone in relazione al verificarsi di qualsiasi evento vietato dal diritto penale, ma riguarda solamente le ipotesi di responsabilità penale omissiva, di cui all'art. 40, comma 2, c.p.³⁵⁷. Ciò equivale a dire che la posizione di garanzia può divenire fonte di responsabilità penale,

³⁵³ L. 180/1978 e l. 833/1978.

³⁵⁴ Trib. Cagliari, Sez. Gip e Gup, 17 luglio 2012, in G. DODARO, *Il nodo della contenzione in psichiatria tra gestione della sicurezza, diritti del paziente e "inconscio istituzionale"*, Nota a Tribunale di Cagliari, sez. Gip, 17 luglio 2012, Giud. Casula.

³⁵⁵ Afferma il Tribunale di Cagliari che «il verificarsi del rischio rientrando nella posizione di garanzia renderebbe doveroso il ricorso a qualsiasi mezzo potenzialmente a disposizione del personale sanitario, compresi gli strumenti meccanici di contenzione». Trib. Cagliari, Sez. Gip e Gup, 17 luglio 2012, cit.

³⁵⁶ R. CASTIGLIONI, A. FLORES, *Sull'uso dei mezzi di contenzione in ambiente psichiatrico. Considerazioni giuridiche e medico-legali*, cit., pp. 142 ss.

³⁵⁷ G. DODARO, *Posizione di garanzia degli operatori dei servizi psichiatrici per la prevenzione dei comportamenti auto o etero-aggressivi del paziente. Gli orientamenti della giurisprudenza penale (1978-2010)*, cit., p. 39. Tale principio è affermato in maniera chiara da una recente giurisprudenza, Cass. IV, n. 4107/2009, la quale precisa che la posizione di garanzia può essere chiamata in causa solo quando ci si trovi a discutere di responsabilità omissiva. Non è invece sensato ricercare una posizione di garanzia quando il soggetto abbia posto in essere un'azione, rilevante sotto il profilo causale come antecedente dell'evento. F. GIUNTA e altri, Cass. IV, 12 novembre 2008 (28 gennaio 2009), n. 4107, imp. Dieci e altro, est. Brusco, in *Il diritto penale della medicina*, cit. Detta pronuncia della Suprema Corte assume particolare importanza se si considera che la giurisprudenza è solita ricorrere all'istituto della posizione di garanzia quandanche trattasi di una condotta attiva. È un esempio la Cass. IV, 14 novembre 2007 (11 marzo 2008), n. 10795, in F. GIUNTA, in *Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)*, pp. 28 - 29.

soltanto quando l'inadempimento dei doveri da essa derivanti abbia determinato un evento dannoso che si aveva l'obbligo di impedire. L'obbligo giuridico di intervenire, invece, non è in alcun modo compatibile con l'insorgere di una causa di giustificazione: l'intervento di quest'ultima, infatti, rende lecito un atto che in sua assenza sarebbe considerato illecito, mentre, invece, l'obbligo di evitare l'evento di cui all'art. 40, comma 2, c.p. si muove sempre in un contesto di base lecito.

Concludendo la riflessione sulla configurabilità delle cause di giustificazione si coglie l'occasione per ribadire, seguendo l'esempio del CNB, che l'impiego della contenzione in sé rappresenta sempre e comunque una violazione della dignità e dei diritti fondamentali della persona. Pertanto, quandanche si volesse argomentare a sostegno della configurabilità di una o più cause di giustificazione, «il fatto che in situazioni del tutto eccezionali i sanitari possano ricorrere a giustificazioni per applicare la contenzione non toglie forza alla regola della non-contenzione»³⁵⁸ e non modifica i fondamenti del discorso giuridico.

3.3 Il reato omissivo improprio

L'espressione «tra l'incudine e il martello»³⁵⁹ ben si adatta a definire la posizione dello psichiatra: infatti, nonostante la riforma abbia condotto ad un modello di cura in cui la malattia mentale acquista pari dignità rispetto ad ogni altra patologia e il malato smette di essere considerato soggetto pericoloso, lo psichiatra continua ad essere destinatario delle istanze *custodialistiche* mosse dalla società e dalla stessa giurisprudenza³⁶⁰. Infatti, le pronunce di responsabilità

³⁵⁸ CNB, *La contenzione: profili bioetici*, cit., p. 7.

³⁵⁹ M. ZANCHETTI, *Fra l'incudine e il martello: la responsabilità penale dello psichiatra per il suicidio del paziente in una recente pronuncia della Cassazione*, in Cass. Pen., 2004, pp. 2859 ss.

³⁶⁰ R. CATANESI, A. MANNA, A. VENTRIGLIO, *Community mental health services and responsibility of psychiatrists in Italy: Lessons for the globe*, in Int. J. Soc. Psychiatry, 2016, 62(6), pp. 1-4; A. MANACORDA, *Lineamenti per una riflessione sulla responsabilità penale dell'operatore di salute mentale*, in F. BRICOLA, G. FIANDACA, A. MANACORDA, N. MAZZACUVA, M. PORTIGLIATTI BARBOS, G. B. TRAVERSO, *Tutela della salute mentale e responsabilità penale degli operatori*, cit., p. 23; M. ROMANO, F. STELLA, *Ricoveri, dimissioni*

per i fatti commessi dal paziente sembrerebbero non lasciare allo psichiatra altra scelta se non quella di adoperare qualsiasi strumento risulti idoneo a contenere il paziente, quand'anche questo significhi arrecare un danno alla sua salute, oltre che una profonda lesione della sua libertà e dignità. La giurisprudenza dominante, invero, attribuisce allo psichiatra l'obbligo di impedire che il paziente compia atti auto od etero lesivi³⁶¹, determinando in questo modo un insanabile contrasto tra dovere di cura e dovere di sorveglianza³⁶². Da ciò è derivata la spinta del medico verso l'adozione di pratiche che sono state definite come "medicina difensiva" dei professionisti, più che dei pazienti³⁶³.

Nell'ordinamento vigente, l'esistenza di una posizione di garanzia in capo allo psichiatra, mentre è affermata da dottrina e giurisprudenza prevalente³⁶⁴, è messa radicalmente in discussione da un'altra parte della dottrina³⁶⁵.

Per meglio comprendere le differenti posizioni adottate in materia, occorre procedere preliminarmente alla disamina della fattispecie omissiva impropria di cui all'art. 40, comma 2, c.p., disposizione che ha suscitato rilevanti contrasti interpretativi³⁶⁶. Difatti, la scelta del codificatore di regolamentare nella parte generale l'illecito omissivo improprio, nonostante risulti comprensibile, data la

e trattamento terapeutico dei malati di mente: aspetti penalistici e costituzionali, in Riv. It. Dir. Proc. Pen., 1973, p. 388 ss.

³⁶¹ D. PULITANÒ, *Introduzione*, in G. DODARO, *La posizione di garanzia degli operatori psichiatrici. Giurisprudenza e clinica a confronto*, cit., p. 20.

³⁶² *Ibidem*.

³⁶³ In materia di medicina difensiva si veda: G. FORTI, M. CATINO, F. D'ALESSANDRO, C. MAZZUCATO, G. VARRASO (a cura di), *Il problema della medicina difensiva. Una proposta di riforma in materia di responsabilità penale nell'ambito dell'attività sanitaria e gestione del contenzioso legato al rischio clinico*, Edizioni ETS, Pisa, 2010.

³⁶⁴ Afferma Dodaro G. che a livello giurisprudenziale si è affermato un orientamento che riconosce la posizione di garanzia in capo allo psichiatra solamente dopo il ricovero del paziente presso un SPDC o una struttura residenziale, circostanza nella quale il medico prende concretamente in carico il paziente. G. DODARO, *La posizione di garanzia degli operatori psichiatrici. Giurisprudenza e clinica a confronto*, cit., p. 54. Conformemente, in dottrina: G. MARINUCCI, E. DOLCINI, vol. III, tomo II, *I delitti colposi*, Cedam, Padova, p. 348. Un'altra parte della dottrina, attribuisce l'insorgenza della posizione di garanzia unicamente in conseguenza di un trattamento sanitario obbligatorio: M. ZANCHETTI, *Fra l'incudine e il martello: la responsabilità penale dello psichiatra per il suicidio del paziente in una recente pronuncia della Cassazione*, cit., pp. 2862-2870.

³⁶⁵ D. PULITANÒ, *Introduzione*, G. DODARO, *La posizione di garanzia degli operatori psichiatrici. Giurisprudenza e clinica a confronto*, cit., p. 22; F. MAISTO, *Imputabilità e vulnerabilità*, cit., n. 4. Nello specifico, una parte della dottrina penalistica (come si vedrà in seguito, Bricola F., Fiandaca G., A. Manacorda e altri) esclude che si possa ipotizzare un obbligo giuridico di impedire che il paziente commetta dei reati, bensì ammette la configurabilità di doveri terapeutici, connessi cioè al rapporto di cura con il paziente a rischio suicidario.

³⁶⁶ «Poche norme hanno incontrato un così diffuso disvalore e una così viva opposizione». G. GRASSO, *Il reato omissivo improprio: la struttura obiettiva della fattispecie*, cit., p. 103.

difficoltà di individuare in maniera specifica tutti i casi nei quali l'omissione impeditiva sia equiparabile all'azione, solleva importanti obiezioni sotto il profilo della compatibilità con il principio di legalità e sufficiente determinatezza³⁶⁷.

La disciplina del reato omissivo improprio ruota attorno all'art. 40, comma 2, c.p. il quale contiene una clausola, definita di equivalenza, alla stregua della quale «non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire equivale a cagionarlo». Il reato omissivo improprio, invero, si deve considerare integrato quando risulti che se il titolare della posizione di garanzia avesse agito, avrebbe evitato che l'evento, di regola coincidente con quello tipico di una fattispecie commissiva di parte speciale, si verificasse.

Il primo elemento costitutivo della fattispecie è la situazione tipica, ovvero il concreto pericolo che si verifichi l'evento lesivo che il garante è tenuto impedire³⁶⁸, rendendo attuale, in capo a quest'ultimo, l'obbligo di agire penalmente sanzionato³⁶⁹. Ulteriore elemento della condotta è il mancato compimento dell'azione doverosa, che deve essere necessariamente circostanziato dalla possibilità materiale di compiere l'azione prescritta³⁷⁰. L'evento diversamente dalle fattispecie commissive, non è legato all'omissione da un nesso eziologico diretto; l'art. 40, comma 2, c.p., infatti, descrive un rapporto di causalità di stampo non naturalistico, bensì normativo³⁷¹. Sulla natura di tale connessione causale si registrano, ancora oggi, diversi orientamenti. Da una parte v'è chi sostiene che il non impedire l'evento rappresenti una categoria realistica della causalità³⁷²: alla stregua di detto orientamento, il comportamento omissivo sarebbe doppiamente impeditivo, poiché impedirebbe il comportamento che il soggetto era tenuto a compiere, il quale, se correttamente realizzato, avrebbe evitato il verificarsi dell'evento dannoso. La dottrina prevalente³⁷³, diversamente, nega la possibilità di definire la causalità omissiva in termini naturalistici poiché

³⁶⁷ G. FIANDACA, *Reati omissivi e responsabilità penale per omissione*, in *Il Foro It.*, 1983, 106, 2, p. 38.

³⁶⁸ *Ivi*, p. 362.

³⁶⁹ *Ibidem*.

³⁷⁰ Il principio *ad impossibilia nemo tenetur* impedisce di pretendere dal garante più di quanto sia in grado di fare. CANESTRARI S., *Diritto penale, Parte generale*, cit., p. 363.

³⁷¹ S. CANESTRARI, *Diritto penale, Parte generale*, cit., p. 360.

³⁷² S. ANZILLOTTI, *La posizione di garanzia del medico. Uno studio giuridico, bioetico e deontologico*, Giuffrè editore, 2013, p. 21.

³⁷³ In tal senso: G. GRASSO, *Il reato omissivo improprio: la struttura obiettiva della fattispecie*, cit., pp. 600 ss.

sotto il profilo materiale il soggetto non compie nessuna azione in grado di modificare il percorso causale. V'è anche chi³⁷⁴ sostiene che tra la causalità omissiva e attiva vi sarebbe una differenza ontologica, una “diversità di essenza”: il nesso di causalità intercorrente tra azione ed evento sarebbe caratterizzato da un'essenza naturalistica, mentre la relazione causale tra evento e omissione avrebbe natura normativa.

Il rapporto tra omissione ed evento è sempre nei termini di un non impedimento e la scelta di quale definizione utilizzare per descriverlo rimane una questione quasi esclusivamente terminologica³⁷⁵.

Al fine di verificare la sussistenza della causalità omissiva, il giudizio controfattuale non consisterà nell'eliminare la condotta, bensì nell'aggiungere la condotta doverosa e ipotizzare quali sarebbero state le conseguenze se il soggetto avesse agito in conformità ai propri obblighi. Da ciò deriva che, mentre nella causalità attiva il giudizio controfattuale comporta la formulazione di un'unica ipotesi, la causalità omissiva prevede la formulazione di due ipotesi, occorrendo misurare l'incidenza causale del fattore antecedente e, successivamente, quella della condotta omessa.³⁷⁶

La spinosa questione della causalità omissiva è stata affrontata dalla giurisprudenza, la quale, soprattutto in materia di responsabilità colposa del medico, ha incontrato le difficoltà che nascono dalla necessità di accertare quale sarebbe stato l'esito, se il medico avesse compiuto l'atto diagnostico o terapeutico, in concreto omesso³⁷⁷. In questo campo, infatti, non essendo noto il decorso della malattia, spesso risulta impossibile affermare con certezza l'esito fausto dell'intervento medico³⁷⁸.

La posizione di garanzia vincola chi ne è titolare alla tutela di un bene giuridico appartenente ad un altro soggetto. La categoria del reato omissivo

³⁷⁴ F. MANTOVANI, cit., p. 162.

³⁷⁵ G. GRASSO, *Il reato omissivo improprio: la struttura obiettiva della fattispecie*, cit., p. 112.

³⁷⁶ F. CARINGELLA, F. DELLA VALLE, M. DE PALMA, *Manuale di diritto penale, Parte generale*, Dike Giuridica Editore, 2015, p. 547.

³⁷⁷ Cass., Sez. IV, 27 gennaio 2006, n. 3380; Cass., Sez. IV, 2 febbraio 2007, n. 4177, in Guida al dir., 2007, 10, p. 66; Cass., Sez. IV, 3 ottobre 2007, n. 36162, con nota di NORDIO, Responsabilità medica: piccolo passo in avanti in senso garantista. Ma il nodo resta, in *Diritto e Giustizia*.

³⁷⁸ F. CARINGELLA, S. MAZZAMUTO, G. MORBIDELLI, *Manuale di diritto penale, Parte generale*, Dike Giuridica Editrice, 2015, pp. 550 ss.

improprio è stata istituita, per l'appunto, allo scopo di garantire a determinati beni giuridici una tutela rafforzata, stante l'incapacità dei rispettivi titolari di proteggerli in maniera adeguata³⁷⁹. Il vincolo si definisce speciale perché non incombe sulla collettività in generale, bensì soltanto su alcuni soggetti, da ciò derivando che possono essere chiamati a rispondere a titolo di responsabilità omissiva, soltanto i titolari di detta posizione.³⁸⁰

La prima questione da risolvere riguardo alla posizione di garanzia è rappresentata dai criteri sulla base dei quali si rileva l'esistenza di detta posizione. In ordine a tale questione si sono formate, inizialmente, due diverse teorie, alle quali se ne è aggiunta successivamente una terza³⁸¹. Secondo la prima teoria, detta formale, la fonte dell'obbligo deve coincidere necessariamente con la legge, *lato sensu* intesa³⁸². A tale impostazione si contrappone quella contenutistico-funzionale, la quale considera fonte della responsabilità per mancato impedimento l'esigenza solidaristica di fornire una tutela rafforzata a determinati beni, stante l'incapacità dei titolari di provvedere alla loro tutela³⁸³. Secondo questo orientamento, la posizione fattuale di garanzia³⁸⁴, così è stata definita, sussisterebbe in capo a chi possieda un potere di signoria in relazione al possibile verificarsi di determinati lesioni del bene protetto³⁸⁵. Le obiezioni suscitate da quest'ultima teoria sotto il profilo della legalità, nella forma della sufficiente determinatezza, hanno impedito a dottrina e giurisprudenza di ritenere superata la teoria formale. Dall'intenzione di superare i limiti di ciascuno dei suddetti

³⁷⁹ G. FIANDACA, E. MUSCO, *Diritto penale, Parte generale*, cit., pp. 610 ss.

³⁸⁰ *Ibidem*.

³⁸¹ Le pronunce della giurisprudenza oscillano tra le tre tesi: infatti, nonostante prevalgano le decisioni che accolgono le teorie formale e mista, non mancano pronunce che si fondano su quella funzionale. Si vedano al riguardo le note successive a questa. L'originaria impostazione della teoria in questione individuava tre diverse fonti: la legge, il contratto e la precedente azione pericolosa. G. FIANDACA, *Il reato commissivo mediante omissione*, pp. 3-30, nel quale l'autore esclude che nel nostro ordinamento la posizione di garanzia possa derivare dal precedente fare pericoloso di un soggetto.

³⁸² Per tutti: F. ANTOLISEI, *L'obbligo di impedire l'evento*, in Riv. it. dir. pen., 1936, pp. 134 ss. Nella giurisprudenza più recente: Cass., Sez. III, 17 gennaio 2012, n. 1369, in Dir. pen. cont., 21 aprile 2012; Cass., Sez. III, 30 gennaio 2008, n. 4730, in Cass. Pen. 2008, p. 3230. All'impostazione formale viene rimproverato di non riuscire ad individuare efficacemente quali sono gli obblighi impeditivi, dai quali sorge la responsabilità omissiva. I. LEONCINI, *Obbligo di attivarsi, obbligo di garanzia e obbligo di sorveglianza*, Torino, 1999, p. 37.

³⁸³ G. FIANDACA, *Il reato commissivo mediante omissione*, cit., pp. 129-170.

³⁸⁴ Cass., Sez. IV, 14 novembre 2007, n. 10795, in F. GIUNTA, in *Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)*, pp. 28 - 29., in Cass. pen., 2009, p. 2529.

³⁸⁵ G. FIANDACA, *Il reato commissivo mediante omissione*, cit., pp. 162-163.

orientamenti, è nata la teoria mista o eclettica³⁸⁶. Tale definizione deriva dal tentativo di comporre le esigenze di legalità ed effettività della garanzia scaturenti dalle precedenti impostazioni: alla stregua di tale indirizzo teorico, per aversi l'obbligo giuridico di cui all'art. 40, comma 2, c.p. è necessaria sia la presenza di una fonte formale che il rapporto di garanzia tra il soggetto che ne è titolare e il bene giuridico da proteggere. Pertanto, dei vari obblighi gravanti su di un soggetto agente devono essere considerati soltanto quelli rispetto ai quali egli abbia concreti poteri impeditivi dell'offesa.³⁸⁷

Sulla stessa linea di indirizzo, la giurisprudenza di legittimità ha sviluppato una nuova concezione della posizione di garanzia, segnatamente una posizione da applicare nell'ambito della responsabilità medica. Secondo detta impostazione, una tale posizione può configurarsi in capo al medico solo con l'instaurarsi della relazione terapeutica con il paziente, a prescindere dal conferimento formale di un incarico.³⁸⁸

In assenza dei poteri impeditivi di cui sopra, potranno costituirsi altri obblighi di agire, di attivarsi o di sorvegliare, ma non un obbligo di garanzia: poiché tali poteri sono di appartenenza esclusiva del garante, il loro esercizio da parte di chi non ne sia titolare comporterebbe l'illegittima invasione della sfera giuridica personale del garante stesso.³⁸⁹ Gli obblighi di sorvegliare sono anch'essi obblighi giuridici, ma gravano su soggetti che sono titolari di poteri giuridici, non impeditivi, ma di mera vigilanza. Essi impongono al titolare l'obbligo di vigilare sull'altrui condotta e, eventualmente, di informare in caso di offesa il titolare o il garante del bene da essa interessato.³⁹⁰ Per esclusione, il mero obbligo di attivarsi, invero, comprende ogni obbligo giuridico di agire per la tutela di determinati beni giuridici, stante in capo ad un soggetto che è privo di poteri impeditivi e di

³⁸⁶ I. LEONCINI, *Obbligo di attivarsi, obbligo di garanzia e obbligo di sorveglianza*, cit., p. 66.

³⁸⁷ G. GRASSO, *Il reato omissivo improprio: la struttura obiettiva della fattispecie*, cit., p. 221; Cass., Sez. IV, 23 settembre 2013, n.39158, in *DeJure*; Cass., Sez. IV, 21 maggio 1998, n. 8217, in *Cass. pen.*, 2000, p. 583.

³⁸⁸ F. GIUNTA e altri, Cass. IV, 14 novembre 2007 (11 marzo 2008), n. 10795, imp. Pozzi, est. Brusco, in F. GIUNTA, in *Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)*, pp. 28 - 29.

³⁸⁹ I. LEONCINI, *Obblighi di attivarsi, di garanzia e di sorveglianza*, cit., p. 78.

³⁹⁰ *Ivi*, p. 164.

sorveglianza. Tale obbligo scaturisce dal verificarsi del presupposto di fatto, indicato dalla stessa norma.³⁹¹

L'obbligo di garanzia, invece, integra un dovere giuridico penalmente rilevante e si configura quando sia una fonte formale a prevederlo; segnatamente, la norma che lo prevede deve indicare la condotta tipica della fattispecie omissiva impropria. Quanto ai poteri impeditivi, anche questi devono essere indicati da una norma, il cui contenuto deve consistere nei doveri di vigilanza e di intervento nelle situazioni in cui il bene sia esposto al rischio di un pregiudizio.³⁹²

In base alla funzione materiale attribuita al garante, la dottrina ha operato diverse classificazioni delle posizioni di garanzia: secondo un primo orientamento, le posizioni sarebbero due, una di protezione e l'altra di controllo³⁹³. Un'altra parte della dottrina, invece, ha proposto una tripartizione, alla stregua della quale, accanto alle posizioni di protezione e controllo, si colloca l'autonoma posizione riguardante l'impedimento di fatti di reato di terzi³⁹⁴. Procediamo ora alla descrizione di ciascuna posizione di garanzia. La posizione di protezione impone a chi ne è titolare l'obbligo di preservare i beni giuridici, che ne sono oggetto, da tutti i pericoli che possono minare la loro integrità, a prescindere dalla fonte da cui scaturiscono.³⁹⁵ Diversa è la posizione di controllo, la quale, invece, obbliga chi la detiene a neutralizzare determinate fonti di pericolo, allo scopo di tutelare l'integrità di tutti i beni giuridici che vi sono esposti³⁹⁶. La costituzione dell'obbligo di controllo non richiede la vicinanza tra il soggetto e il bene giuridico da garantire, dovendo il garante essere vicino alla fonte di pericolo da controllare. Nello specifico, l'obbligo in questione comprende soltanto obblighi di sicurezza, di prevenzione, non anche un obbligo di

³⁹¹ F. MANTOVANI, *Diritto penale, Parte generale*, cit., p. 165.

³⁹² Ivi, pp. 79 ss.

³⁹³ La bipartizione è senz'altro da attribuire ai fautori della teoria contenutistico-funzionale. Si veda, ad esempio, G. FIANDACA, *Il reato commissivo mediante omissione*, cit., pp. 204 ss.

³⁹⁴ G. GRASSO, *Il reato omissivo improprio: la struttura obiettiva della fattispecie*, cit., pp. 293 ss; F. MANTOVANI, L'obbligo di garanzia ricostruito alla luce dei principi di legalità, solidarietà, libertà, responsabilità personale, in Riv. It. Dir. Proc. Pen., 2001, pp. 351 ss; F. MANTOVANI, *Diritto penale, Parte generale*, cit., pp. 168 ss.

³⁹⁵ Vengono tradizionalmente considerati oggetto della posizione di protezione gli obblighi del personale sanitario, medico e paramedico, di proteggere la salute e l'integrità fisica del paziente. La principale fonte formale di tale obbligo viene individuata nella l. 833/1978.

³⁹⁶ Solitamente, sono titolari di detta posizione coloro i quali hanno un rapporto di detenzione, proprietà sulla cosa, mobile o immobile, fonte di pericolo.

salvataggio del bene posto in pericolo.³⁹⁷ Infine, la terza posizione obbliga chi ne è titolare ad impedire che un determinato soggetto possa compiere azioni criminose³⁹⁸. Essa si configura quando al soggetto garante è conferito il potere di vigilare sulla condotta di terzi e, altresì, di impedire che essi possano compiere azioni penalmente tipiche, comportando la violazione di tale obbligo la responsabilità del garante a titolo di concorso nel reato non impedito.³⁹⁹

3.3.1 Il particolare caso del medico psichiatra

Come si è già avuto modo di vedere, la legislazione psichiatrica italiana del 1904 si incentrava su un modello custodialistico-repressivo, fondato sulla previsione di un intervento di pubblica sicurezza come strumento di difesa sociale contro i comportamenti del malato di mente. In particolare, dagli artt. 714 e 717 c.p. scaturiva in capo allo psichiatra un obbligo di custodia, implicante altresì un dovere di impedimento dell'evento. Si trattava di un vincolo di risultato che lo psichiatra assumeva al momento dell'accettazione dell'incarico e consisteva nell'impedire gli eventi di aggressione auto ed etero diretti.⁴⁰⁰

A tutt'oggi, nonostante non si registri una posizione univoca né in dottrina né in giurisprudenza, un orientamento che prevale sugli altri esiste ed è quello che riconosce in capo allo psichiatra una posizione di garanzia di ampio contenuto.

La posizione di garanzia in capo allo psichiatra, è bene precisarlo sin da ora, viene declinata in diversi modi dalla dottrina, derivando da ciò l'attribuzione al medico di obblighi giuridici di contenuto differente. V'è, invero, chi sostiene che lo psichiatra sia titolare esclusivamente di una posizione di protezione, consistente nella cura del paziente e nell'impedimento dei fatti lesivi commessi dal malato⁴⁰¹. Un'altra tesi afferma che tali obblighi deriverebbero da una posizione, insieme di

³⁹⁷ I. LEONCINI, *Obblighi di attivarsi, di garanzia e di sorveglianza*, cit., p. 99.

³⁹⁸ G. GRASSO, *Il reato omissivo: la struttura obiettiva della fattispecie*, cit., p. 293.

³⁹⁹ I. LEONCINI, *Obblighi di attivarsi, di garanzia e di sorveglianza*, cit., p. 122; F. MANTOVANI, *Diritto penale, Parte generale*, cit., p. 168 ss.

⁴⁰⁰ G. MARRA, *La responsabilità dello psichiatra nella giurisprudenza successiva alla l. n. 180/1978*, in Cass. Pen., 2006, 10, pp. 3429-3430.

⁴⁰¹ D. PULITANÒ, *Introduzione*, in G. DODARO, *La posizione di garanzia degli operatori psichiatrici, Giurisprudenza e clinica a confronto*, cit., p. 26.

protezione e di controllo⁴⁰², talaltri, invece, limitano la responsabilità omissiva agli eventi autolesivi posti in essere dal paziente a causa della malattia mentale, sulla base di una posizione di mera protezione e cura⁴⁰³. Tali orientamenti sono fortemente criticati da una parte, seppur minoritaria, della dottrina che esclude che lo psichiatra sia investito di una posizione di garanzia intesa come fonte dell'obbligo di impedire gli agiti aggressivi del paziente.⁴⁰⁴

La giurisprudenza maggioritaria accoglie la tesi che vede costituita in capo al medico psichiatra una posizione impeditiva e di protezione, avente ad oggetto, oltre al dovere di cura, l'obbligo di sorvegliare il malato di mente che risulti in concreto pericoloso e impedire che egli possa compiere atti auto ed etero lesivi⁴⁰⁵. Ancora oggi, quindi, ad onta della riforma psichiatrica, il medico, oltre al dovere di cura, sarebbe titolare di un obbligo di custodia finalizzato a neutralizzare la

⁴⁰² F. INTRONA, *Problemi interpretativi, pratici e burocratici suscitati dalla legge sui trattamenti sanitari obbligatori dei malati di mente*, cit., p. 13 ss.; A. FIORI, *La riforma (della riforma) psichiatrica e la responsabilità professionale dello psichiatra*, cit., p. 542 ss.; G. CANEPA, *Note introduttive allo studio della responsabilità professionale dello psichiatra in ambito ospedaliero*, in Riv. it. med. leg., 1983, p. 24 ss.; U. FORNARI, *Il trattamento del malato di mente e la legge 180/78: aspetti psichiatrico-forensi e medico-legali*, in Riv. It. Med. Leg., 1984, p. 961 ss. e Id., *Trattato di psichiatria forense*, cit., p. 971 ss; R. ZANNOTTI, *La responsabilità penale dello psichiatra e dello psicologo*, in G. GIUSTI (a cura di), *Trattato di medicina legale e scienze affini*, cit., p. 488.

⁴⁰³ C. CUPPELLI, *La colpa dello psichiatra. Rischi e responsabilità tra poteri impeditivi, regole cautelari e linee guida*, in Dir. Pen. Cont., 2016, Testo scritto dell'intervento alla Tavola rotonda su "La responsabilità penale dello psichiatra" svoltasi presso l'Aula della Corte di Assise del Tribunale di Viterbo il 25 febbraio 2016; P. VENEZIANI, *I delitti contro la vita e l'incolumità individuale*, in G. MARINUCCI, E. DOLCINI (diretto da), *Trattato di diritto penale. Parte speciale*, Cedam, Padova, 2003, p. 345 ss.; G. FIANDACA, *Problemi e limiti della responsabilità professionale dello psichiatra*, cit., c. 108 ss.; M. ZANCHETTI, *Fra l'incudine e il martello: la responsabilità penale dello psichiatra per il suicidio del paziente in una recente pronuncia della Cassazione*, cit., p. 2860 ss.; M. MASPERO, *Mancata previsione di evento suicidario e responsabilità dello psichiatra: creazione di un "Fuzzy set" o rilevazione di un ossimoro?*, in Riv. It. Med. Leg., 2005, p. 913 ss.; F. BRICOLA, *La responsabilità penale dell'operatore di salute mentale: profili penalistici generali*, in F. BRICOLA, G. FIANDACA, A. MANACORDA, N. MAZZACUVA, M. PORTIGLIATTI BARBOS, G. B. TRAVERSO, *Tutela della salute mentale e responsabilità penale degli operatori*, cit., p. 137 ss.

⁴⁰⁴ R. ZACCARIELLO, *Questioni in tema di responsabilità penale dello psichiatra per condotte auto o etero lesive poste in essere dal paziente*, www.psichiatria.it, p.6; S. FERRACUTI, A. COPPOTELLI, V. VOLTERRA, *Responsabilità dello psichiatra*, in V. VOLTERRA (a cura di), *Psichiatria forense, criminologia ed etica psichiatrica*, Elsevier-Masson, Milano, 2010, p. 559; E. VENTURINI, *Conclusioni*, in E. VENTURINI, D. CASAGRANDE, L. TORESINI, *Il folle reato. Il rapporto tra la responsabilità dello psichiatra e la imputabilità del paziente*, FrancoAngeli, Milano, 2010, p. 205.

⁴⁰⁵ Ivi, p. 158; Cass., Sez. VI, 15 maggio 2012, n. 18504, in Riv. it. med. leg., 2012, p. 1707 ss; F. Giunta e altri, Cass. IV, 5 febbraio (6 maggio) 2009, n. 18950, imp. Petrillo e altro, est. Licari, in *Il diritto penale della medicina*, cit. .

possibile pericolosità del malato.⁴⁰⁶ Secondo quanto affermato dalla Corte di Cassazione, infatti, «lo scopo primario delle cure psichiatriche è quello di eliminare, o contenere la sofferenza psichica del paziente, ma quando la situazione di questi sia idonea a degenerare — anche con atti di auto - o etero - aggressività — il trattamento obbligatorio presso strutture ospedaliere è diretto ad evitare tutte le conseguenze negative che la sofferenza psichica cagiona»⁴⁰⁷, comprese quelle dirette verso terzi, poiché la violenta manifestazione della patologia «non reca danno solo al terzo aggredito, ma anche all'aggressore»⁴⁰⁸. Nell'investire il medico psichiatra della posizione in questione, la giurisprudenza di legittimità non compie alcuna distinzione tra i trattamenti sanitari coattivi e volontari. Essa, infatti, afferma i doveri di protezione e di sorveglianza in relazione alle condotte auto ed etero lesive che gravano sullo psichiatra anche fuori dalle ipotesi di ricovero coatto⁴⁰⁹.

Per dovere di completezza occorre precisare che un recente orientamento della giurisprudenza di merito ha elaborato una posizione di controllo in capo al sanitario, seppur circoscritta all'interno dei luoghi di degenza.⁴¹⁰ In forza di tale posizione al garante è attribuito il dovere di impedire che determinate fonti di pericolo, nei confronti delle quali ha poteri di signoria, rechino danni a terzi. Secondo l'indirizzo in questione, la violenza e l'aggressività del paziente vengono in rilievo non solo come alterazioni comportamentali legate alla malattia, ma altresì come fonti di pericolo da gestire. Il controllo, dunque, viene ad integrare una delle dimensioni in cui si sviluppa il piano degli obblighi del medico psichiatra e determinare il sorgere di corrispondenti doveri di sicurezza in capo ad ogni operatore psichiatrico. Il comportamento illecito posto in essere del paziente diventa, così, fonte di responsabilità penale per coloro che non hanno

⁴⁰⁶ G. IADECOLA, M. BONA, *La responsabilità dei medici e delle strutture sanitarie, Profili penali e civili*, Giuffrè Editore, 2009, p. 158.

⁴⁰⁷ E. VENTURINI, D. CASAGRANDE, L. TORESINI, *Il folle reato. Il rapporto tra la responsabilità dello psichiatra e la imputabilità del paziente*, cit., p. 261.

⁴⁰⁸ *Ibidem*.

⁴⁰⁹ Cass. Sez. IV, 12 febbraio 2013, n. 16975, in Guida dir., 2013, 24, p. 84; Cass., Sez. IV, 14 giugno 2016, n. 33609, in CED 267446; Cass., Sez. IV, 27 novembre 2008, n. 48292, Desana, in Cass. pen., 2010, p. 1462 ss. Di opinione contraria sono S. CANESTRARI, L. CORNACCHIA, G. DE SIMONE, *Manuale di diritto penale, Parte generale*, Il mulino, Bologna, 2007, p. 377. Questi ritengono che dalla negazione della posizione di garanzia dello psichiatra sia derivato il divieto di privazione della libertà del paziente in trattamento sanitario volontario.

⁴¹⁰ Trib. Milano, 9 dicembre 2008, disponibile online sul sito <https://www.francoangeli.it>.

rispettato quei doveri volti ad impedire il concretizzarsi del pericolo derivante dalla malattia psichica.

Diversa è l'impostazione proposta dall'indirizzo dottrinale che, oltre a quella di protezione, configura in capo allo psichiatra un'ulteriore posizione di controllo. Quest'ultima sarebbe volta a neutralizzare ogni pericolo derivante dalla malattia psichiatrica: il paziente malato di mente, fonte di pericolo, potrebbe provocare danni, non soltanto a sé, ma anche a terzi.⁴¹¹ La riforma psichiatrica del 1978, secondo l'orientamento in questione, non ha bandito il concetto di pericolosità del malato mentale, potendo ancora persistere una connessione tra malattia mentale e pericolosità⁴¹². Tale posizione di controllo deriverebbe non solo dalla natura pubblicistica del servizio di igiene mentale, ma altresì dalla presa in carico da parte del medico del soggetto disturbato⁴¹³. Quest'ultima condizione, alla stregua della teoria in esame, fa sorgere un rapporto di dipendenza, sufficiente a connotare tale posizione⁴¹⁴. Secondo tale indirizzo, l'obbligo di cura in capo allo psichiatra include il dovere di impedire gli atti auto ed etero lesivi del paziente, poiché essi non sono altro che l'estrinsecazione della malattia mentale⁴¹⁵. Alla stregua di tale teoria, infatti, il fatto che la riforma abbia determinato il superamento della presunzione assoluta di pericolosità non comporta il disconoscimento del dato fattuale, secondo cui le persone affette da disturbi mentali possono rivelarsi pericolose⁴¹⁶. Dunque, nel caso in cui il paziente manifestasse dei comportamenti pericolosi, a prescindere dal fatto che essi siano auto o etero diretti, si costituirebbe in capo allo psichiatra l'obbligo di adottare i mezzi necessari allo scopo di scongiurare l'evento lesivo. In caso contrario, a norma dell'art. 40, comma 2, c.p., il sanitario sarebbe responsabile, a titolo colposo, della lesione

⁴¹¹ R. ZANNOTTI, *La responsabilità penale dello psichiatra e dello psicologo*, in G. GIUSTI (a cura di), *Trattato di medicina legale e scienze affini*, cit., p. 488.

⁴¹² G. ROCCA, C. CANDELLI, I. ROSSETTO, F. CARABELLESE, *La valutazione psichiatrica forense della pericolosità sociale del sofferente psichico autore di reato. Nuove prospettive tra indagine clinica e sistemi attuariali*, in Riv. It. Med. Leg., 4, 2012, pp. 1444.

⁴¹³ G. MARRA, *Un caso di responsabilità penale dello psichiatra per l'omicidio commesso dal suo paziente*, in Cass. Pen., 2008, 10, p. 2611.

⁴¹⁴ *Ibidem*.

⁴¹⁵ P. PIRAS, C. SALE, *Atti auto ed etero lesivi e responsabilità dello psichiatra*, in Cass. Pen., 2010, n. 4, pp. 1471 ss. Conformemente, in giurisprudenza: Cass. Sez. IV, 29 dicembre 2008, n. 48292, in Cass. pen., 2010, p. 1462 ss.

⁴¹⁶ F. INTRONA, *Problemi interpretativi, pratici e burocratici suscitati dalla legge sui trattamenti sanitari obbligatori dei malati di mente*, in Riv. it. med. leg., 1980, p. 13.

cagionata dal malato di mente a terzi. A tal proposito, la dottrina chiama in causa l'art. 32 Cost., ovvero il diritto alla salute collettivamente inteso, in ossequio al quale, in qualità di garante della salute collettiva, lo psichiatra è tenuto ad impedire che il paziente, fonte di pericolo, danneggi con la propria condotta terze persone⁴¹⁷.

L'interpretazione delle riforma psichiatrica che l'orientamento in esame fornisce, a parere di chi scrive, pare introdurre una presunzione di segno opposto: una presunzione relativa di non pericolosità del malato di mente. Ciò sta a significare che, qualora il malato mentale assuma dei comportamenti in concreto pericolosi per sé o per altri, è compito dello psichiatra adottare i mezzi protettivi di cui può disporre. Tra questi potrebbero essere ricompresi degli strumenti di custodia: infatti, a fronte delle esigenze del paziente e del caso concreto, l'intervento del sanitario può essere esteso fino a ricomprendere eventuali momenti di custodia, a condizione che essi siano stati concordati preliminarmente⁴¹⁸.

Secondo un indirizzo giurisprudenziale, recentemente confermato dalla Corte di Cassazione, quest'ultimo obbligo ricomprende, non solo le alterazioni comportamentali che possono sfociare in gesti lesivi, ma altresì tutte le conseguenze personali a cui si espone il paziente, comprese quelle che il Legislatore ricollega alla violazione della legge penale.⁴¹⁹

L'attribuzione di una tale posizione di garanzia in capo allo psichiatra, ancora oggi frequente, rappresenta tuttavia, secondo molti, un'illegittima ingerenza del potere giurisdizionale nell'attività amministrativa di tutela della salute⁴²⁰, che, nella pratica, induce il sanitario ad adottare trattamenti di tipo repressivo o restrittivo nei confronti del malato mentale.⁴²¹

⁴¹⁷ G. CANEPA, *Note introduttive allo studio della responsabilità professionale dello psichiatra in ambito ospedaliero*, cit., p. 24.

⁴¹⁸ G. IADECOLA, *Responsabilità del direttore di una casa di cura per il suicidio di una paziente affetta da sindrome depressiva*, in Riv. Dir. pen. e proc., 2004, p. 1151. Nello stesso senso, la già citata pronuncia della Cass. Sez. IV, 27 novembre 2008, n. 48292.

⁴¹⁹ Cass. Pen., Sez. IV, 14 novembre 2007, n. 10795, in F. GIUNTA, in *Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)*, pp. 28 - 29..

⁴²⁰ F. BRICOLA, *Tutela salute mentale*, in F. BRICOLA, G. FIANDACA, A. MANACORDA, N. MAZZACUVA, M. PORTIGLIATTI BARBOS, G.B. TRAVERSO, *Tutela della salute mentale e responsabilità penale degli operatori*, cit., p. 191.

⁴²¹ A. MANACORDA, *Lineamenti per una riflessione sulla responsabilità penale dell'operatore di salute mentale*, in F. BRICOLA, G. FIANDACA, A. MANACORDA, N.

Infatti, alla stregua dell'orientamento appena esposto, che si ritiene debba essere accolto, gli unici obblighi facenti capo allo psichiatra appaiono riconducibili ad una posizione di protezione di stampo "terapeutico" nei confronti del paziente⁴²². Risulta ampiamente condiviso a livello scientifico che «il modello custodialistico e quello terapeutico sono antitetici e inconciliabili, per diversità e incompatibilità di metodologie adottate e di finalità perseguite».⁴²³ A seguito della riforma, invero, il trattamento sanitario ha acquistato una funzione esclusivamente terapeutica. Secondo autorevole dottrina, abolita la presunzione di pericolosità, lo psichiatra non è più titolare di in una posizione di controllo nei confronti del malato mentale e, dunque, non è tenuto ad impedire che questi offenda i beni di terzi soggetti, né può disporre del trattamento sanitario come strumento per impedire tale risultato⁴²⁴. Infatti, l'obbligo giuridico del comportamento impediente, per essere legittimo, deve essere definito in modo certo e univoco da norme di legge. Solo assicurando la possibilità di scegliere tra i comportamenti considerati leciti e quelli considerati illeciti⁴²⁵ si può ritenere garantita la condizione di coloro ai quali può essere addebitata la violazione⁴²⁶. Tale argomento non riguarda lo psichiatra, al quale nessuna norma giuridica affida il dovere di impedire al paziente il compimento di atti etero lesivi. Al contrario esistono diversi riferimenti normativi dai quali è possibile dedurre l'esclusione di qualsivoglia componente *custodialistica* dell'attività psichiatrica: prime fra tutte, le norme contenute nelle leggi 180/78 e 833/78. Invero, l'attività dello psichiatra, a tenore di tali disposizioni normative, deve essere volta a realizzare funzioni

MAZZACUVA, M. PORTIGLIATTI BARBOS, G. B. TRAVERSO, *Tutela della salute mentale e responsabilità penale degli operatori*, cit., pp. 44 ss.

⁴²² R. CATANESI, A.MANNA, A. VENTRIGLIO, *Community mental health services and responsibility of psychiatrists in Italy: Lessons for the globe*, cit.; G. BOTTACCIOLI, G. CERQUETTI, *L'operatore della salute mentale e il diritto penale. Riflessioni su alcune sentenze del giudice istruttore presso il Tribunale di Terni*, in F. BRICOLA, G. FIANDACA, A. MANACORDA, N. MAZZACUVA, M. PORTIGLIATTI BARBOS, G. B. TRAVERSO, *Tutela della salute mentale e responsabilità penale degli operatori*, cit., p. 168 ss.

⁴²³ U. FORNARI, *Trattato di psichiatria forense*, cit., p. 946.

⁴²⁴ R. ZACCARIELLO, *Questioni in tema di responsabilità penale dello psichiatra per condotte auto o etero lesive poste in essere dal paziente*, www.psichiatria.it, p.7; E. POZZI, *Il fatto e le sue conseguenze: posizione di garanzia e legge 180*, in *Psichiatria di comunità*, 2008, VII, 4, pp. 217-221; E. VENTURINI, *Conclusioni*, in E. VENTURINI, D. CASAGRANDE, L. TORESINI, *Il folle reato. Il rapporto tra responsabilità dello psichiatra e imputabilità del paziente*, cit., p. 205.

⁴²⁵ *Ibidem*.

⁴²⁶ *Ivi*, pp. 42-43.

esclusivamente terapeutiche, sempre finalizzate ad ottenere il consenso e la spontanea partecipazione del paziente⁴²⁷.

Sulla scorta di tali argomentazioni, qualunque limitazione della libertà è antigiusuridica e può costituire, ricorrendone gli altri presupposti, i delitti di sequestro di persona, violenza privata o maltrattamenti⁴²⁸. Anche la dottrina medico-legale maggioritaria afferma la sussistenza di una tale posizione di protezione⁴²⁹. Essa comporterebbe l'obbligo di prestare idonei interventi di natura terapeutica e diagnostica e misure precauzionali, unite al coinvolgimento di figure istituzionali e familiari⁴³⁰. L'unico dovere configurabile in capo allo psichiatra sarebbe quello di operare allo scopo di garantire alcuni tra i beni giuridici appartenenti al malato, quali la vita e l'incolumità individuale⁴³¹.

Pertanto, la questione che rimane da risolvere è se tale dovere comporti l'insorgere in capo allo psichiatra dell'obbligo di impedire l'atto autolesivo del malato mentale con ogni mezzo, inclusa la contenzione.

La giurisprudenza più recente ribadisce che «il medico psichiatra deve ritenersi titolare di una posizione di garanzia nei confronti del paziente (anche là dove quest'ultimo non sia sottoposto a ricovero coatto), con la conseguenza che lo stesso, quando sussista il concreto rischio di condotte autolesive, anche suicidarie, è tenuto ad apprestare specifiche cautele».⁴³²

La posizione in esame assume, dunque, i connotati della sopra descritta posizione di protezione, in merito alla quale non sussiste alcun dubbio. Tuttavia, ciò non è sufficiente a decretare la responsabilità del medico psichiatra ogniqualvolta il paziente commetta il suicidio. A tal proposito, il primo nodo da sciogliere riguarda la prevedibilità dell'evento suicidario, requisito essenziale della responsabilità omissiva di cui all'art. 40, comma 2, c.p. A tal fine, occorre che le conoscenze attuali, la storia pregressa del paziente e la "scienza medica"

⁴²⁷ G. FIANDACA, *Responsabilità penale dell'operatore di salute mentale: i reati omissivi*, in F. BRICOLA, G. FIANDACA, A. MANACORDA, N. MAZZACUVA, M. PORTIGLIATTI BARBOS, G. B. TRAVERSO, cit., p. 205.

⁴²⁸ *Ivi.*, p. 169.

⁴²⁹ S. JOURDAN, *La responsabilità dello psichiatra per le azioni violente compiute dal paziente: prevedibilità dell'evento e possibilità di evitarlo*, in U. FURNARI, S. JOURDAN (a cura di), *Responsabilità professionale dello psichiatra*, Centro scientifico Editore, Torino, 2006, p. 115.

⁴³⁰ *Ibidem.*

⁴³¹ *Ibidem.*

⁴³² Cass., Sez. IV, 27 novembre 2008, n. 48292, cit.; Cass. Pen., sez. IV, 14 giugno 2016, n. 33609, cit.

(da intendersi come “evidenze disponibili”) indichino che, a fronte di determinate circostanze, si potrebbe verificare l’evento suicidario.⁴³³ Il giudizio di prevedibilità consente di specificare il contenuto dell’obbligo di diligenza, che altrimenti rimarrebbe astratto: l’agente può essere ritenuto responsabile soltanto se il verificarsi di un evento lesivo sia prevedibile o riconoscibile. Tuttavia, detto giudizio non risulta sempre agevole. La lettura del fatto concreto, ben chiara a posteriori, in realtà risulta sfumata durante lo svolgimento dei fatti.⁴³⁴ Invero, appare più semplice, una volta che il fatto si è verificato, apprezzare i comportamenti sospetti e individuare i fattori di rischio che rendevano prevedibile il suicidio o l’omicidio posto in essere dal paziente.⁴³⁵ Decisamente più complesso risulta, invece, attribuire, *ex ante*, a quegli stessi eventi il corretto significato.⁴³⁶

Il gesto autolesivo è un evento incerto, legato ad una molteplicità di motivazioni biologiche, psicologiche, sociali che interagiscono in modo dinamico. Il disturbo mentale, pertanto, non rappresenta la causa esclusiva e diretta del gesto autolesivo, ma può concorrere a determinarlo insieme ad una serie di numerose variabili. Il criterio della prevedibilità, in generale estremamente sfuggente, in ambito psichiatrico assume connotati ancor più vaghi: infatti, «la natura composita e multidisciplinare del substrato ideologico-culturale della psichiatria, l’assenza di precisi criteri nosografici di valutazione, il difetto di canoni fissi e di scelte codificate, finiscono per creare un evidente deficit di determinatezza

⁴³³ A questo proposito: Cass. IV, 12 novembre 2008 (28 gennaio 2009), n. 4107, in Cass. Pen. 2010, p. 180; Cass. IV, 14 novembre 2007, n. 10795, in *Il diritto penale della medicina*, cit.

⁴³⁴ A proposito della ricostruzione *ex post* delle ragioni che hanno portato il paziente al suicidio, si vedano nei casi di suicidio, C. BARBIERI, L. BARBERO, V. PALIERO, *La cosiddetta autopsia psicologica*, in *Riv. it. med. leg.*, 2013, p. 597 ss.. Per autopsia psicologica essi intendono una «ricostruzione retrospettiva della vita di una persona scomparsa, ricostruzione necessaria per meglio comprendere la sua morte e le cause che l’hanno provocata». Secondo gli autori, è non infrequente «che il suicidio appaia come un gesto improvviso ed inspiegabile, in assenza di una storia di malattia che possa far presagire l’agito autodistruttivo, per cui solo con un’analisi particolarmente attenta e dettagliata dell’esistenza della vittima e con una minuziosa ricostruzione del suo ultimo periodo di vita si possono a volte identificare quegli indicatori di disagio che avrebbero potenzialmente permesso di prevedere siffatta eventualità».

⁴³⁵ P. GIROLAMI, S. JOURDAN, *Lo psichiatra e il suicidio del paziente. Viaggio attraverso le categorie giuridiche delle "obligations de sécurité" e degli "obblighi di protezione"*, in *Riv. it. med. leg.*, 2001, p. 63.

⁴³⁶ R. CATANESI, F. CARABELLESE, *Suicidio e responsabilità professionale*, in *Riv. psych.*, 2011, 46, 2, p. 79 ss. .

scientifiche». ⁴³⁷ La difficoltà della prognosi psichiatrica rende difficile l'interpretazione dei segnali di allarme e dei fattori premonitori. ⁴³⁸

Secondo un certo orientamento ⁴³⁹, una previsione, sebbene non sicura, del rischio suicidario può essere generalmente svolta attraverso due metodologie: quella clinica e quella attuariale. La prima si basa sul colloquio clinico del paziente, nel corso del quale lo psichiatra raccoglie non soltanto informazioni anamnestiche personali e familiari, ma analizza altresì il linguaggio gestuale del malato, in modo tale da valutare le sue reazioni emotive attraverso un'attenta osservazione. La metodologia attuariale, invece, consiste nell'esame del paziente attraverso interviste strutturate, questionari con domande già compilate, reattivi mentali, aventi lo scopo di stabilire, a livello statistico, il rischio di suicidio.

La giurisprudenza, dal canto suo, si mostra molto cauta nel decretare la prevedibilità dell'evento ⁴⁴⁰ e stabilisce che a tale scopo la diagnosi di una patologia psichiatrica non è sufficiente, occorrendo altresì un quadro comportamentale di agitazione evidente. ⁴⁴¹ La natura della malattia, la presenza di determinati dati anamnestici, nonché il riscontro di un pregresso tentativo di suicidio sono tutti elementi meritevoli di essere considerati. In particolare, il pregresso tentativo di suicidio pur assumendo un significato determinante nella valutazione della prevedibilità dell'evento, tuttavia non si rivela decisivo, considerate le numerose difficoltà che la sua identificazione solleva. ⁴⁴² Spesso, infatti, non è facile comprendere se l'agente avesse la reale intenzione di porre fine alla propria vita o semplicemente l'intenzione di compiere un mero gesto dimostrativo.

⁴³⁷ A. GARGANI, *La congenita indeterminatezza degli obblighi di protezione*, in *Dir. pen. e proc.*, 2004, p. 1403.

⁴³⁸ *Ibidem*.

⁴³⁹ G. C. NIVOLI, L. LORETTU, L. F. NIVOLI, A. M. A. NIVOLI, *Osservazioni psichiatrico-forensi in tema di imputazioni e condanne agli psichiatri per il suicidio del paziente*, in *J. Psych.*, 2012, 18, PP. 66-74.

⁴⁴⁰ G. DODARO, *La posizione di garanzia degli operatori psichiatrici. Giurisprudenza e clinica a confronto*, cit., pp. 123 ss.

⁴⁴¹ Cass. Sez. IV, 30 gennaio (27 febbraio) 2008, n. 8611, imp. D'Aquino, est. Campanato, in *Il diritto penale della medicina*, cit..

⁴⁴² Secondo un gruppo di lavoro dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, il tentativo di suicidio è un atto non abituale, con esito non fatale, col quale un soggetto intraprende un comportamento allo scopo di causarsi un danno. Working Group on Preventive Practices in Suicide and Attempted Suicide, York, 22-26 September 1986 [summary report]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1986 (document ICP/PSF 017(S)).

Più numerosi, infatti, sono i casi di suicidio del paziente in relazione ai quali gli addebiti contestati all'operatore psichiatrico si sono rilevati dal punto di vista processuale privi di fondamento giuridico.⁴⁴³ Per converso, le poche pronunce di condanna hanno riguardato la grossolana inosservanza da parte del medico di regole generali di diligenza e prudenza, imposte ad onta dell'intensificarsi dei segnali di rischio suicidario del paziente.⁴⁴⁴

Ad ogni modo, considerato che, come si è avuto modo di accennare, l'obbligo di impedire l'evento sussiste quando il soggetto che ne è titolare dispone di poteri impeditivi dell'evento⁴⁴⁵, quandanche si volesse ritenere che lo psichiatra è titolare dell'obbligo di impedire che il paziente compia atti autolesivi, occorre individuare di quali poteri egli dispone, ovverosia di quali strumenti può disporre a tal uopo.⁴⁴⁶ Che il medico possa sottoporre il paziente a qualche forma di sorveglianza, durante la sua degenza nel reparto psichiatrico, non è argomento messo in discussione da dottrina e giurisprudenza.⁴⁴⁷ Ciò che, invece, solleva maggiori perplessità, riguarda gli strumenti che egli può utilizzare allo scopo di evitare che il paziente compia atti autolesivi.⁴⁴⁸

Come affermato dalla Corte Costituzionale, «la pratica ospedaliera si pone (...) all'incrocio tra due diritti fondamentali della persona malata: quello ad essere curato efficacemente, secondo i canoni della scienza e dell'arte medica; e quello ad essere rispettato come persona, e in particolare nella propria integrità fisica e psichica, diritto questo che l'art. 32, comma 2, secondo periodo, Cost. pone come limite invalicabile anche ai trattamenti sanitari che possono essere imposti per legge come obbligatori a tutela della salute pubblica».⁴⁴⁹ Salvo che non rilevino altri diritti o doveri costituzionali, non compete al legislatore stabilire quali pratiche terapeutiche possano essere ammesse: detto compito, invero, spetta alla comunità scientifica, titolare delle conoscenze tecniche che occorrono a tal fine. Tra gli strumenti che lo psichiatra può utilizzare ricorrono tutti quelli che non

⁴⁴³ G. DODARO, *La posizione di garanzia degli operatori psichiatrici*, *Giurisprudenza e clinica a confronto*, cit., pp. 112 ss.

⁴⁴⁴ *Ibidem*.

⁴⁴⁵ F. MANTOVANI, *Diritto penale, parte generale*, cit., p. 158; I. LEONCINI, *Obbligo di attivarsi, obbligo di garanzia e obbligo di sorveglianza*, cit., p. 70 ss.

⁴⁴⁶ C. CUPPELLI, *La colpa dello psichiatra*, op. cit., p. 10.

⁴⁴⁷ *Ivi*, p. 78.

⁴⁴⁸ *Ivi*, p. 75.

⁴⁴⁹ Corte Cost. 26 giugno 2002, n. 282, cit.

sono oggetto di espressi divieti di legge e di cui, cosa non meno importante, non risulti provata alcuna dannosità.⁴⁵⁰ Le scelte terapeutiche, inoltre, sebbene non espressamente vietate dalla legge e legittime dal punto di vista tecnico scientifico, devono essere considerate comunque illegittime qualora ledano i diritti fondamentali del paziente.

Ciò detto, anche nel caso in cui sorgesse l'esigenza di impedire l'atto lesivo del paziente, il sanitario sarebbe impossibilitato ad intervenire poiché le regole cautelari e gli strumenti legali attualmente a sua disposizione sono inadeguati ad impedire detto tipo di atto⁴⁵¹, essendo concepiti per far fronte ad esigenze diverse.⁴⁵² Questa idea non pare metabolizzata da parte della giurisprudenza, incline per lo più, ad abbracciare una ricostruzione fattuale del potere di agire, arrivando nella sostanza a ritenere il suicidio di un paziente psichiatrico sempre prevenibile previa segregazione o contenzione fisica.⁴⁵³ A proposito dell'impiego della contenzione si rimanda alle riflessioni svolte nei paragrafi precedenti, le quali inducono a considerare la contenzione illegittima.⁴⁵⁴

La riflessione circa l'obbligo di impedire l'atto autolesivo del paziente psichiatrico impone di analizzare un ultimo aspetto, di non secondaria importanza: la libertà di autodeterminazione del malato mentale. Invero, la responsabilità omissiva in psichiatria è un settore in cui la tutela della salute psicofisica del malato interseca la sfera dell'autonomia dello stesso e la sua dignità.⁴⁵⁵ L'obbligo giuridico di intervenire deve essere attribuito allo psichiatra solo quando il paziente risulti completamente incapace di intendere e di volere: in caso contrario, invero, non sarebbe rispettato l'apparato normativo posto a sostegno del consenso del paziente.⁴⁵⁶ Da ciò deriva che, nel caso in cui tale capacità sussista, egli può compiere scelte consapevoli, ivi compresa quella di togliersi la vita, basate sui

⁴⁵⁰ G. DODARO, *La posizione di garanzia dell'operatore psichiatrico*, op. cit., p. 77.

⁴⁵¹ P. VENEZIANI, *I delitti contro la vita e l'incolumità individuale. II. I delitti colposi*, cit., p. 346.

⁴⁵² C. CUPPELLI, *La colpa dello psichiatra. Rischi e responsabilità tra poteri impeditivi, regole cautelari e linee guida*, cit.

⁴⁵³ Ivi, p. 21.

⁴⁵⁴ Al riguardo si veda: C. M. CORNACCHIA, A. MASCARINI, L. E. ZAPPA, *Etica della contenzione. Criticità della cura*, CIC Edizioni Internazionali, Roma, 2008.

⁴⁵⁵ D. PULITANÒ, *Diritto penale*, cit., p. 250.

⁴⁵⁶ M. GRAZIADEI, *Il consenso informato e i suoi limiti*, in L. LENTI, E. PALERMO FABRIS, P. ZATTI (a cura di), *I diritti in medicina*, cit., p. 259 ss.

propri valori e sulle proprie convinzioni, senza essere influenzato dalla malattia mentale.⁴⁵⁷

Concludendo, il paziente affetto da disturbo mentale può e deve essere visto come persona che ricopre una posizione paritaria rispetto al personale sanitario; questa posizione deve facilitare una «relazione terapeutica empatica e rispettosa, facendo sì che l'asimmetria di conoscenze tecnico-scientifiche fra curato e curante non si traduca in un rapporto di prevaricazione»⁴⁵⁸.

3.4 Breve focus sul ruolo delle linee guida

Il medico psichiatra, essendo titolare di una posizione di protezione nei confronti del paziente, deve agire allo scopo di evitare l'evento lesivo della sua salute e incolumità fisica. Ciò significa che egli è obbligato a fare «quanto gli è imposto dall'osservanza delle regole di diligenza dettate dalla situazione particolare»⁴⁵⁹. Il contenuto dell'obbligo di agire viene a coincidere dunque con la regola cautelare; compito del giudice è quello di verificare se l'adeguamento alla regola cautelare avrebbe potuto impedire l'evento lesivo della salute del paziente. Dalla regola cautelare, infatti, è possibile ricavare gli strumenti più idonei ad evitare il verificarsi dell'evento, contribuendo in maniera significativa a tipizzare i poteri di cura, conferendo loro una portata selettiva.⁴⁶⁰ Pertanto, quando il medico psichiatra si sia attenuto alla regola cautelare, impiegando i poteri a sua disposizione, non potrà essergli mosso alcun rimprovero a titolo di omissione, nemmeno qualora sia ravvisato in capo allo stesso il potere fattuale di impedire l'evento.⁴⁶¹

⁴⁵⁷ P. CREPET, F. FLORENZANO, *Il rifiuto di vivere. Anatomia del suicidio*, Editori Riuniti, 1998, p. 158.

⁴⁵⁸ Questo è quanto affermato dal Danish Council of Ethics nel suo *Statement on coercion in psychiatry*, cui fa riferimento il CNB nel suo parere sulla contenzione. CNB, *La contenzione: profili bioetici*, p. 8.

⁴⁵⁹ G. FIANDACA, E. MUSCO, *Diritto penale. Parte generale*, Zanichelli, Bologna, 2014, p. 662.

⁴⁶⁰ C. PAONESSA, *Obbligo di impedire l'evento e fisiognomica del potere impeditivo*, in *Criminalia* 2012, p. 659.

⁴⁶¹ Ivi, p. 641 ss.

In tal caso, infatti, in difetto del potere normativo di agire, non si potrà dire che lo psichiatra avrebbe dovuto comportarsi in maniera diversa e, dunque, che abbia omesso una condotta doverosa.⁴⁶² La posizione di garanzia è condizionata dalla regola cautelare: ciò che è nei poteri del sanitario, ovvero il contenuto della cautela, rientra altresì nei suoi doveri, mentre non sussiste alcun dovere in difetto di un potere impeditivo.

L'incidenza delle regole cautelari sulla posizione di garanzia dello psichiatra diventa ancor più significativa se la si osserva alla luce della sempre più diffusa tendenza a formalizzare le regole in ambito medico, un tempo sede d'elezione della colpa generica⁴⁶³. Detta tendenza ha trovato accoglimento, in un primo momento, nell'art. 3, comma 1, della legge 8 novembre 2012 n. 189⁴⁶⁴, che ha così sancito: «l'esercente le professioni sanitarie che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve». Tale disposizione normativa ha determinato una *abolitio criminis* parziale in materia di responsabilità colposa del medico⁴⁶⁵: laddove fosse risultato che il professionista si era adeguato alle linee guida e alle buone pratiche confortate dal consenso della comunità scientifica, l'ipotesi di colpa lieve avrebbe perso qualsivoglia forma di rilevanza penale.⁴⁶⁶ Alla luce di tale impostazione, il professionista avrebbe risposto penalmente solo nel caso in cui si fosse adeguato alle linee guida, quando avrebbe al contrario dovuto discostarsi da esse, versando dunque in colpa.

⁴⁶² F. MANTOVANI, *Diritto penale, parte generale*, Padova, 2001, p. 158; I. LEONCINI, *Obbligo di attivarsi, obbligo di garanzia e obbligo di sorveglianza*, Torino, 1999, p. 70 ss

⁴⁶³ C. CUPPELLI, *La colpa dello psichiatra*, cit., p. 14.

⁴⁶⁴ Legge 8 novembre 2012, n. 189 che converte in legge, con modificazioni, il decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante “Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 263, del 10 novembre 2012, Suppl. Ordinario n. 201.

⁴⁶⁵ Cass., sez. Iv, 9/4/2013, n. 16237, cantore, in diritto penale contemporaneo, www.penalecontemporaneo.it, 11/4/2013, con nota di F. VIGANÒ, *Linee guida, sapere scientifico e responsabilità del medico in una importante sentenza della cassazione*.

⁴⁶⁶ A. R. DI LANDRO, *Le novità normative in tema di colpa penale (l. 189/2012, cd. Balduzzi). Le indicazioni del diritto comparato*, *Rivista Italiana di Medicina legale*, 2, 2013, p. 833.

Tuttavia, la materia è stata nuovamente riformata, attraverso la recente legge 8 marzo 2017, n. 24⁴⁶⁷, che ha determinato l'abrogazione del citato art. 3 e ha disposto l'inserimento dell'art. 590 sexies del codice penale. Il testo di tale ultima disposizione è del seguente tenore: “Se i fatti di cui agli articoli 589 e 590 sono commessi nell'esercizio della professione sanitaria, si applicano le pene ivi previste salvo quanto disposto dal secondo comma. Qualora l'evento si sia verificato a causa di imperizia, la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico – assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto”.

Come si può vedere, il Legislatore ha dato seguito alle sentenze Cantore e Pagano⁴⁶⁸, facendo scomparire ogni riferimento al concetto di colpa grave e circoscrivendo la scriminante al solo caso di colpa (grave o lieve) per imperizia. Quanto alle linee guida e buone pratiche, di cui va fatto un uso confacente al caso concreto, esse sono finalmente «definite e pubblicate ai sensi di legge», e in particolare ai sensi dell'articolo 5 della legge 24/2017. A norma del suddetto art. 5, le linee guida sono quelle «elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministero della salute da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, e da aggiornare con cadenza biennale».

Le linee guida sono state definite “soft law”⁴⁶⁹ perché non hanno carattere vincolante; da ciò deriva che il sanitario non è costretto a conformarvisi.⁴⁷⁰

⁴⁶⁷ Legge 8 marzo 2017, n. 24, “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale, n. 64, del 17 marzo 2017.

⁴⁶⁸ Le sentenze Cantore e Pagano, rispettivamente Cass. pen. nn. 16237/2013 e 11494/2013, hanno statuito che le linee guida e le buone pratiche non hanno natura di norme cautelari, poiché rappresentano delle direttive generali, istruzioni di massima, da applicare e modellate al singolo caso concreto. Per conseguenza, il comportamento del medico può essere colposo anche ove perfettamente rispettoso delle suddette indicazioni scientifiche.

⁴⁶⁹ F. SNYDER, ‘Soft Law’ e prassi istituzionale nella comunità europea, in Società e Diritto, 1993, p. 19 ss.

⁴⁷⁰ M. BILANCETTI, *La responsabilità civile e penale del medico*, Padova, 2006, p. 323; L. RISICATO, *Le linee guida e i nuovi confini della responsabilità medico-chirurgica: un problema irrisolto*, in Diritto Penale e Processuale, 2/2013, p. 196.

Tuttavia, seppur non vincolanti, esse svolgono un ruolo fondamentale: infatti, a norma del summenzionato art. 590 sexies c.p., qualora le lesioni o la morte si siano verificate a causa di imperizia, la punibilità è esclusa quando sono state rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida ovvero le buone pratiche clinico–assistenziali.

Tuttavia, in attesa che vengano emanati i decreti e che il sistema delle linee guida “accreditate” vada a regime, la piena applicazione delle previsioni della riforma sul versante penale risulta sospesa. Per quello che è il focus del presente lavoro, si ritiene che tale “sospensione” persisterà a lungo, ritenendosi poco probabile che vengano a breve prodotte delle linee guida sulla contenzione, considerando che la maggior parte delle raccomandazioni nazionali e internazionali vanno nella direzione dell’abbandono di qualsiasi forma di contenzione. È quindi necessario chiedersi a quali buone pratiche clinico-assistenziali potrà il giudice fare riferimento nel valutare casi nei quali siano derivate morte o lesioni personali a seguito dell’applicazione di mezzi di contenzione.

La produzione diversificata di raccomandazioni a livello nazionale di cui si è dato conto origina un ventaglio molto ampio di indicazioni, che differiscono nella misura in cui ad essere diverse sono le politiche adottate dagli organismi che le hanno emanate. A seconda della posizione adottata in merito alla contenzione, i dipartimenti di salute mentale possono essere divisi in tre categorie: la prima composta da quelli che rifiutano l’uso dello strumento della contenzione; la seconda da quelli che adottano protocolli, attività formative, strumenti volti al monitoraggio e alla riduzione del suo ricorso e, infine, l’ultima, formata dai dipartimenti di salute mentale che formalmente non hanno assunto alcuna posizione rispetto alla contenzione.⁴⁷¹

I dati attualmente a disposizione descrivono pertanto realtà assistenziali disomogenee, nelle quali la contenzione viene praticata con elevata frequenza, raramente e non viene applicata affatto. Ciò premesso, essendo inverosimile che tale diversificazione dipenda dalla diversità delle situazioni in cui si interviene, è ragionevole pensare che essa derivi dalle condizioni di lavoro all’interno dei

⁴⁷¹ *Ulteriori raccomandazioni inerenti la contenzione fisica* (21.02.2009), gruppo coordinato da P.F. Peloso (componenti: L. Cappellari, C. De Rosa, L. Ferrannini, M.E. Percudani).

servizi psichiatrici, dalle risorse disponibili, prima fra tutte la quantità di personale e la sua formazione, dalla cultura assistenziale e dall'aggiornamento e dalla sensibilizzazione dei responsabili e dei gruppi di lavoro in tema di contenzione.

A quali buone pratiche condivise si potrà quindi fare riferimento?

Capitolo IV

Le attitudini degli studenti universitari rispetto all'impiego delle misure di contenzione

4. Background

Molto vasto è il corpo di letteratura riguardante l'impiego in ambito psichiatrico dei metodi di contenimento e la percezione che di esso hanno i professionisti sanitari che vi sono maggiormente coinvolti (medici e infermieri), i pazienti e i *caregiver*⁴⁷².

Tale letteratura mostra che tra le suddette categorie di persone, coinvolte a vario titolo nell'impiego della contenzione, esistono delle profonde differenze. Queste ultime potrebbero essere in parte dovute alla formazione di studi, la quale potrebbe risultare determinante del modo in cui professionisti e ipoteticamente pazienti e *caregiver* percepiscono l'uso della contenzione.

⁴⁷²R. WHITTINGTON, L. BOWERS, P. NOLAN, A. SIMPSON, L. NEIL, *Approval ratings of inpatient coercive interventions in a national sample of mental health service users and staff in England*, in *Psychiatric Services*, 2009, 60(6), pp. 792-798; C. DACK, J. ROSS, C. PAPADOPOULOS, D. STEWART, L. BOWERS, *A review and meta-analysis of the patient factors associated with psychiatric in-patient aggression*, in *Acta Psychiatr. Scand*, 2013, 127(4), pp. 255-268; J. GUIVARCH, N. CANO, *Use of restraint in psychiatry: Feelings of caregivers and ethical perspectives*, in *Encephale*, 2013, 39(4), pp. 237-43; E.C. MUIR-COCHRANE, J. BAIRD, T.V. McCANN, *Nurses' experiences of restraint and seclusion use in short-stay acute old age psychiatry inpatient units: a qualitative study*, *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.*, 2015, 22(2), pp. 109-15; T.V. McCANN, J. BAIRD, E. MUIR-COCHRANE, *Attitudes of clinical staff toward the causes and management of aggression in acute old age psychiatry inpatient units*, in *BMC Psychiatry*, 2014, 19, pp. 14:80; E. FARINA-LÓPEZ, G.J. ESTÉVEZ-GUERRA, M. GANDOY-CREGO, L.M. POLO-LUQUE, C. GÓMEZ-CANTORNA, E.A. CAPEZUTI, *Perception of spanish nursing staff on the use of physical restraints*, in *J. Nurs. Scholarsh.* 2014, 46(5), pp. 322-30; L. DE BENEDICTIS, A. DUMAIS, N. SIEU, M.P. MAILHOT, G. LÉTOURNEAU, M.A. TRAN, I. STIKAROVSKA, M. BILODEAU, S. BRUNELLE, G. COTÉ, A.D. LESAGE, *Staff perceptions and organizational factors as predictors of seclusion and restraint on psychiatric wards*, in *Psychiatr Serv.*, 2011, 62(5), pp. 484-91; VON POST I., *Perioperative nurses' encounter with value conflicts. A descriptive study*, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 1998, 12(2), 81-88.

A partire da questa ipotesi, è stata concepita l'idea di realizzare una ricerca empirica volta a indagare il punto di vista degli studenti riguardo l'impiego dei diversi metodi di contenimento.

La ricerca della letteratura, prodromica allo studio, ha evidenziato che le *attitudes* degli studenti sono state investigate solo da pochi studi, condotti principalmente da un gruppo di ricerca inglese dell'Università del King's College di Londra.

Questo gruppo di ricerca ha creato un questionario, chiamato "Attitudes to Containment Measures Questionnaire" (ACMQ), che è stato somministrato a studenti, personale sanitario e pazienti in alcuni studi in Inghilterra, Finlandia, Olanda e altri paesi.⁴⁷³

Il questionario ha ad oggetto undici metodi di contenzione, ciascuno dei quali trova impiego in almeno uno stato membro dell'Unione Europea. I metodi sono: il farmaco extra, la contenzione fisica, l'osservazione intermittente, l'isolamento, la pausa, la sedazione intramuscolare obbligatoria, le cure psichiatriche intensive, la contenzione meccanica, l'osservazione costante, il *net bed* e l'isolamento in un'area aperta. Dopo aver fornito la definizione e la fotografia rappresentante ciascun metodo, il questionario chiede ai partecipanti di esprimere un giudizio numerico su una scala di Likert a 5 punti – che va dal profondo disaccordo (1) al forte accordo (5) – per ogni metodo. Il giudizio riguarda i seguenti parametri: accettabilità, efficacia, dignità, sicurezza per il personale e per il paziente e, infine, preparazione all'uso. Un valore uguale o superiore a 3 indica accordo rispetto a questi *items*, mentre ogni metodo viene complessivamente considerato

⁴⁷³L. BOWERS, A. SIMPSON, J. ALEXANDER, C. RYAN, P. CARR-WALKER, *Cultures of psychiatry and the professional socialization process: the case of containment methods for disturbed patients*, in *Nurse Education Today*, 2004, 24, pp. 435-442; L. BOWERS, B. VAN DER WERF, A. VOKKOLAINEN, E. MUIR-COCHRANE, T. ALLAN, J. ALEXANDER, *International variation in attitudes to containment measures for disturbed psychiatric inpatients*, cit., pp. 357-364; R. WHITTINGTON, L. BOWERS, P. NOLAN, A. SIMPSON, L. NEIL, *Approval ratings of inpatient coercive interventions in a national sample of mental health service users and staff in England*, cit., pp. 792-798; ÖZCAN N.K., H. BILGIN, N.E. BADIĞALI BOYACIOĞLU, F. KAYA, *Student nurses' attitudes towards professional containment methods used in psychiatric wards and perceptions of aggression*, in *International Journal of Nurses Practice*, 2014, 20(4), pp. 346-52; ÖZCAN N.K., H. BILGIN, M. AKIN, N.E. BADIĞALI BOYACIOĞLU, *Nurses' attitudes towards professional containment methods used in psychiatric wards and perceptions of aggression in Turkey*, in *Journal of Clinical Nursing*, 2015, 24(19-20), pp. 2881-9.

approvato quando il grado generale di approvazione (ottenuto sommando il punteggio realizzato da ciascun item) supera la soglia di 18 punti.

Un primo studio⁴⁷⁴, realizzato tramite l'ACMQ somministrato a 114 studenti di un corso di laurea per *psychiatric nurses* nel 2004, mostrava che tutti i metodi di contenimento, ad esclusione della contenzione meccanica e del net-bed, erano considerati accettabili dai partecipanti, senza differenze di genere significative. I metodi più approvati dagli studenti inglesi erano il farmaco extra e l'osservazione intermittente e costante.

L'atteggiamento riguardo all'uso della contenzione del gruppo di studenti in questione non risultava tuttavia influenzato dall'esposizione alla formazione e alla pratica psichiatrica.⁴⁷⁵ Al contrario, secondo le evidenze emerse, la percezione degli studenti circa i suddetti metodi subiva l'influenza di valori sociali e culturali del luogo.⁴⁷⁶

Nel 2009, l'ACMQ veniva usato nello stesso paese per confrontare questi risultati con le *attitudes* di 117 studenti di altri corsi di laurea.⁴⁷⁷ Lo studio in questione mostrava che gli studenti di corsi diversi da quello di infermieristica psichiatrica approvavano, come gli infermieri, tutti i metodi di contenimento ad eccezione del farmaco extra, oltre che della contenzione meccanica e del *net bed*.⁴⁷⁸ In generale, gli studenti di altri corsi risultavano più inclini a considerare i metodi di contenzione accettabili e dignitosi.⁴⁷⁹ Gli stessi disapprovavano il farmaco extra, ma approvavano la contenzione meccanica e il *net bed* più degli studenti infermieri.⁴⁸⁰ Lo studio metteva in evidenza, inoltre, differenze significative in riferimento al genere.⁴⁸¹ Gli uomini approvavano

⁴⁷⁴L. BOWERS, A. SIMPSON, J. ALEXANDER, C. RYAN, P. CARR-WALKER, *Cultures of psychiatry and the professional socialization process: the case of containment methods for disturbed patients*, cit., pp. 435-442.

⁴⁷⁵ *Ibidem*.

⁴⁷⁶ *Ibidem*.

⁴⁷⁷ E. MUIR-COCHRANE, L. BOWERS, D. JEFFERY, *Comparison in attitudes between nursing and other students in relation to containment measures for disturbed psychiatric patients*, cit., pp. 83-90.

⁴⁷⁸ *Ibidem*.

⁴⁷⁹ *Ibidem*.

⁴⁸⁰ *Ibidem*.

⁴⁸¹ E. MUIR-COCHRANE, L. BOWERS, D. JEFFERY, *Comparison in attitudes between nursing and other students in relation to containment measures for disturbed psychiatric patients*, cit., pp. 83-90.

significativamente più delle donne metodi come la contenzione fisica, la sedazione intramuscolare, la contenzione meccanica e il *net bed*.⁴⁸²

Nel 2014 l'ACMQ veniva impiegato da un gruppo di ricerca turco su di un campione di 120 studenti di infermieristica. Dai risultati dell'indagine emergeva che, in generale, i partecipanti approvavano il farmaco extra, l'osservazione intermittente, l'isolamento, la pausa, le cure psichiatriche intensive. La percezione dell'aggressione rappresentava un importante fattore, idoneo ad influenzare l'assunzione del processo decisionale nella scelta dei metodi di contenimento.⁴⁸³ Gli studenti turchi, che consideravano la violenza come fattore disfunzionale, approvavano la sedazione intramuscolare e la contenzione meccanica.⁴⁸⁴ Un dato particolarmente interessante era che il grado di approvazione rispetto ai metodi di contenimento risultava fortemente influenzato dalla cultura psichiatrica: i metodi conosciuti e applicati, erano anche i metodi accettati dagli studenti.⁴⁸⁵

Sulla base delle divergenze emerse da questi studi e della natura interdisciplinare della questione, si decise di somministrare l'ACMQ agli studenti frequentanti i corsi di laurea in Filosofia, Giurisprudenza, Infermieristica e Medicina e Chirurgia (ai quali si farà riferimento d'ora in poi solo come studenti di medicina), allo scopo di confrontare i punti di vista dei futuri professionisti coinvolti, sotto prospettive diverse, nel dibattito etico-legale relativo alla contenzione.

L'obiettivo che ci si poneva era quello di investigare se ci fosse una qualche differenza tra gli atteggiamenti degli studenti di questi corsi di laurea rispetto all'uso delle misure di contenzione sui pazienti psichiatrici, esplorando l'influenza di variabili demografiche ed esperienze precedenti in reparti psichiatrici. In aggiunta, poiché i più gravi disturbi psichiatrici possono affliggere soggetti adulti

⁴⁸² *Ibidem*.

⁴⁸³ ÖZCAN N.K., H. BILGIN, N.E. BADIĞALI BOYACIOĞLU, F. KAYA, *Student nurses' attitudes towards professional containment methods used in psychiatric wards and perceptions of aggression*, cit., pp. 346-52.

⁴⁸⁴ *Ibidem*.

⁴⁸⁵ Lo stesso rilievo è stato effettuato da altri studi. Si vedano, ad esempio: L. BOWERS, B. WERF, A. VOKKOLAIMEN, E. MUIR-COCHRANE, T. ALLAN, J. ALEXANDER, *International variation in containment measures for disturbed psychiatric inpatients: A comparative questionnaire survey*, in *Int. J. Nurs. Stud.*, 2007, 44, pp. 357-364; R. WHITTINGTON, L. BOWERS, P. NOLAN, A. SIMPSON, L. NEIL, *Approval ratings of inpatient coercive interventions in a national sample of mental health service users and staff in England*, in *Psychiatr. Serv.*, 2009, 60, pp. 792-797.

come minori, un obiettivo ulteriore era quello di investigare se gli studenti approvassero in maniera diversa l'impiego dei metodi sul paziente adulto rispetto al paziente minore e verificare se le valutazioni da loro espresse in relazione alle singole questioni fossero tra loro connesse (ad esempio, se il giudizio sul rispetto della dignità di un metodo fosse connesso con quello della sua accettabilità).

4.1. Metodi

4.1.1 Disegno

Studio trasversale.

4.1.2 Partecipanti

Studenti dei corsi di laurea in Filosofia, Giurisprudenza, Infermieristica e Medicina sono stati invitati a partecipare allo studio durante le lezioni accademiche.

4.1.3 Questionario e procedure dello studio

Dopo aver ottenuto l'approvazione del gruppo di ricerca inglese, è stata sviluppata una versione italiana dell'ACMQ (Appendice 1). La prima traduzione è stata prodotta da due ricercatori. Successivamente, la stessa è stata revisionata da uno psichiatra, affinché verificasse la terminologia scientifica e i concetti equivalenti a quelli impiegati in lingua inglese. Il testo risultante da tale traduzione è stato tradotto nuovamente da una madrelingua inglese, la quale ha lavorato autonomamente. È stato poi fatto un confronto tra tale versione inglese e quella versione originale. Uno degli sviluppatori del questionario (il Dott. Bowers) ha approvato la versione *backward* della traduzione.

Poiché il questionario è stato somministrato a studenti di professioni sanitarie e non, l'ultima domanda, quella riguardante la preparazione all'uso delle misure di contenzione, non è stata inclusa nell'analisi. Quindi, mentre nella versione originale dell'ACMQ ogni metodo veniva considerato approvato quando il grado generale di approvazione (ottenuto sommando la votazione di ciascun item) eccedeva la soglia di 18 punti⁴⁸⁶, nel presente studio la soglia di accettabilità generale è stata fissata ai 15 punti.

Agli studenti è stato richiesto di indicare l'età (entro fasce prestabilite) e il genere, e di rispondere a due domande: “ Conosci qualcuno che è stato paziente presso un reparto di psichiatria?” e “Hai mai visitato un reparto di psichiatria?”. Inoltre, nella parte conclusiva del contratto, è stato predisposto uno spazio aperto in cui i partecipanti possano sviluppare le proprie riflessioni personali.

La compilazione dell'ACMQ è stata proposta agli studenti tra l'ottobre del 2014 e l'aprile del 2015. Ai partecipanti è stato chiesto di completare due differenti versioni del questionario, una relativa al paziente psichiatrico adulto, l'altra a quello minore. Una metà dei questionari è stata confezionata mettendo prima la versione relativa al paziente adulto, l'altra antepoendo quella riguardante il minore.

Nel presente elaborato, dopo aver riportato i risultati generali sull'intero campione di studenti e in relazione ad ogni singolo metodo, abbiamo deciso di concentrarci sui metodi utilizzati in Italia (vale a dire farmaco extra, contenzione fisica, osservazione intermittente, contenzione meccanica, sedazione intramuscolare obbligatoria, cure psichiatriche intensive e osservazione costante). In accordo con quanto riportato dal gruppo di ricerca inglese⁴⁸⁷, l'osservazione intermittente e costante sono stati considerati i metodi meno restrittivi.

4.2 Considerazioni etiche

⁴⁸⁶E. MUIR-COCHRANE, L. BOWERS, D. JEFFERY, *Comparison in attitudes between nursing and other students in relation to containment measures for disturbed psychiatric patients*, cit., pp. 83-90.

⁴⁸⁷*Ibidem*.

Il Comitato di Bioetica dell'Università di Bologna ha fornito la sua approvazione etica allo studio.⁴⁸⁸ Gli studenti hanno ricevuto tutte le informazioni sulle finalità e le modalità dello studio e sono stati informati che la loro partecipazione era assolutamente volontaria, che il questionario sarebbe stato anonimo e, infine, che sarebbero stati liberi di interrompere la compilazione in qualsiasi fase della raccolta dei dati. Al termine della compilazione, c'è stata una fase di "restituzione" durante la quale sono stati discussi in aula gli aspetti etici e normativi della contenzione. Gli studenti hanno potuto porre domande, alle quali è stata data risposta, ed esprimere i loro commenti sul tema della ricerca e sullo studio. Inoltre, agli studenti è stato fornito un recapito da contattare per ottenere informazioni sui risultati dello studio.

4.3 Analisi dei dati

I dati sono stati analizzati con il programma SPSS 15.0 per Windows (Chicago, IL). Le descrittive statistiche, incluse le proporzioni, i valori medi e le deviazioni standard, sono state utilizzate per descrivere il grado di approvazione, per ciascun metodo, di ogni parametro e calcolare il giudizio di approvazione totale di ciascun metodo di contenzione. Per identificare le differenze per il corso di laurea, il genere, la conoscenza di qualcuno che era stato paziente in un reparto psichiatrico, la visita precedente a un reparto psichiatrico e l'età del paziente (adulto o minore) è stata effettuata un'analisi di varianza.

Il coefficiente di correlazione non parametrico di Spearman (ρ) è stato calcolato per illustrare la correlazione tra i cinque parametri dell'ACMQ: efficacia, accettabilità, dignità, sicurezza per il personale, sicurezza per il paziente. Il livello di significatività (p) è stato di 0,05 per l'analisi che ha coinvolto il punteggio totale e di 0,01 per i confronti di diversi parametri ACMQ, inclusa l'analisi di correlazione di Spearman.

⁴⁸⁸ Comitato di Bioetica, Università degli studi di Bologna, martedì 14 ottobre 2014.

4.4 Risultati

4.4.1 Risultati complessivi

Il campione totale di partecipanti era composto da 379 studenti: 34 studenti di filosofia (26 % uomini), 167 studenti di giurisprudenza (27 % uomini), 129 studenti di infermieristica (20 % uomini) e 49 studenti di medicina (41 % uomini). Nella Tabella 1 sono riportate le caratteristiche dei partecipanti.

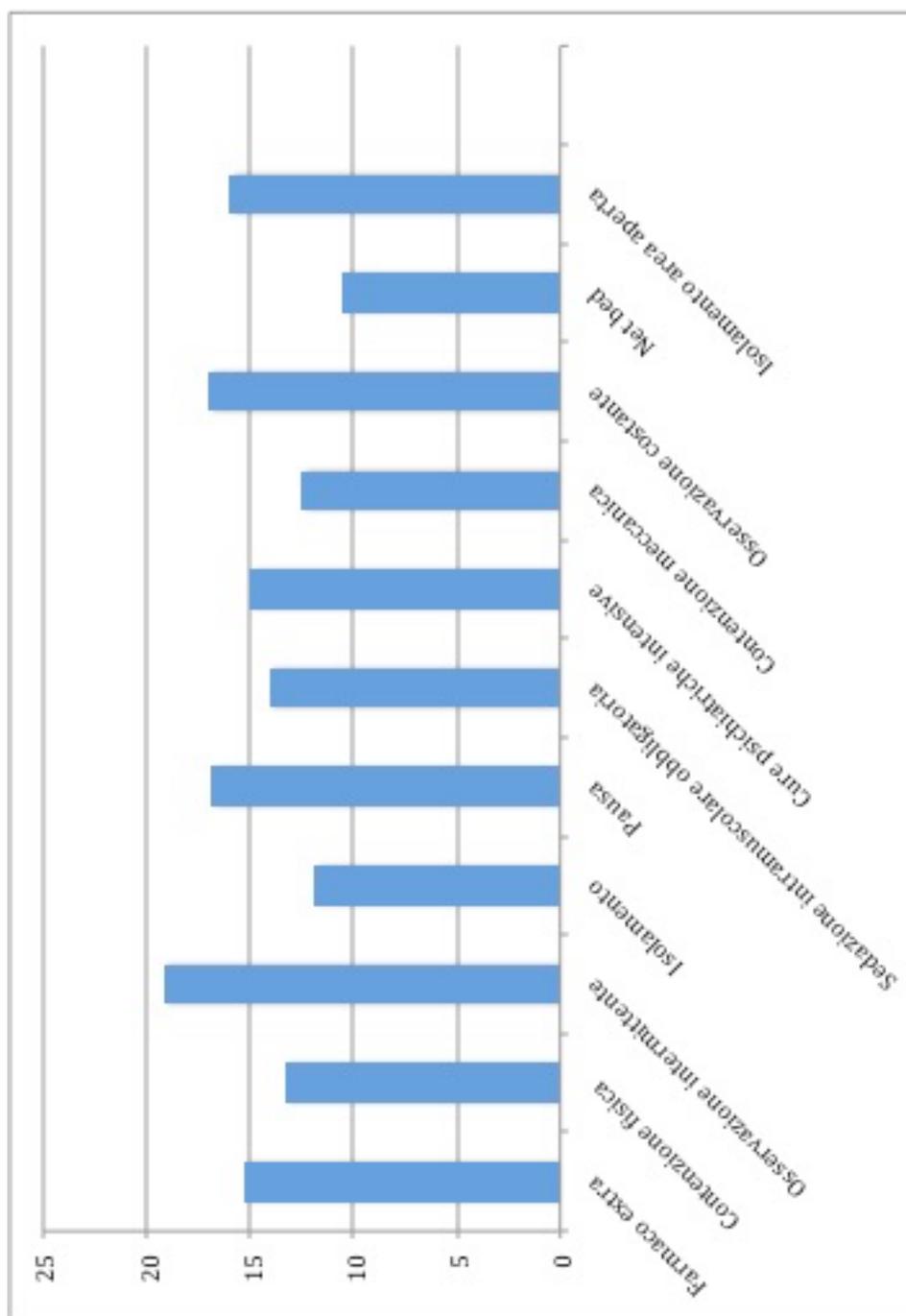
	Tutti N (N=379)	Filosofia (N=34)	Giurisprudenz a (N=167)	Infermieristica (N=129)	Medicina (N=49)
Uomini N (%)	100 (26)	9 (26)	45 (27)	26 (20)	20 (41)
età N (%)					
≤20 anni	67 (18)	0 (0)	66 (39)	1 (1)	0 (0)
21-29 anni	297 (78)	33 (97)	100 (60)	115 (89)	49 (100)
≥30 anni	15 (4)	1 (3)	1 (1)	13 (10)	0 (0)
Visita reparto psichiatrico N (%)	42 (11)	3 (9)	22 (13)	12 (9)	5 (10)
Conoscenza di qualcuno ricoverato N (%)	88 (23)	14 (41)	32 (20)	32 (25)	9 (18)

Tabella 1. Descrittiva del campione di partecipanti.

Considerato l'intero campione di studenti, il generale livello di approvazione registrato era, in ordine decrescente, il seguente: osservazione intermittente (19.2), osservazione costante (16.9), farmaco extra (15.3), cure psichiatriche intensive

(14.9), sedazione intramuscolare obbligatoria (14.1), contenzione fisica (13.3), contenzione meccanica (12.5), isolamento (11.9), isolamento in area aperta (16,0), pausa (16.9), *net bed* (10.6) (Figura 1).

Figura 1. Attitudini rispetto all'uso dei metodi di contenimento: punteggi totali di approvazione.



La Tabella 2 mostra il punteggio medio assegnato dagli studenti per ogni item in relazione a ciascun metodo. Gli studenti consideravano l'osservazione intermittente e la sedazione intramuscolare obbligatoria i metodi più efficaci (3.7 e 3.6, rispettivamente), e le due osservazioni i metodi più accettabili (4.1 e 3.5, rispettivamente) e, altresì, più rispettosi delle dignità del paziente (4.0 e 3.5, rispettivamente). Tutti i metodi venivano considerati sicuri per lo staff (punteggio medio > 3), ad eccezione della contenzione fisica (punteggio medio 2.8), mentre, nessun metodo era ritenuto sicuro per il paziente (punteggio medio < 3), ad eccezione dell'osservazione costante (punteggio medio 3.1).

Metodi	Efficacia	Accettabilità	Dignità	Sicurezza staff	Sicurezza paziente
Farmaco Extra	3,24±0,909	3,07±1,01	2,94±1,11	3,42±0,951	2,62±0,922
Contenzione fisica	3,16±1,025	2,64±1,027	2,10±0,967	2,82±1,077	2,54±,004
Osservazione intermittente	3,70±0,863	4,13±0,746	4,01±0,886	3,55±0,934	3,82±0,902
Isolamento	2,45±1,171	2,03±0,943	1,72±0,873	3,49±1,097	2,21±0,987
Pausa	3,16±0,789	3,69±0,834	3,69±0,919	3,19±0,822	3,19±0,891
Sedazione intramuscolare obbligatoria	3,61±1,024	2,51±,086	2,02±0,936	3,32±0,946	2,69±1,002
Cure psichiatriche intensive	3,19±1,022	2,83±1,066	2,52±1,019	3,37±0,858	3,03±1,014
Contenzione meccanica	3,03±1,217	2,10±1,00	1,69±0,807	3,18±1,051	2,47±1,082
Osservazione costante	3,51±0,989	3,53±0,979	3,22±1,150	3,13±0,898	3,55±0,880
Net bed	2,48±1,287	1,54±0,737	1,32±0,575	3,17±1,219	2,05±1,009
Isolamento in area aperta	3,29±0,860	3,38±0,948	3,21±,014	2,82±0,894	3,25±0,909

Tabella 2. Attitudini rispetto all'uso dei metodi di contenimento: punteggi medi relativi ai singoli *item*.

Riguardo alle differenze tra i corsi di laurea, il generale livello di approvazione degli studenti di medicina risultava superiore a quello degli altri studenti per tutti i metodi, ad eccezione dell'osservazione intermittente, più approvata dagli studenti di giurisprudenza. Con riferimento agli studenti degli altri corsi, la tendenza variava a seconda della restrittività del metodo. I metodi meno restrittivi, le osservazioni e la pausa, erano approvati di più dagli studenti di giurisprudenza e, a seguire, da quelli di infermieristica e di filosofia; quelli più restrittivi, viceversa, come ad esempio la contenzione meccanica e il *net bed*, erano approvati meno dagli studenti di giurisprudenza (Figura 2).

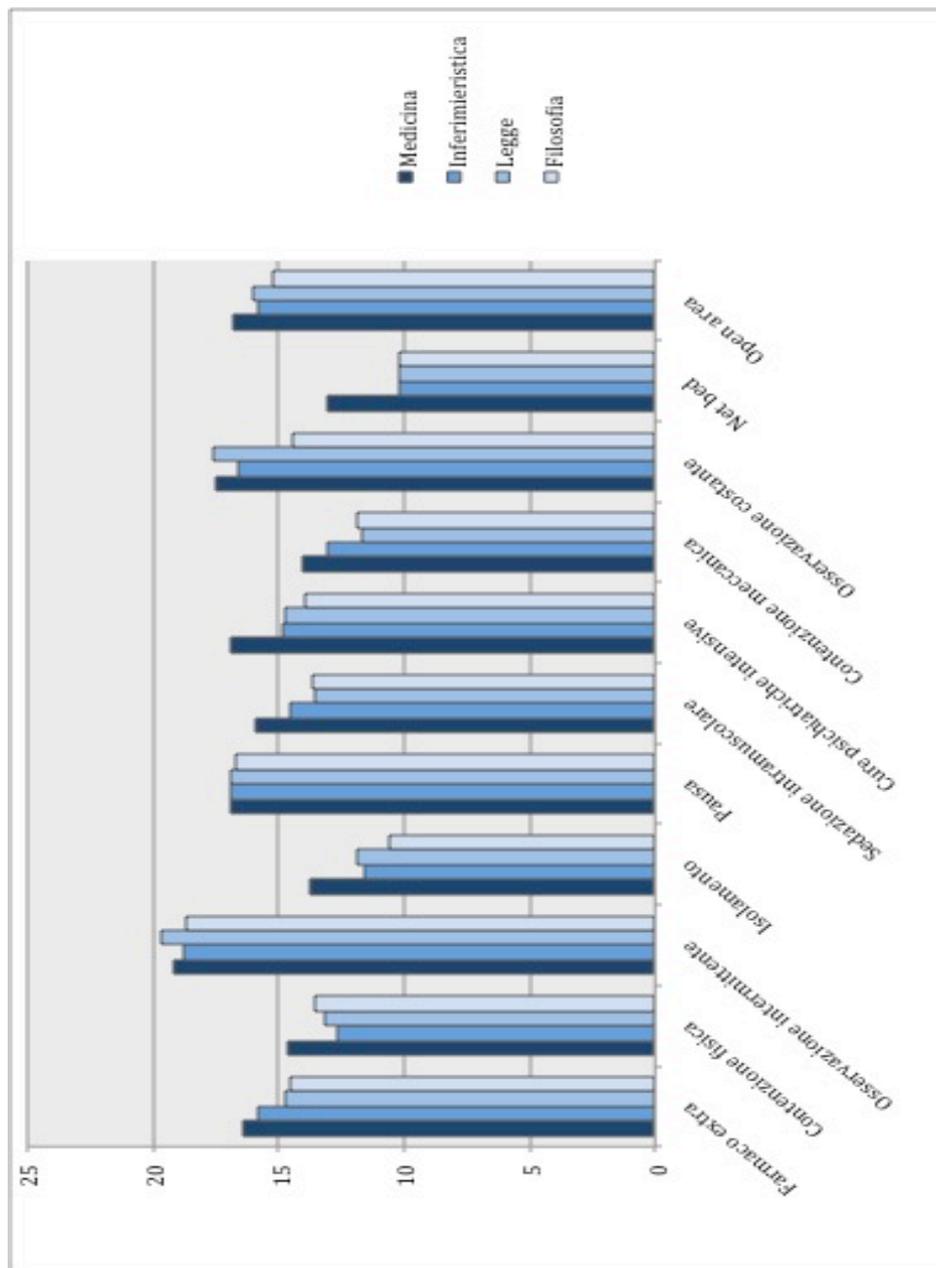
Differenze significative tra i diversi corsi emergevano per i seguenti metodi: farmaco extra, isolamento, sedazione intramuscolare obbligatoria, cure psichiatriche intensive, contenzione meccanica, osservazione costante e *net bed*.

Per quanto riguarda l'applicazione dei metodi al paziente di minore età, la tendenza che si registrava era la medesima: gli studenti di medicina approvavano più degli altri tutti i metodi, ad eccezione questa volta dell'osservazione costante, più approvata dagli studenti di giurisprudenza. Quanto agli altri gruppi di studenti, venivano confermati i risultati ottenuti per i pazienti adulti: i metodi meno restrittivi erano approvati di più dagli studenti di giurisprudenza, mentre quelli più restrittivi erano approvati meno dagli studenti di filosofia.

La Figura 3 mostra le differenze tra uomini e donne. In generale, gli uomini approvavano di più tutti i metodi ad eccezione dell'osservazione intermittente. Differenze significative emergevano in relazione ai seguenti metodi: cure psichiatriche intensive, sedazione intramuscolare obbligatoria, contenzione meccanica, isolamento e *net bed*. In particolare, differenze significative emergevano in riferimento alla sedazione intramuscolare obbligatoria che era considerata dagli uomini più efficace (3.9 vs 3.5), accettabile (2.8 vs 2.4) e dignitosa (2.2 vs 1.9) rispetto alle donne. Le stesse differenze significative, inoltre, si rilevavano in riferimento alle cure psichiatriche intensive e alla contenzione meccanica: gli uomini ritenevano le cure psichiatriche intensive più accettabili (3.0 vs 2.7) e dignitose (2.7 vs 2.4) rispetto alle donne e la contenzione meccanica più efficace (3.3 vs 2.9), accettabile (2.3 vs 2.0) e sicura per il paziente (2.7 vs 2.3).

Nessuna differenza veniva rilevata in relazione alla conoscenza pregressa di qualcuno che fosse stato ricoverato in un reparto psichiatrico o alla pregressa visita di detto tipo di reparto.

Figura 2. Attitudini rispetto all'uso dei metodi di contenimento: confronto tra studenti di medicina, infermieristica, giurisprudenza e filosofia.



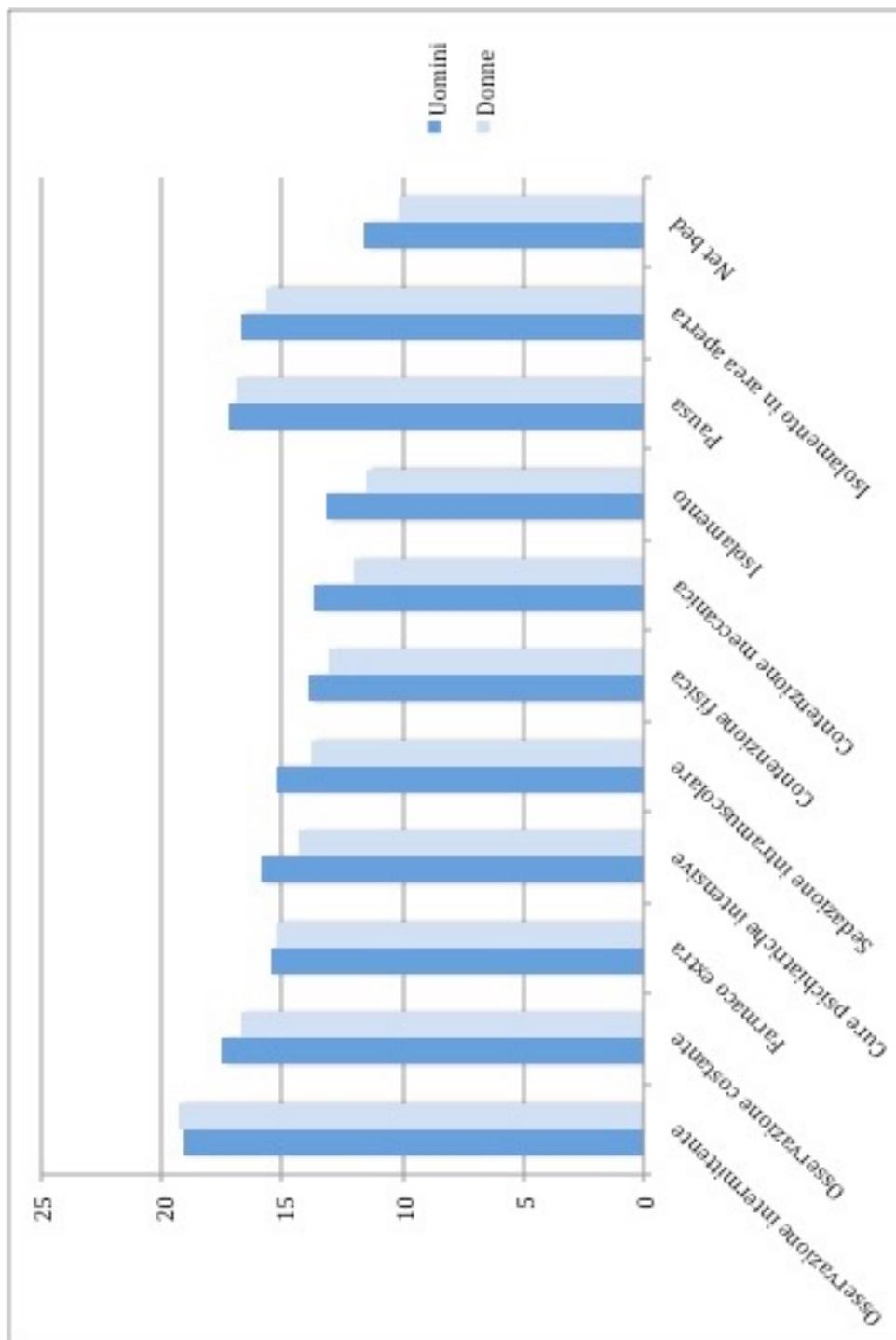


Figura 3. Attitudini rispetto all'uso dei metodi di contenimento: differenze di genere.

4.4.3 Confronto fra studenti di giurisprudenza e studenti di infermieristica

Considerata la diversa composizione numerica dei gruppi di studenti, si è deciso di effettuare le ulteriori analisi soltanto con riguardo agli studenti di giurisprudenza e di infermieristica, i quali costituiscono i gruppi con il maggior numero di partecipanti.

In relazione ai suddetti gruppi di studenti, la Figura 4 mostra l'approvazione totale per ciascun metodo.

Il generale livello di approvazione dei metodi di contenzione, per entrambi i gruppi, era, in ordine decrescente, il seguente: osservazione intermittente, osservazione costante, farmaco extra, cure psichiatriche intensive, sedazione intramuscolare obbligatoria, contenzione fisica e contenzione meccanica. Solo due metodi (nello specifico, le due forme di osservazione) superavano la soglia di approvazione sia per gli studenti di infermieristica che per quelli di legge.

Dal confronto tra i corsi di studi risultava che gli studenti di infermieristica manifestavano un minore livello di approvazione dell'uso dell'osservazione intermittente (18.83 vs 19.65, $p=0.021$) e costante (16.61 vs 17.59, $p=0.029$), e approvavano significativamente di più l'uso di farmaco extra (15.84 vs 14.71, $p=0.009$), la sedazione intramuscolare obbligatoria (14.47 vs 13.50, $p=0.030$), e la contenzione meccanica (13.04 vs 11.73, $p=0.005$). Rispetto a quelli di giurisprudenza, gli studenti di infermieristica consideravano l'osservazione intermittente e costante significativamente meno efficaci e sicure per il paziente; il farmaco extra significativamente più efficace e accettabile, la sedazione intramuscolare obbligatoria e la contenzione meccanica significativamente più accettabile, dignitosa e sicura per il paziente (Tabella 3).

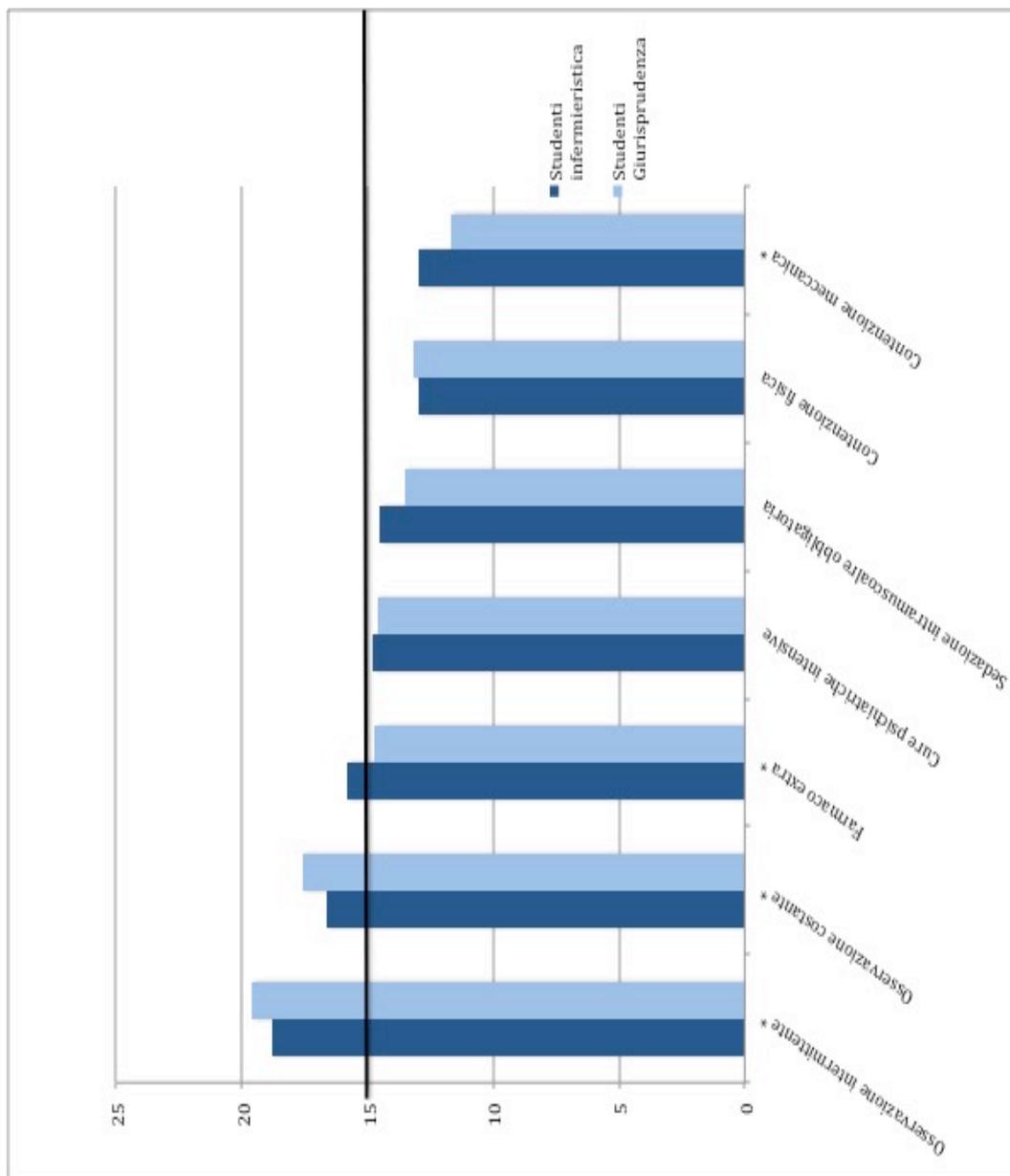


Figura 4. Attitudini rispetto all'uso dei metodi di contenimento: confronto tra studenti di infermieristica e studenti di giurisprudenza.

Metodi	Corso di studio	Efficacia	Accettabilità	Dignità	Sicurezza staff	Sicurezza paziente
Farmaco extra	Infermieristica	3.5±0.8	3.2±0.9	3.1±1.0	3.30±0.9	2.8±0.7
	Giurisprudenza	3.1±0.9	2.9±1.0	2.8±1.1	3.46±0.9	2.5±1.0
Contenzione fisica	Infermieristica	3.1±1.0	2.7±0.9	2.0±0.9	2.6±1.0	2.5±1.0
	Giurisprudenza	3.1±1.1	2.5±1.1	2.0±1.0	2.9±1.1	2.5±1.0
Sedazione intramuscolare obbligatoria	Infermieristica	3.6±0.9	2.7±1.0	2.1±0.9	3.1±0.9	2.8±0.9
	Giurisprudenza	3.4±1.0	2.3±1.0	1.9±0.9	3.4±0.9	2.5±1.0
Cure psichiatriche intensive	Infermieristica	3.2±1.0	2.8±1.1	2.5±1.0	3.3±0.8	3.0±1.0
	Giurisprudenza	3.1±1.1	2.8±1.0	2.5±1.0	3.4±0.9	3.0±1.1
Contenzione meccanica	Infermieristica	3.1±1.1	2.3±0.9	1.8±0.7	3.0±1.0	2.6±0.9
	Giurisprudenza	2.8±1.2	1.8±0.9	1.5±0.8	3.2±1.0	2.2±1.1
Osservazione intermittente	Infermieristica	3.5±0.8	4.1±0.7	4.1±0.8	3.4±1.0	3.7±0.8
	Giurisprudenza	3.9±0.7	4.1±0.7	4.0±0.8	3.6±0.8	3.9±0.8
Osservazione costante	Infermieristica	3.4±0.8	3.5±1.0	3.2±1.1	3.0±0.9	3.4±0.9
	Giurisprudenza	3.7±0.8	3.6±0.9	3.3±1.1	3.3±0.9	3.7±0.8

Tabella 3. Attitudini rispetto all'uso dei metodi di contenimento: confronto tra studenti di infermieristica e giurisprudenza dei punteggi medi per singolo item.

Quanto al confronto di genere, significative erano le differenze emerse tra uomini e donne riguardo al punteggio totale assegnato alla sedazione

intramuscolare obbligatoria (14.90 vs 13.62, $p=0.014$) e alla contenzione meccanica (13.58 vs 12.91, $p=0.003$); nello specifico, la sedazione intramuscolare obbligatoria era considerata significativamente più dignitosa dagli studenti uomini, i quali, inoltre, rispetto alle donne, consideravano la contenzione meccanica più accettabile e sicura.

Il confronto riguardante l'impiego dei metodi di contenzione sui pazienti adulti e minori rivelava differenze significative in riferimento all'osservazione intermittente: invero, gli studenti di entrambi i gruppi approvavano significativamente di più l'uso dell'osservazione intermittente sui pazienti adulti rispetto ai pazienti di minore età.

A proposito dell'uso dei metodi di contenzione sul paziente minore, il confronto tra studenti di infermieristica e giurisprudenza mostrava delle differenze significative solo con riferimento al punteggio totale riguardante il farmaco extra, valutato più positivamente dagli studenti di infermieristica (16.30 vs 14.64, $p<0.001$). Più specificamente, questi ultimi consideravano il metodo suddetto significativamente più efficace, accettabile, dignitoso e sicuro per il paziente rispetto agli studenti di giurisprudenza. Sempre con riferimento ai minori, i confronti tra uomini e donne mostravano differenze significative in relazione al punteggio totale delle cure psichiatriche intensive (15.81 vs 14.17, $p=0.007$): gli studenti uomini le consideravano più accettabili e sicure per lo staff.

Il coefficiente di correlazione di Spearman riguardante i cinque *item* posti dal questionario mostrava una forte correlazione tra due *item*: accettabilità e dignità, sia in relazione ai pazienti adulti sia a quelli minori (Tabella 4).

Farmaco extra				
	Efficacia	Accettabilità	Dignità	Sicurezza staff
Efficacia	1.0			
Accettabilità	0.40/0.52	1.0		
Dignità	0.33/0.45	0.67/0.74	1.0	
Sicurezza staff	0.22/0.43	0.29/0.34	0.19/0.28	1.0
Sicurezza	0.45/0.50	0.57/0.67	0.52/0.65	0.38/0.40
paziente				
Contenzione fisica				
Efficacia	1.0			
Accettabilità	0.55/0.62	1.0		
Dignità	0.37/0.54	0.70/0.79	1.0	
Sicurezza staff	0.25/0.36	0.10/0.24	0.08/0.26	1.0
Sicurezza	0.40/0.57	0.47/0.62	0.46/0.64	0.46/0.52
paziente				
Sedazione Intramuscolare obbligatoria				
Efficacia	1.0			
Accettabilità	0.44/0.48	1.0		
Dignità	0.30/0.39	0.70/0.79	1.0	
Sicurezza staff	0.41/0.33	0.28/0.22	0.20/0.21	1.0
Sicurezza	0.44/0.47	0.61/0.64	0.56/0.60	0.40/0.37
paziente				
Cure Psichiatriche Intensive				
Efficacia	1.0			
Accettabilità	0.68/0.66	1.0		
Dignità	0.54/0.63	0.75/0.85	1.0	
Sicurezza staff	0.35/0.38	0.33/0.34	0.30/0.31	1.0
Sicurezza	0.58/0.56	0.61/0.65	0.61/0.61	0.50/0.48
paziente				
Contenzione meccanica				
Efficacia	1.0			
Accettabilità	0.55 / 0.57	1.0		
Dignità	0.44/0.50	0.75/0.82	1.0	
Sicurezza staff	0.45/0.39	0.28/0.24	0.19/0.17	1.0
Sicurezza	0.60/0.54	0.62 / 0.65	0.58/0.64	0.45/0.46
paziente				
Osservazione intermittente				
Efficacia	1.0			

Tabella 4	Accettabilità	0.38/0.51	1.0		
	Dignità	0.24/0.41	0.69/0.78	1.0	
Attitudini i rispetto all'uso dei metodi di conteni mento: correlazi one di Spearma	Sicurezza staff	0.40/0.46	0.26/0.36	0.19/0.31	1.0
	Sicurezza paziente	0.42/0.50	0.39/0.46	0.31/0.49	0.51/0.58
	Osservazione costante				
	Efficacia	1.0			
	Accettabilità	0.59/0.66	1.0		
	Dignità	0.54/0.55	0.78/0.81	1.0	
	Sicurezza staff	0.42/0.47	0.41/0.44	0.38/0.45	1.0
	Sicurezza paziente	0.54/0.58	0.54/0.63	0.50/0.60	0.51/0.59

n per efficacia, accettabilità, dignità e sicurezza per staff e pazienti.

Alcune correlazioni emergevano anche fra accettabilità e sicurezza per il paziente, mentre più deboli apparivano le correlazioni tra accettabilità e sicurezza per lo staff. Il più alto coefficiente di correlazione tra accettabilità e dignità riguardava l'osservazione costante (0.78), le cure psichiatriche intensive (0.75) e la contenzione meccanica (0.75).

4.4.4 Breve cenno ai risultati della ricerca qualitativa

I commenti, redatti dai partecipanti nello spazio all'uso dedicato alla fine del questionario, non sono ancora stati oggetto di analisi opportuna. Tuttavia, si coglie l'occasione per evidenziare un interessante risultato. Gli studenti si sono mostrati alquanto sensibili al tema della dignità e, numerosi, hanno percepito la lesione della dignità del paziente, quando sottoposto ai metodi di contenzione oggetto dello studio.

4.5 Discussione

Lo scopo della ricerca era quello di conoscere le *attitudes* degli studenti universitari in relazione alle misure impiegate, in psichiatria, allo scopo di contenere individui di minore e maggiore età, affetti da disturbi psichiatrici.

Prima di procedere alla discussione dei dati sopra riportati, occorre premettere che, nonostante il questionario avesse ad oggetto undici metodi, il presente studio pone il focus solo sui metodi che trovano impiego in Italia. Essi sono: farmaco extra, contenzione fisica, osservazione intermittente, sedazione intramuscolare obbligatoria, cure psichiatriche intensive, contenzione meccanica e osservazione costante.

Di seguito si procederà alla discussione, dapprima, dei risultati relativi al campione generale e, successivamente, di quelli riguardanti il confronto tra studenti di giurisprudenza e di infermieristica.

Relativamente al campione generale, i principali risultati emersi dalla ricerca sono stati i seguenti: 1. Gli studenti consideravano accettabili solo il farmaco extra, e le osservazioni, intermittente e costante; 2. Gli studenti dei corsi ad indirizzo non sanitario manifestavano un maggior grado di disapprovazione rispetto a tutti i metodi di contenimento; e 3. Le donne disapprovavano più degli uomini i metodi di contenimento più restrittivi.

In generale, il numero di metodi approvati dagli studenti italiani indicava la tendenza a valutare meno positivamente rispetto agli studenti turchi⁴⁸⁹ e inglesi⁴⁹⁰ tutti i metodi di contenimento.

Nello specifico, solo due dei metodi (osservazione intermittente e costante) erano considerati dignitosi per il paziente. Una possibile giustificazione di tale risultato potrebbe consistere nel fatto che questi metodi non limitano la libertà di movimento del paziente, ma consentono di controllarlo senza usare il contatto fisico o la somministrazione straordinaria di farmaci.

⁴⁸⁹ ÖZCAN N.K., H. BILGIN, N.E. BADIRGALI BOYACIOĞLU, F. KAYA, *Student nurses' attitudes towards professional containment methods used in psychiatric wards and perceptions of aggression*, cit., pp. 346-52.

⁴⁹⁰ E. MUIR-COCHRANE, L. BOWERS, D. JEFFERY, *Comparison in attitudes between nursing and other students in relation to containment measures for disturbed psychiatric patients*, cit., pp. 83-90.

I partecipanti, nello specifico, consideravano l'osservazione costante e intermittente sicure, allo stesso modo, per pazienti e staff. Questo dato risultava in linea con gli studi precedenti, che dimostravano che garantire la sicurezza dello staff e del paziente era considerato parte integrante dei compiti che spettano al personale sanitario.⁴⁹¹

In generale, gli studenti ritenevano tutti i metodi, ad eccezione della contenzione fisica, sicuri per lo staff. A questo proposito, può essere ipotizzato che l'uso dei metodi di contenimento che non richiedono il contatto fisico non fosse percepito dagli studenti come un problema in termini di vulnerabilità dello staff. Questo risultato, tuttavia, contrasta con quanto emerso dallo studio turco, il quale dimostrava che gli studenti consideravano l'osservazione costante meno sicura per lo staff della contenzione fisica.⁴⁹²

Con riferimento alle differenze tra i corsi di laurea, gli studenti di corsi di professioni sanitarie manifestavano la tendenza ad approvare più degli altri studenti l'uso dei metodi di contenimento. È stato ipotizzato che ciò potesse essere determinato dalla consapevolezza degli studenti in questione che, nella realtà dei reparti psichiatrici, medici e gli infermieri si trovano spesso a dover far fronte a dinamiche molto complesse, che richiedono l'uso tempestivo dei suddetti metodi.⁴⁹³

Ciò che è risultato interessante, inoltre, è stato il contrasto rispetto alle evidenze emerse dallo studio di Muir-Cochrane e altri: gli studenti inglesi di corsi non sanitari approvavano la contenzione meccanica e il *net bed* più degli studenti di infermieristica psichiatrica.⁴⁹⁴ Questa differenza può essere spiegata dal fatto che il campione di studenti italiani di corsi non sanitari proveniva da una formazione di stampo giuridico e filosofico e, pertanto, godendo di maggiori competenze e conoscenze in materia di bioetica, diritto sanitario e diritto fondamentali, tendeva a giudicare più severamente l'impiego dei suddetti metodi.

⁴⁹¹ E. PERKINS, H. PROSSER, D. RILEY, e altri, *Physical restraint in a therapeutic setting: a necessary evil?*, in *International Journal of Law and Psychiatry*, 2012, 35(1), pp. 43–49.

⁴⁹² ÖZCAN N.K., H. BILGIN, N.E. BADIRGALI BOYACIOĞLU, F. KAYA, *Student nurses' attitudes towards professional containment methods used in psychiatric wards and perceptions of aggression*, cit., pp. 346-52.

⁴⁹³ E. MUIR-COCHRANE, L. BOWERS, D. JEFFERY, *Comparison in attitudes between nursing and other students in relation to containment measures for disturbed psychiatric patients*, cit.

⁴⁹⁴ *Ibidem*.

Gli studenti di medicina approvavano significativamente più degli altri studenti, la maggior parte dei metodi di contenimento, con la tendenza a considerarli più dignitosi, efficaci, sicuri per staff e pazienti. Questo dato confermava la tesi di partenza, dimostrando che la formazione universitaria in ambito sanitario è un'importante variabile. Tale risultato, inoltre, appariva coerente con uno studio che dimostrava come gli studenti di medicina avessero una visione della medicina più positiva di quella degli studenti di infermieristica.⁴⁹⁵ Per quanto riguarda le differenze di genere, l'approccio delle partecipanti era in linea con gli studi precedenti, che suggeriscono un diverso approccio di uomini e donne alle questioni etiche.⁴⁹⁶

Nello specifico, gli uomini tendevano ad approvare significativamente più delle donne i metodi coercitivi, come la sedazione intramuscolare obbligatoria, la contenzione meccanica e, nel caso dei minori, le cure psichiatriche intensive. Questo rilievo potrebbe essere spiegato tramite le teorie di genere, le quali indicano la ragione e le circostanze in cui le differenze tra uomini e donne emergono.

Tra queste rileva la teoria secondo la quale le donne tendono ad essere più altruiste e nutrono una generale preoccupazione per il benessere degli altri; mentre gli uomini sono molto più legati a principi che coinvolgono la crescita personale e l'aggressività.⁴⁹⁷

Gilligan ha teorizzato che in situazioni di conflitto morale e di scelta, negli uomini prevale la concezione della morale come giustizia, mentre la moralità come cura è predominante nelle donne.⁴⁹⁸

⁴⁹⁵ MARDBY A. C., AKERLIND I., HEDENRUD T, Different development of general beliefs about medicines during undergraduate studies in medicine, nursing and pharmacy, *Patient Education and Counseling*, 2008, 75(2), 283-289.

⁴⁹⁶ GELKOPF M., ROFFE Z., BEHRBALK P. e altri, Attitudes, opinions, behaviors, and emotions of the nursing staff toward patient restraint, *Issues in Mental Health Nursing*, 2009, 30(12), pp. 758-763; E. MUIR-COCHRANE, L. BOWERS, D. JEFFERY, *Comparison in attitudes between nursing and other students in relation to containment measures for disturbed psychiatric patients*, cit.; SOININEN, P., VÄLIMÄKI M., NODA T., PUUKKA P., KORKEILA J., JOFFE G., PUTKONEN H., *Secluded and restrained patients' perceptions of their treatment*, in *International Journal of Mental Health Nursing*, 2013, 22(1), pp. 47-55.

⁴⁹⁷ C. GILLIGAN, 1982. *In a different voice: Psychological Theory and Women's Development*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, and London, England.

⁴⁹⁸ *Ibidem*.

Procediamo ora a discutere i principali risultati emersi dal confronto tra gli studenti di giurisprudenza e quelli di infermieristica: 1. Gli unici due metodi approvati sia dagli studenti di infermieristica che da quelli di giurisprudenza erano l'osservazione costante e quella intermittente. 2. Confrontando i due gruppi di studenti, emergeva come gli studenti di infermieristica approvassero di più il farmaco extra, la sedazione intramuscolare obbligatoria e la contenzione meccanica, mentre gli studenti di giurisprudenza approvano di più l'osservazione costante e intermittente. 4. Scarse differenze emergevano con riferimento alle attitudini verso l'uso dei metodi di contenimento sui pazienti adulti e minori. 5. L'accettabilità dei metodi di contenimento risultava fortemente correlata con la dignità del paziente.

In generale, mentre gli studenti di giurisprudenza approvavano soltanto l'osservazione costante e intermittente, gli studenti di infermieristica consideravano accettabile anche il farmaco extra. Questi dati risultavano compatibili con quelli emersi dallo studio turco⁴⁹⁹, e differivano da quelli inglesi, che vedevano gli studenti approvare anche i metodi più restrittivi⁵⁰⁰ (i.e. contenzione fisica, sedazione intramuscolare obbligatoria). Ciò potrebbe derivare dal fatto che gli studenti inglesi costituivano l'unico gruppo di partecipanti che stava frequentando il corso specifico, della durata di tre anni, per lavorare nell'ambito della salute mentale⁵⁰¹ e, dunque, erano gli unici ad avere un minimo rapporto di familiarità con i metodi in questione.

Diversamente dagli studenti inglesi e turchi,⁵⁰² gli studenti italiani non approvavano le cure psichiatriche intensive, anche se, è bene precisare che il livello di approvazione si collocava poco sotto la soglia minima e che,

⁴⁹⁹ ÖZCAN N.K., H. BILGIN, N.E. BADIRGALI BOYACIOĞLU, F. KAYA, *Student nurses' attitudes towards professional containment methods used in psychiatric wards and perceptions of aggression*, cit., pp. 346-52.

⁵⁰⁰ L. BOWERS, A. SIMPSON, J. ALEXANDER, C. RYAN, P. CARR-WALKER, *Cultures of psychiatry and the professional socialization process: the case of containment methods for disturbed patients*, cit., pp. 346-52.

⁵⁰¹ *Ibidem*.

⁵⁰² ÖZCAN N.K., H. BILGIN, N.E. BADIRGALI BOYACIOĞLU, F. KAYA, *Student nurses' attitudes towards professional containment methods used in psychiatric wards and perceptions of aggression*, cit., pp. 346-52; L. BOWERS, A. SIMPSON, J. ALEXANDER, C. RYAN, P. CARR-WALKER, *Cultures of psychiatry and the professional socialization process: the case of containment methods for disturbed patients*, cit., pp. 346-52; GELKOPF M., ROFFE Z., BEHRBALK P. e altri, *Attitudes, opinions, behaviors, and emotions of the nursing staff toward patient restraint*, *Issues in Mental Health Nursing*, 2009, 30(12), pp. 758-763.

diversamente dagli altri, nel presente studio non veniva considerata la preparazione all'impiego del metodo.⁵⁰³

Con riferimento alle differenze tra gli studenti dei diversi corsi di laurea, gli studenti italiani di infermieristica tendevano ad approvare, più di quelli di giurisprudenza, i metodi più restrittivi. Questo risultato rispondeva affermativamente alla questione posta all'inizio dello studio (i.e. se studenti provenienti da diversi percorsi di studio hanno attitudini diverse rispetto ai metodi di contenimento), mostrando come il percorso di studi incida sulle attitudini dei futuri professionisti rispetto all'impiego dei metodi di contenimento.

Guardando alle differenze relative alle singole questioni poste dal questionario, emergeva che gli studenti di infermieristica, nonostante le approvassero entrambe, valutavano le osservazioni meno efficaci e sicure per il paziente rispetto agli studenti di giurisprudenza. Al contrario, differenze significative emergevano in relazione all'accettabilità, alla dignità e alla sicurezza del paziente per la sedazione intramuscolare obbligatoria e la contenzione meccanica, con le valutazioni degli studenti di infermieristica sempre più positive rispetto a quelle degli studenti di giurisprudenza.

I due gruppi di studenti sembravano essere chiaramente in disaccordo in modi diversi e a proposito di aspetti diversi a seconda del livello di restrittività dei metodi. Muir-Cochrane e gli altri suggeriscono che le differenze nelle attitudini rispetto all'uso dei metodi di contenimento potrebbero essere espressione di una attitudine etica innata degli studenti, esattamente quella che li ha portati in origine a scegliere un determinato corso di studi e, pertanto, una certa professione.⁵⁰⁴

In accordo con tale assunto, potremmo ipotizzare che gli studenti di infermieristica siano più attenti a valutare quanto l'osservazione possa essere ritenuta un metodo efficace e sicuro per il paziente, poiché in qualità di futuri professionisti sanitari, tendono a focalizzarsi sugli aspetti legati alla cura e

⁵⁰³ Questi rilievi, infatti, ci invitano a considerare i risultati che si attestano in prossimità della soglia minima di approvazione con estrema cauzione.

⁵⁰⁴ E. MUIR-COCHRANE, L. BOWERS, D. JEFFERY, *Comparison in attitudes between nursing and other students in relation to containment measures for disturbed psychiatric patients*, cit., pp. 83-90.

all'assistenza. A ciò si aggiunga che non risulta nessuna evidenza scientifica che dimostri l'efficacia del metodo della osservazione⁵⁰⁵.

Dall'altra parte, gli studenti di giurisprudenza sono più preoccupati dell'accettabilità, della dignità e della sicurezza del paziente in relazione all'uso dei metodi più restrittivi perché, in quanto futuri professionisti del settore legale, si concentrano sui profili giuridici che attengono a tali pratiche. Qualunque sia la spiegazione delle differenze tra studenti di infermieristica e giurisprudenza, il loro diverso approccio dovrebbe essere tenuto in debita considerazione, poiché potrebbe indicare delle incongruenze nella visione dell'assistenza psichiatrica in Italia o una visione stereotipica di coloro che vi lavorano. Inoltre, il diverso approccio potrebbe avere delle importanti implicazioni nel contesto giudiziario, in cui i giuristi, nel ruolo di giudici come di avvocati, sono chiamati rispettivamente, a giudicare, perseguire o difendere il lavoro degli infermieri.

Le attitudini degli studenti in relazione ai pazienti adulti e ai minori non differivano in maniera significativa, ad eccezione di quelle relative all'osservazione intermittente; questo metodo, infatti, otteneva un più elevato livello di approvazione da parte di entrambi i gruppi di studenti. Questo risultato potrebbe indicare che gli studenti considerano i minori più volubili e problematici dei pazienti adulti e che quindi l'osservazione intermittente potrebbe essere meno adatta a gestire gli ultimi. Tale spiegazione sembrerebbe coerente con numerosi studi che dimostrano un più elevato tasso di episodi di aggressività nei pazienti adolescenti e nei pazienti in età prepuberale.⁵⁰⁶ L'assenza di altre differenze significative tra adulti e minori potrebbe indicare che gli studenti riconoscono la soggettività etica e legale del minore e valutano quanto un metodo debba

⁵⁰⁵ M. MANNA, 2010. *Effectiveness of formal observation in inpatient psychiatry in preventing adverse outcomes: the state of the science*, in *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 17, pp. 268-273.

⁵⁰⁶ G. BARTON, J.M. REY, P. SIMPSON, E. DENSHIRE, *Patterns of critical incidents and their effect on outcome in an adolescent inpatient service*, in *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2001, 35, pp. 155-159; A.J. DEAN, B.M. MCDERMOTT, R.T. MARSHALL, *Psychotropic medication utilization in a child and adolescent mental health service*, in *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 2006, 16, 273-285; E.P. RYAN, V.S. HART, D.L. MESSICK, J. AARON, M. BURNETTE, *A prospective study of assault against staff by youths in a state psychiatric hospital*, in *Psychiatr. Serv.*, 2004, 55, 665-670; J. H. CROCKER, R. STARGATT, C. DENTON, *Prediction of aggression and restraint in child inpatient units*, in *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2010, 44, pp. 443-449.

considerarsi approvabile senza tenere in considerazione l'età di chi vi è sottoposto.

Il coefficiente di correlazione di Spearman mostra una forte correlazione tra accettabilità e rispetto della dignità del paziente. Tale evidenza merita di essere sottolineata poiché rivela un'importante attenzione da parte degli studenti in merito al rispetto della dignità della persona, la stessa riscontrata da alcuni studi in relazione ai professionisti sanitari.⁵⁰⁷ Questa correlazione, l'unica costante in relazione all'uso su adulti e minori dei metodi di contenimento, suggerisce che la valutazione che gli studenti fanno dell'accettabilità dipende dalla misura in cui il metodo rispetta la dignità del paziente. In altre parole, essa potrebbe indicare che il metodo di contenimento non può essere considerato accettabile se non è dignitoso per il paziente.

Per quanto riguarda gli studenti di infermieristica, questo risultato era in linea con gli studi precedenti, i quali illustravano la percezione che gli infermieri e gli studenti di infermieristica hanno della dignità umana e la loro consapevolezza dell'importanza che essa riveste nella pratica clinica. In particolare, lo studio di Munoz e altri mostra il desiderio degli studenti infermieri di garantire la dignità nell'ambito dell'assistenza sanitaria e di sperimentare l'utilizzo dei metodi ad essa appropriati nell'assistenza dei malati mentali.⁵⁰⁸ Parimenti, studi recenti mostrano che degli infermieri tentano di preservare la dignità del paziente, scegliendo misure che possano violarla solo come ultima spiaggia.⁵⁰⁹

Dall'altra parte, poiché abbiamo trovato la medesima correlazione per gli studenti di giurisprudenza, si potrebbe ipotizzare che la relazione tra l'accettabilità dei metodi di contenimento e il loro rispetto per la dignità del paziente sia un

⁵⁰⁷ S. BIGWOOD, M. CROWE, *'It's part of the job, but it spoils the job': a phenomenological study of physical restraint*, in *International Journal of Mental Health Nursing*, 2008, 17, pp. 215–222.

⁵⁰⁸ S.A. MUNOZ, L. MACADEN, R. KYLE, E. WEBSTER, *Revealing student nurses' perceptions of human dignity through curriculum co-design*, in *Social Science and Medicine*, 2017, 174, 1-8.

⁵⁰⁹ R. KONTIO, M. VALIMAKI, H. PUTKONEN, L. KUOSMANEN, A. SCOTT, G. JOFFE, *Patient restrictions: are there ethical alternatives to seclusion and restraint?*, in *Nursing Ethics*, 2010, 17, pp. 65–76; L. LINDWALL, L. BOUSSAID, S. KULZER, A. WIGERBLAD, *Patient dignity in psychiatric nursing practice*, in *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 2012, 19(7), pp. 569-576; R. RIAHI, G. THOMPSON, J. DUXBURY, *An integrative review exploring decision-making factors influencing mental health nurses in the use of restraint*, in *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2016, 23, pp. 116-128.

carattere stabile del ragionamento morale. Ciò sarebbe conforme al dettato costituzionale, il quale in nessun caso ammette la violazione della dignità della persona, neppure nell'ambito di un trattamento sanitario obbligatorio⁵¹⁰. Similmente, la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea, come si avrà modo di vedere nel capitolo successivo, stabilisce che l'unione Europea è fondata sul principio della dignità umana, che è inviolabile e deve essere rispettato e protetto.

4.6 Limitazioni

Questo studio ha una serie di limitazioni. Anzitutto, è uno studio monocentrico, dunque il campione di partecipanti potrebbe non essere rappresentativo degli studenti italiani di infermieristica e giurisprudenza. In secondo luogo, avendo scelto di seguire la versione originale dello strumento, non abbiamo raccolto nessuna informazione sulle precedenti esperienze formative degli studenti, né altri dati personali (luogo di nascita, religione, ecc.). Infine, abbiamo tradotto e usato lo strumento sviluppato dal gruppo di ricerca inglese, ma il suo adattamento in lingua italiana non è stato valutato.

Un punto di forza dello studio, invece, è stato l'originale confronto tra ben definiti gruppi di studenti e l'indagine delle loro attitudini rispetto ai pazienti adulti e a quelli di minore età.

8. Conclusioni

Le evidenze emerse dal corrente studio mostrano come tutti gli studenti, a prescindere dal corso di laurea frequentato, considerino inaccettabile l'impiego sui pazienti psichiatrici della maggior parte dei metodi di contenzione. Qualora il campione degli studenti fosse considerato rappresentativo della società attuale,

⁵¹⁰ Art. 2 e 32 Cost.

questo risultato potrebbe suggerire che il supremo valore della dignità, universalmente riconosciuto, ha sconfitto il secolare pregiudizio nei confronti dei malati mentali.

Questo dato meriterebbe di essere valutato nell'attuale dibattito etico-legale sulla legittimità della contenzione. Le differenze tra gli studenti, potrebbero trovare ragione nel diverso percorso formativo, nel personale coinvolgimento nell'impiego delle misure di contenzione, nelle diverse prospettive etiche e in una visione stereotipica dei professionisti sanitari. Comunque la si voglia intendere, questa differenza evidenzia l'esigenza di sollecitare un confronto tra gli studenti di formazione diversa e garantire più opportunità di studio e riflessione comune.

Per finire, le differenze di genere necessitano di essere esplorate in maniera più approfondita, poiché possono comportare delle importanti implicazioni pratiche, specialmente se si considera che in Italia il numero delle donne impiegate nel settore della sanità raggiunge il 63%.⁵¹¹ L'elevata presenza femminile potrebbe portare un miglioramento della qualità del rapporto e della comunicazione tra il paziente e gli operatori sanitari, dell'efficacia del lavoro di squadra, della gestione delle relazioni e della mediazione tra le diverse figure professionali.

⁵¹¹ L. D'ADDIO, *La sanità è donna. Il sesso debole di ieri è la nuova forza dei servizi sanitari. Molte donne in corsia e poche nelle stanze dei bottoni*, in *L'Infermiere*, 2011, 2.

Capitolo 5

La dignità come parametro di giudizio

I risultati emersi dalla ricerca empirica suggeriscono che la dignità rappresenta per i partecipanti un parametro di riferimento, vale a dire, il valore in base al quale giudicare l'accettabilità dei vari metodi di contenzione. I metodi sono considerati accettabili nella misura in cui rispettano la dignità del paziente. In particolare, solo due dei metodi proposti vengono ritenuti dignitosi e accettabili.

Questo risultato ha determinato la scelta di indirizzare la ricerca sul ruolo che il concetto di dignità incarna in ambito bioetico e biogiuridico e sui riflessi che esso produce nel trattamento sanitario dei pazienti psichiatrici.⁵¹²

Ciò che si vuole proporre in questo capitolo è un concetto di dignità che possa orientare la valutazione bioetica delle pratiche psichiatriche e lo sviluppo di una normativa che sia adatta a salvaguardare i diritti del malato.

Negli anni più recenti, l'attenzione verso il tema della dignità umana è andata crescendo e ha assunto una posizione centrale nel dibattito bioetico e biogiuridico.⁵¹³ Oggetto di dibattito è la nozione stessa di dignità umana, il ruolo che essa riveste in ambito bioetico e biogiuridico⁵¹⁴, la sua utilità e, soprattutto, il rischio che essa diventi un mero concetto retorico.⁵¹⁵

⁵¹² Il principio della dignità del paziente è stato richiamato più volte dal CNB nei pareri dedicati al trattamento degli individui affetti da disturbo mentale. Cfr. *La contenzione: profili bioetici* del 2015, *Le demenze e la malattia di Alzheimer* del 2014, *Bioetica e diritti degli anziani* del 2006, *Psichiatria e salute mentale* del 2000.

⁵¹³ ANDORNO R., *Four paradoxes of human dignity*, in JOERDEN J., HILGENDORF E., PETRILLO N., THIELE F., (eds.), *Menschenwürde und moderne Medizintechnik*, Series: Interdisziplinäre Studien zu Recht und Staat, n. 50, Baden-Baden, Nomos Verlag, 2011, pp. 131-140.

⁵¹⁴ Può essere utile a tal proposito l'analisi approfondita dell'impiego del concetto di dignità da parte della giurisprudenza costituzionale, operata dalla stessa Corte Costituzionale in M. BELLOCCI, P. PASSAGLIA (a cura di), *La dignità dell'uomo quale principio costituzionale, Quaderno predisposto in occasione dell'incontro trilaterale delle Corti costituzionali italiana, spagnola e portoghese*, Roma, Palazzo della Consulta, 30 settembre – 1° ottobre 2007.

⁵¹⁵ R. ANDORNO, *Four paradoxes of human dignity*, cit., p. 131.

5. Breve ricostruzione storico-filosofica del concetto di dignità

Prima di procedere all'analisi del principio etico di dignità in relazione alla contenzione del paziente psichiatrico, si ritiene utile percorrere, senza alcuna pretesa di completezza, l'evoluzione storico-filosofica del concetto, per poi indagare quale valenza esso rivesta in bioetica e biodiritto.

Nonostante l'origine etimologica del termine sia riconducibile alla parola latina *dignitas*⁵¹⁶, per conoscere le origini del concetto di dignità umana occorre volgere lo sguardo all'antica Grecia, epoca in cui l'uomo veniva considerato *ἀξιος* (*áxios*)⁵¹⁷, non semplicemente in quanto uomo, bensì in misura del bene che era in grado di assicurare agli altri.⁵¹⁸

Aristotele, prendendo le mosse da tale concezione, affermò che la dignità apparteneva a tutti gli uomini, anche se in misura diversa: essa non aveva carattere uniforme, ma dipendeva dalla condotta dell'uomo, dalle azioni che egli compiva.⁵¹⁹ L'uomo più degno e valoroso, secondo il filosofo, era colui che, essendo in grado di realizzare grandi imprese, le compiva.⁵²⁰

Diversa era la concezione di alcuni Sofisti, Protagora e Prodicò, e alcuni socratici, secondo i quali la dignità indicava il *proprium* dell'uomo e, pertanto, non poteva che appartenere in egual misura a tutti gli uomini.⁵²¹ Questa concezione era condivisa dalla filosofia stoica, che affermava la centralità

⁵¹⁶ Il latino "dignus" deriva dall'antico "decnos", aggettivo con la radice dek, presente in "decer" (è conveniente), "decens" (è decente), "decorus" (decoro). G. DEVOTO, *Avviamento alla etimologia italiana*, Firenze, Le Monnier, 1968, p. 119.

⁵¹⁷ Nell'antica Grecia non esisteva il concetto di dignità così come elaborato successivamente dal mondo romano e dalla tradizione cristiana. Ciononostante, i termini *ἀξία* (*axía*) e *ἀξίωμα* (*axíoma*) indicano qualcosa di simile al concetto di dignità, il valore, il prestigio e la reputazione. P. BECCHI, *Il doppio volto della dignità*, in Riv. Int. Fil. Dir., 2012, p. 588.

⁵¹⁸ Esempio di uomo valoroso è Ettore, il quale non ricerca la gloria solo mediante la vittoria in battaglia, ma altresì tramite il senso del dovere verso la sua patria. L'onore e la dignità dell'uomo sono tanto più grandi quanto più ardue sono le imprese che essi compiono. U. VINCENTI, *Diritti e dignità umana*, Editori Laterza, 2015, pp. 7 ss.

⁵¹⁹ *Ibidem*.

⁵²⁰ Aristotele apre le porte a un'organizzazione sociale gerarchica basata sulla competenza: il valore dell'uomo viene ad essere valutato in base alla consapevolezza che egli ha di sé, alla capacità di valutare quali sono le sue attitudini e le sue capacità. U. VINCENTI, *Diritti e dignità umana*, Editori Laterza, 2015, p. 10.

⁵²¹ H. BAKER, *The image of man. A study of the idea of human dignity in Classical Antiquity, the Middle Ages, and the Renaissance*, Harper Torchbooks, 1961, pp. 25 e 34 ss. Egli evidenzia che nella visione socratica il valore dell'uomo veniva valutato in base alla sua capacità di squarciare, grazie alla conoscenza, il velo delle apparenze e di attingere al mondo degli assoluti.

dell'uomo: il genere umano era ritenuto dagli stoici superiore ad ogni altra specie, per doti fisiche, ma, segnatamente, intellettuali, la ragione.⁵²²

Come anticipato, la locuzione “dignità umana” comparve per la prima volta in lingua latina e venne usata in ambito letterario, filosofico e giuridico, in una duplice accezione, morale e sociale. Cicerone fu il primo a sviluppare detta dicotomia: secondo il filosofo, la prima concezione di dignità concerneva la virtù, la lealtà, la moderazione di un uomo.⁵²³ Essa era accostata al dovere, all'equità, al compimento di azioni rette, oneste e degne di autorità, come quella di esporsi a qualsiasi rischio pur di salvare la Repubblica, fino al punto di morire per la patria.⁵²⁴ La seconda, viceversa, poteva essere acquisita dall'uomo a fronte delle prestazioni da lui eseguite.⁵²⁵ Diversamente dalla prima, che non si poteva né accrescere né diminuire, la seconda accezione di dignità era relativa: essa, pertanto, così come acquistata, poteva essere perduta.⁵²⁶ Cicerone, in particolare, sosteneva che la dignità, intesa nell'accezione assoluta, veniva contaminata dall'uomo che si dedicava ai piaceri dei sensi, mentre, d'altro canto, la dignità in senso relativo poteva essere sviluppata dall'individuo agendo a favore dell'interesse comune.⁵²⁷ Essa era quindi il «prestigio completo di una persona accompagnata da onore, venerazione, rispetto» ed era ricollegata alla posizione sociale del cittadino, alla stima e alla reputazione di cui godeva, nonché ai suoi meriti, specialmente a quelli legati alle doti personali.⁵²⁸

A questo punto corre l'obbligo di una precisazione: il concetto di dignità, come finora descritto, non introduceva un'idea di eguale dignità di tutti gli uomini, ma, al contrario, fondava la disuguaglianza tra i cittadini.

Fu solo con il Cristianesimo, invero, che si assistette all'affermarsi di una concezione “ugualizzante” di dignità: gli uomini, plasmati ad immagine e somiglianza di Dio, acquistano per ciò solo una dignità trascendente, che si

⁵²² *Ibidem.*

⁵²³ P. BECCHI, *Il dibattito sulla dignità umana: tra etica e diritto*, in E. FURLAN (a cura di), *Bioetica e dignità umana. Interpretazioni a confronto a partire dalla Convenzione di Oviedo*, Milano, 2009, 115.

⁵²⁴ M.T. CICERONE, *De finibus bonorum et malorum*, trad. ingl. a cura di H. RACKHAM, Cambridge-London, 1983, II, XXIII, p. 76.

⁵²⁵ P. BECCHI, *Il dibattito sulla dignità umana: tra etica e diritto*, cit., p. 115.

⁵²⁶ *Ibidem.*

⁵²⁷ M. T. CICERONE, cit., p. 109 ss.

⁵²⁸ P. BECCHI, *Il dibattito sulla dignità umana: tra etica e diritto*, cit., p. 115.

fortifica con la venuta di Gesù Cristo.⁵²⁹ Detta concezione si conservò per tutto il Medioevo, epoca in cui l'uomo era descritto come una creatura pericolosa, che poteva raggiungere la salvezza soltanto praticando l'umiltà e la penitenza, e confidando nella grazia di Dio.⁵³⁰

Nel tentativo di reagire alla visione spirituale e, al tempo stesso, pessimistica dell'esistenza umana sostenuta dai pensatori del Medioevo, gli umanisti tornarono a celebrare la dignità dell'uomo, partendo dall'esplorazione delle fonti bibliche e dei classici greci e romani.⁵³¹ Particolare attenzione merita l'opera dell'umanista Pico della Mirandola⁵³², il quale concepì l'uomo come essere indefinito, portatore di dignità in quanto responsabile di se stesso: spettava all'uomo responsabile decidere se determinarsi per il bene o per il male.⁵³³

Fu solo con il Giusnaturalismo moderno, tuttavia, che si avviò il processo di secolarizzazione del principio di dignità umana e, segnatamente, con l'evoluzione del pensiero di Samuel Pufendorf. Infatti, in Grozio il concetto di dignità ricorreva solo quando si parlava di sepoltura, mentre veniva ridotto ad una dimensione relativistica da Hobbes, il quale affermava che la dignità si misurava in base a ciò che l'uomo faceva e al valore che la società gli riconosceva.⁵³⁴ Pufendorf, invece, tentò di spiegare il fondamento di tale concetto ricorrendo, non allo status dell'uomo nell'ambito dell'ordinamento universale, bensì alla libertà di autodeterminazione.⁵³⁵ Detta libertà era essenza di un ordine morale, l'unico, secondo il filosofo, in grado di conferire all'uomo la dignità: l'uomo era il solo individuo in grado, nell'esercizio della propria autonomia, di prefigurare dei limiti

⁵²⁹ Come si vedrà in seguito, la dimensione cristiana di dignità umana, come valore che accomuna gli uomini, orienta la concezione moderna di dignità. Tuttavia, secondo i pensatori moderni, essa è indipendente da un atto di ascrizione all'uomo da parte di Dio. G. AZZONI, *Dignità umana e diritto privato*, cit., p. 76.

⁵³⁰ R. Andorno, nel descrivere il processo di affermazione della dignità umana individua cinque grandi paradigmi, all'interno dei quali colloca le diverse concezioni che essa hanno sviluppato gli autori delle diverse epoche. Medioevo e Umanesimo sono ascritti alla categoria della "spiritual dignity". A. PELE, *Human dignity*, Encyclopedia of Global Bioethics, Springer, 2015, p. 3.

⁵³¹ *Ibidem*.

⁵³² G. PICO DELLA MIRANDOLA, *Oratio de hominis dignitate*, 1486 (Bologna 1496).

⁵³³ Secondo una recente interpretazione, Pico della Mirandola trae la sua particolare concezione di uomo da un pensatore cristiano appartenuto al III secolo, Origene. Secondo quest'ultimo, infatti, l'uomo decide liberamente di scegliere il male, e non in obbedienza ad un ordine precostituito. B. MALVESTITI, *La dignità umana dopo la Carta di Nizza*, Orthotes Editore, 2015, p. 42.

⁵³⁴ Per un approfondimento si veda: P. BECCHI, *Da Pufendorf a Hegel. Introduzione alla storia moderna della filosofia del diritto*, Roma, Aracne, 2007, pp. 15 ss.

⁵³⁵ E. RIPEPE, *Sulla dignità umana e su alcune altre cose*, Giappichelli Editore, Torino, 2014, p. 16.

al proprio agire, di darsi delle leggi e di rispettarle. Così, la concezione assoluta della dignità perse terreno e si affermò quella relativa, deontologica: essa, secondo Pufendorf, apparteneva all'uomo, non per la posizione che egli occupava nella natura, bensì in qualità di titolo etico-giuridico che gli derivava dalla condotta assunta.⁵³⁶

L'idea della dignità come «capacità di legiferare universalmente, benché a condizione di sottostare contemporaneamente essa stessa a questa legiferazione»⁵³⁷ si rifece strada con Kant⁵³⁸, il quale fece un uso deontico della dignità, che diventava fonte di dovere per ogni singolo individuo: dignità eguale.⁵³⁹ La dignità rendeva l'uomo un essere capace di condursi nel rispetto delle leggi morali; essa non si fondava sulla natura biologica dell'uomo, bensì sulla sua ragione morale.⁵⁴⁰ Quest'ultima doveva guidare l'individuo ad agire «in modo da trattare l'umanità, sia nella tua persona sia in quella di ogni altro, sempre anche come fine e mai semplicemente come un mezzo».⁵⁴¹ L'uomo non poteva essere ridotto a mero oggetto; ciò non significava, nondimeno, che egli non potesse divenire il mezzo per il raggiungimento dei propri scopi, bensì che non poteva essere ridotto soltanto a mezzo.⁵⁴²

⁵³⁶ P. BECCHI, *Il dibattito sulla dignità umana: tra etica e diritto*, in *Persona e danno*, Biodiritto, bioetica/generalità varie.

⁵³⁷ I. Kant, *Fondazione metafisica dei costumi. Critica della ragion pratica*, a cura di V. Mathieu, Milano, 1982, p. 102.

⁵³⁸ Secondo Kant, «tutti i concetti etici hanno la loro sede e la loro origine interamente "a priori" nella ragione: e, questo, nella più comune ragione umana come in quella speculativamente più esercitata; che essi non possono venir tratti da nessuna conoscenza empirica e perciò puramente accidentale; che in questa purezza della loro origine si trova, appunto, la loro dignità di principi pratici supremi per noi; che, ogni volta che a ciò si aggiunge qualcosa di empirico, si diminuisce di altrettanto il loro influsso genuino e il valore incondizionato delle azioni.» I. Kant, *Fondazione metafisica dei costumi. Critica della ragion pratica*, a cura di V. Mathieu, Milano, 1982, p. 102.

⁵³⁹ G. CRICENTI, *La dignità nel biodiritto*, *Le nuove leggi civili commentate*, XXVIII, n. 2, febbraio 2012, p. 95.

⁵⁴⁰ Per un approfondimento si veda: P. BECCHI, *L'idea kantiana di dignità umana e le sue attuali implicazioni in ambito bioetica*, in P. BECCHI, G. Cunico, O. Meo, (a cura di) *Kant e l'idea di Europa*, Melandolo, Genova, 2005, pp. 15-37.

⁵⁴¹ P. BECCHI, *L'idea kantiana di dignità umana e le sue attuali implicazioni in ambito bioetico*, cit., pp. 15-37.

⁵⁴² Prima di Kant, C. Beccaria aveva osservato che l'uomo perde la sua libertà nel momento in cui la legge permette che egli cessi di essere persona e diventi un oggetto. In C. BECCARIA, *Dei delitti e delle pene*, 1764, a cura di F. VENTURI, Einaudi, Torino, 1965, p. 50. Afferma Kant: «tutto ha o un prezzo o una dignità. Ciò che ha un prezzo può anche essere sostituito da qualcos'altro, equivalente; invece ciò che non ha alcun prezzo, né quindi consente alcun equivalente ha una dignità». I. KANT, *Fondazione della metafisica dei costumi*, cit., p. 183.

Il concetto di dignità, affermatosi con Kant, sfuggì ad una compiuta riflessione filosofica e non assurse a concetto giuridico fino al secondo dopoguerra.⁵⁴³ Le istanze umanitarie kantiane erano in sintonia con le dichiarazioni settecentesche dei diritti dell'uomo e del cittadino, come la Dichiarazione d'indipendenza americana del 1776 e la Dichiarazione dei diritti dell'uomo e del cittadino del 1789, pur essendo prive di un espresso riferimento al concetto di dignità umana.⁵⁴⁴

Un contributo importante all'evoluzione del concetto di dignità fu dato da Hegel, il quale, come dapprima Kant, identificò la norma fondamentale del diritto astratto nella formula «sii una persona e rispetta gli altri come persone»⁵⁴⁵. Tuttavia, Hegel criticò la teoria kantiana per il suo formalismo astratto, sostenendo che «quanto più si resta fermi al punto di vista meramente morale e non si passa al concetto dell'Eticità, tanto più questo guadagno degrada in un vuoto formalismo, e la scienza morale scade nella retorica del dovere per il dovere».⁵⁴⁶ Secondo Hegel, la libertà trovava compimento nello Stato e in esso si risolveva, poiché lo Stato rappresentava lo strumento per la realizzazione della volontà dell'uomo.⁵⁴⁷ Lo stato era Spirito oggettivo, e l'individuo stesso aveva oggettività, verità ed eticità solo in quanto era un membro dello Stato.⁵⁴⁸ L'impostazione hegeliana si tradusse nella teoria dei diritti soggettivi elaborata dalla dottrina giuspositivistica.

Come evidenziato da Caretti, la scelta di ricondurre la garanzia dei diritti allo Stato comporta il rischio che, così come conferiti, i diritti vengano sottratti agli

⁵⁴³ P. BECCHI, *Il doppio volto della dignità*, cit., p. 593.

⁵⁴⁴ «Il concetto di dignità umana non compare né la Declaration des droits de l'homme et du citoyen del 26 agosto 1789, né la Declaration of Independence deliberata dagli Stati Uniti d'America una decina d'anni prima (4 luglio 1776), e neppure nelle Carte dei diritti che, a cominciare da quella della Virginia, vengono in quel periodo proclamate nel Nordamerica.»

P. BECCHI, *Il dibattito sulla dignità umana: tra etica e diritto*, cit., p. 118..

⁵⁴⁴ Infatti, difficilmente quest'ultimo avrebbe potuto accogliere un concetto di dignità dal quale scaturivano doveri morali, quali, ad esempio, il dovere di non togliersi la vita. D. VON DEN PFORDTEN, *Sulla dignità umana in Kant*, La cultura. Rivista di filosofia, letteratura e storia, 2010, 2, pp. 224-225.

⁵⁴⁵ G.W.F. HEGEL, *Lineamenti di filosofia del diritto*, a cura di V. CICERO, II ed., Milano, 2010, § 36, p. 129.

⁵⁴⁶ Ivi, 135, p. 259.

⁵⁴⁷ G.W.F. HEGEL, *Lezioni sulla filosofia della storia*, a cura di G. BONACINA, L. SICHIROLLO, IV ed., Roma-Bari, 2010, p. 35.

⁵⁴⁸ G.W.F. HEGEL, *Lineamenti di filosofia del diritto*, cit., § 258, pp. 417 ss.

individui.⁵⁴⁹ Tale rischio, come noto, avrà concreta realizzazione nel '900 attraverso le politiche adottate dai regimi totalitari, basate essenzialmente sulla assoluta negazione della dignità umana.

La dignità viene riaffermata solo al termine del secondo conflitto mondiale, quando gli ordinamenti, reagendo alla catastrofe etica e giuridica perpetrata dalle dittature, scelgono di ergerla a fondamento dei diritti umani degli individui.⁵⁵⁰

La concreta *giuridicizzazione* della “dignità” si ha, anzitutto, con l’emanazione dello Statuto dell’Organizzazione delle Nazioni Unite⁵⁵¹, della Dichiarazione Universale dei diritti dell’uomo⁵⁵² e della Legge fondamentale tedesca⁵⁵³, nell’economia delle quali il rispetto e la garanzia di essa assumono un ruolo centrale.

Nella stagione post-bellica, ad ogni essere umano è garantito lo stesso valore, indipendentemente dalla etnia, dal sesso, dal credo, dalla lingua, dalle idee politiche, dalle condizioni sociali ed economiche di nascita; alla base di tale riconoscimento si rinviene la dignità, valore assoluto e incondizionato.

La dignità umana, da sempre considerata un valore etico, attualmente assurge a vero e proprio principio di rango costituzionale. In particolare, la nostra Costituzione, allo scopo di assicurare una maggiore garanzia della personalità umana, ha «sostituito il binomio libertà-proprietà con quello libertà-dignità»⁵⁵⁴, collocando il principio dignità umana in una posizione centrale dell’ordinamento costituzionale. Significativa, a tal proposito, è la pronuncia della Corte

⁵⁴⁹ P. CARETTI, *I diritti fondamentali. Libertà e Diritti sociali*, III ed., Torino, 2011, p. 7.

⁵⁵⁰ Alla fine della seconda conflitto mondiale, più nello specifico al processo di Norimberga, si ricollega la nascita della bioetica. Come sostenuto da George J. Annas, la Secondo Guerra Mondiale rappresenta il crogiolo in cui sono stati forgiati i diritti umani e la bioetica, i quali, da allora, sono rimasti legati col sangue. La prima risposta dei giudici di Norimberga agli orrori perpetrati dai dottori nazisti all’interno dei campi di concentramento fu quella di inserire come primo precetto del codice (di Norimberga) la disciplina del consenso informato. G. J. ANNAS, *American Bioethics: Crossing Human Rights and Health Law Boundaries*, Oxford University Press, 2009, p. 160 ss.

⁵⁵¹ Statuto dell’Organizzazione delle Nazioni Unite, San Francisco, il 25 giugno 1945.

⁵⁵² Dichiarazione Universale dei diritti dell’uomo, approvata dall’Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 10 dicembre 1948. Versione tradotta:

http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/itn.pdf

⁵⁵³ Legge fondamentale per la Repubblica Federale di Germania, approvata il 23 maggio 1949.

⁵⁵⁴ Monaco, G., *La tutela della dignità umana: sviluppi giurisprudenziali e difficoltà applicative*, in Sciarrone, A. (ed.), *Dignità e diritto: prospettive interdisciplinari*, Libellula Edizioni, Tricase (LE) 2010, pp. 167- 196.

Costituzionale, secondo cui la dignità «informa di sé tutto il diritto positivo vigente».⁵⁵⁵

La consacrazione definitiva della dignità a principio non soltanto etico, ma anche normativo, si ha quando il suo rispetto, in quanto principio inviolabile, viene recepito dalla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea⁵⁵⁶, la quale intitola il Capo I alla Dignità e ne sancisce l'inviolabilità.

5.1 La dignità nel dibattito bioetico

Il concetto di dignità umana negli ultimi anni ha subito una sorta di rinascita, assumendo il valore di vero e proprio punto cardine nella valutazione dell'accettabilità delle pratiche mediche e assistenziali.⁵⁵⁷ Nella continua corsa del progresso scientifico e tecnologico, la dignità umana viene a ricoprire la funzione critica di concetto che impone alle diverse posizioni di accedere ad un livello più profondo di approccio alle questioni: essa assume un ruolo fondamentale in bioetica perché interessa tutti i principali punti del discorso bioetico, tra cui «la messa in discussione del principio tradizionale del rispetto della vita come bene supremo»⁵⁵⁸. Il concetto di dignità, infatti, non coincide con il rispetto della vita, nonostante lo includa e talvolta si sostituisca efficacemente ad esso nel tentativo di guidare la riflessione e l'intervento dei sanitari.⁵⁵⁹

⁵⁵⁵ Corte Cost., 1 luglio 2000, n. 293, in Giur. Cost. 2000, pp. 2239 ss.

⁵⁵⁶ Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea, 18 dicembre 2000, Gazzetta ufficiale delle Comunità europee 364/01. http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_it.pdf

⁵⁵⁷ D. BEYLEVELD, R. BROWNSWORD, *Human dignity, human rights and the human genome*, in J. D. RENDTORFF, P. KEMP, *Basic ethical principles in European Bioethics and Biolaw*, Vol. II: Partners' research, Centre for Ethics and Law, Copenhagen, Denmark and Institut Borja de Bioética, Barcelona, Spain, 200, p.23.

⁵⁵⁸ E. FURLAN, *Saggio introduttivo. Dignità umana e bioetica: risorse e problemi di una nozione fondamentale*, cit., p. 12.

⁵⁵⁹ Ivi, p. 15.

5.1.1 Le teorie della dotazione e della prestazione

Gli approcci incentrati sul concetto di dignità umana sviluppatasi nel corso degli anni possono essere suddivisi in due categorie: alla prima appartengono le teorie che considerano la dignità un valore morale, che fanno derivare da caratteristiche ontologiche dell'essere umano stesso⁵⁶⁰; alla seconda, invece, quelle che ricollegano la dignità alla condizione sociale di superiorità, legata al merito, alla nascita, al potere o al censo.⁵⁶¹ Le prime prendono il nome di teorie della dotazione, le seconde di teorie della prestazione.⁵⁶²

Alla stregua delle teorie della dotazione, la dignità è una dote originaria che l'individuo possiede per natura e che, pertanto, lo accompagna sin dalla nascita. Esse si fondano su di una concezione oggettivistica della natura umana sulla base della quale la dignità viene fatta valere aprioristicamente: «alla vita umana viene attribuito un valore intrinseco in sé e per sé soltanto per il fatto che gli esseri umani sono le sole persone esistenti».⁵⁶³ Le teorie della dotazione di matrice giusnaturalistica sviluppano il discorso sulla dignità partendo da una capacità che distingue l'essere umano dalle altre creature, che è insieme naturale e morale: la ragione.⁵⁶⁴ La dignità, dunque, non si acquista né si perde; l'essere umano in quanto tale è un fine in sé sic et simpliciter.⁵⁶⁵ Questa visione della dignità umana è condivisa anche dalla teologia cristiana, secondo la quale l'uomo è degno perché

⁵⁶⁰ A. GEWIRTH, *Human dignity as the basis of rights*, in M.J. MEYER, W.A. PARENT, *The constitution of rights: Human dignity and American values*, Cornell University Press, Ithaca, 1992; J.P. JOHNSON, *Human dignity and the nature of society*, *The Philosophy Forum*, 1971, 10, pp. 213–231; C.F. KIELKOPF, *The pure human dignity of the mentally retarded*, *The Philosophy Forum*, 9 (1971), pp. 106–113; A. KOLNAI, *Dignity*, in R.S. DILLON (Ed.), *Dignity, character, and self-respect*, Routledge, New York (1995), pp. 53–75; L. NORDENFELT, *The varieties of dignity*, *Health Care Analysis*, 12 (2) (2004), pp. 69–81; D. PULLMAN, *Universalism, particularism and the ethics of dignity*, *Christian Bioethics*, 7 (3) (2001), pp. 333–358; H. SPIEGELBERG, *Human dignity: A challenge to contemporary philosophy*, in R. GOTESKY, E. LASZLO (Eds.), *Human dignity: This century and the next (1970)*, pp. 39–64.

⁵⁶¹ F. VIOLA, *I volti della dignità umana*, in A. ARGIROFFI, P. BECCHI, D. ANSELMO (a cura di), *Colloqui sulla dignità umana, Atti del Convegno internazionale (Palermo, ottobre 2007)*, pp. 102 ss.

⁵⁶² H. HOFMANN, *La promessa della dignità umana*, in *Rivista internazionale di filosofia del diritto*, 1999, 76, p. 625 ss.

⁵⁶³ E. MAESTRI, *La riflessione bioetica degli anni Duemila: dignità umana e giudizi di esistenza, Dignità umana e giudizi di esistenza*, Seminario di Teoria del diritto e Filosofia Pratica, Modena 17 aprile 2012, pp. 17 ss.,

⁵⁶⁴ F. VIOLA, *I volti della dignità umana*, cit., p. 102.

⁵⁶⁵ A. GEWIRTH, *Human dignity as the basis of rights*, cit.; A. KOLNAI, *Dignity*, cit., pp. 53–75; H. SPIEGELBERG, *Human dignity: A challenge to contemporary philosophy*, cit., pp. 39–64.

creato ad immagine e somiglianza di Dio e, pertanto, dotato della libera capacità naturale di riconoscere il bene morale e di distinguerlo dal male.⁵⁶⁶ La dignità, così come intesa in senso oggettivo, esiste a prescindere dalla consapevolezza che il singolo soggetto o qualsiasi altra persona abbiano di essa.⁵⁶⁷ La condizione di essere umano, infatti, non si acquista per autocoscienza o per captazione di chi l'ha acquistata per prima, bensì per procreazione e per nascita.⁵⁶⁸ Essa si possiede per il solo fatto di essere umani, non soltanto per derivazione da proprietà biologiche, bensì per la struttura riflessiva dell'essere umano.⁵⁶⁹ Non è possibile rinunciare al principio dell'universalità della dignità umana. Al contrario, è su tale assunto che deve essere basata la solidarietà sociale nei confronti dei soggetti vulnerabili che non possono soddisfare determinati requisiti morali.

Per le teorie della prestazione, al contrario, la dignità è una condizione che l'individuo ottiene tramite la propria condotta, la conquista che egli realizza per meriti o virtù.⁵⁷⁰ L'individuo, dunque, è considerato degno solo quando possiede determinate qualità personali.⁵⁷¹ Anche le teorie della prestazione hanno origini antiche: già in Aristotele, come si è avuto modo di vedere, la dignità umana appartiene a coloro che possiedono l'etica dell'onore e la esercitano.⁵⁷² L'etica dell'onore muta col mutare dei valori sociali, ma ciò che rimane invariato è l'impostazione per cui la dignità umana si misura sulla base del potere che l'uomo possiede e delle imprese che è in grado di compiere.⁵⁷³ Così Hobbes, nel *Leviatano*, afferma che «il pregio pubblico di un uomo, che è il valore attribuitogli dallo Stato è ciò che gli uomini chiamano comunemente dignità».⁵⁷⁴ Questo suo valore è «il suo prezzo, vale a dire, quanto si darebbe per l'uso del suo potere; non

⁵⁶⁶ R.C. DALES, *A medieval view of human dignity*, *Journal of the History of Ideas*, 38 (4) (1977), pp. 557–572; K.L. GRASSO, *Saving modernity from itself: John Paul II on human dignity, “the whole truth about man,” and the modern quest for freedom*, in R.P. KRAYNAK, G. TINDER (a cura di), *In defense of human dignity: Essays for our times*, University of Notre Dame Press, Notre Dame, Indiana, 2003, pp. 207–236; M. QUANTE, *Quality of life assessment and human dignity: Against the incompatibility-assumption*, *Poiesis Prax*, 2005, 3, pp. 168–180.

⁵⁶⁷ L. NORDENFELT, *The varieties of dignity*, cit., p. 71.

⁵⁶⁸ R. SPAEMANN, *Persone. Sulla differenza tra “qualcosa” e “qualcuno”*, Laterza, Bari, 2005, pp. 232-234.

⁵⁶⁹ *Ibidem*.

⁵⁷⁰ F. VIOLA, *I volti della dignità umana*, cit., p. 102 ss.

⁵⁷¹ *Ibidem*.

⁵⁷² *Ibidem*.

⁵⁷³ *Ibidem*.

⁵⁷⁴ *Ibidem*.

è perciò una cosa assoluta, ma dipendente dal bisogno e dal giudizio altrui». ⁵⁷⁵ La concezione della dignità, secondo Hobbes, si misura in base alla stima che l'individuo riceve dalla società, interpretazione capovolta da Cartesio, secondo il quale ciò che rileva, invece, è la stima che ognuno ha di se stesso. ⁵⁷⁶ Sempre tra le teorie della prestazione, si rinvengono orientamenti meno risalenti, che, conservando un'impostazione soggettivistica, sostituiscono l'etica dell'onore con quella del lavoro, la quale esalta, non la magnanimità, bensì la parsimonia e la competizione. ⁵⁷⁷

Un esempio attuale di teoria della prestazione è quella sviluppata da Luhmann, il quale, nel proporre una ricostruzione del concetto di dignità alternativa alla visione ontologica, costruisce la sua concezione sulla base del riconoscimento sociale della persona. ⁵⁷⁸ Secondo il filosofo, la dignità non è un mero problema soggettivo, «non si esaurisce nel concetto che l'uomo ha o vuole di sé, nella semplice autocomprensione individuale, né è una qualche condizione di spirito, appunto interna all'autorappresentazione di sé». ⁵⁷⁹ Al contrario, essa «è indipendente dalla sola prospettiva dei singoli soggetti, diventa un problema alla cui soluzione concorrono circostanze esterne, oggettive, (...) correlate in qualche modo alle opportunità comuni e al complesso dei fattori economici sociali e politici». ⁵⁸⁰

Tra gli approcci bioetici incentrati sul concetto di dignità, sinteticamente riportati sopra, quello della dotazione appare irrinunciabile, tuttavia, non sufficiente. ⁵⁸¹ La dignità non è un carattere a sé stante, ma gode di una connotazione sociale: essa riguarda la posizione di un essere umano rispetto ad altri esseri umani. ⁵⁸² Sul piano giuridico e sociale, infatti, la nozione dignità si traduce nel riconoscimento dei diritti: a tutti gli individui devono essere

⁵⁷⁵ T. HOBBS, *Leviatano*, tr. it. di G. MICHELI, Firenze 1976, pp. 84-85.

⁵⁷⁶ F. VIOLA, *I volti della dignità umana*, cit., p. 105.

⁵⁷⁷ *Ibidem*.

⁵⁷⁸ N. LUHMANN, *I diritti fondamentali come istituzione*, Edizione Dedalo, 2002, pp. 20 ss.

⁵⁷⁹ *Ibidem*.

⁵⁸⁰ *Ibidem*.

⁵⁸¹ F. VIOLA, *Lo statuto normativo della dignità*, in A. ABIGNENTE, F. SCAMARDELLA, *Dignità della persona. Riconoscimento dei diritti nelle società multiculturali*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2013, p. 289.

⁵⁸² «Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono uguali di fronte alla legge...». Art. 3 Cost.

riconosciuti gli stessi diritti perché ad essi è dovuto uguale rispetto. Attribuire alla dignità umana una connotazione relazionale e normativa non significa che il mancato riconoscimento da parte dei terzi ne comporti la perdita da parte dell'uomo; al contrario, significa che ogni individuo ha nei confronti dell'altro il dovere di rispettare la dignità.⁵⁸³ La dignità, sebbene preesistente, solo quando viene riconosciuta assume una dimensione culturale concreta.⁵⁸⁴ È per questa ragione che l'impostazione propria della teoria della dotazione deve essere integrata da quella della prestazione, intesa come l'atto di riconoscimento della dignità da parte degli altri individui e, più in generale, della società.⁵⁸⁵

5.1.2 Il ruolo della dignità umana nell'assistenza sanitaria

Le tematiche della bioetica clinica si intersecano sempre più di frequente con il fondamentale valore della dignità umana; numerosi, infatti, sono i progetti di ricerca volti ad indagare qual è il ruolo che la dignità umana ricopre nell'ambito dell'assistenza sanitaria.⁵⁸⁶

Come ricorda Pasquino⁵⁸⁷, la nozione moderna e secolarizzata di dignità umana è strettamente connessa all'autonomia: è sulla libertà di rappresentare agli altri la propria dimensione esistenziale che si basa la concezione moderna di dignità dell'uomo. L'uomo è un individuo che relaziona se stesso ad altri, i quali, quindi, costituiscono il fondamento della sua esistenza. Alla stregua di tale ricostruzione, tutti gli individui devono essere riconosciuti come uguali, in quanto appartenenti

⁵⁸³ F. VIOLA, *Lo statuto normativo della dignità*, cit., p. 289.

⁵⁸⁴ *Ibidem*.

⁵⁸⁵ F. VIOLA, *Lo statuto normativo della dignità*, cit., p. 290.

⁵⁸⁶ Per citarne alcuni: L. NORDENFELT, *Dignity of the elderly: an introduction*, in *Medicine, Health Care and Philosophy*, 2003, 6, pp. 99-101; G. AGICH, *Reflections on the function of dignity in the context of caring for old people*, in *Journal of Medicine and Philosophy*, 2007, 32, pp. 483-494; B. ANDERSHED, *Dignity as experienced by nursing staff*, in *International Journal of Older People nursing*, 2009, pp. 185-193.

⁵⁸⁷ T. PASQUINO, *Dignità della persona e diritti del malato*, in L. LENTI, E. PALERMO FABRIS, P. ZATTI (a cura di), *Trattato di biodiritto. Il governo del corpo, vol. II, I diritti in medicina*, pp. 546-547.

alla stessa specie, ma, al tempo stesso, diversi, in quanto espressione di individualità.⁵⁸⁸

È intorno a tale concezione che si articola l'attuale dibattito culturale, volto a stabilire quale ruolo debba essere riconosciuto alla dignità, se quello di valorizzare la persona per ciò che essa ha di autonomo, oppure la dimensione universale e immanente che è possibile rinvenire in essa.⁵⁸⁹ In tal senso, recentemente, l'impiego del concetto in esame ha interessato le questioni relative alla morte: la dignità rappresenta il fondamento di ambedue gli orientamenti che si sono sviluppati al riguardo.⁵⁹⁰ Da una parte, essa è stata utilizzata per argomentare in favore dell'autonomia della scelta e della gestione del percorso che conduce alla morte, dall'altra contro la soppressione della vita umana e, dunque, contro la svalutazione della vita, che essa comporta.⁵⁹¹

V'è stato chi, sulla base di tale contrapposizione, ha elaborato due diverse concezioni: la dignità come costrizione e la dignità come responsabilizzazione.⁵⁹² Nella dignità come costrizione a prevalere è l'approccio paternalistico e di difesa sociale, mentre il consenso non risulta decisivo.⁵⁹³ Il concetto di dignità come costrizione viene utilizzato nel dibattito bioetico quale limite ai progressi fatti dalla pratica biomedica.⁵⁹⁴ Questo perché, se si assume il rispetto di tale concezione della dignità umana come uno dei valori costitutivi della nostra

⁵⁸⁸ T. PASQUINO, *Dignità della persona e diritti del malato*, in Trattato di biodiritto. Il governo del corpo, vol. II, *I diritti in medicina*, a cura di L. LENTI, E. PALERMO FABRIS, P. ZATTI, pp. 546-547.

⁵⁸⁹ *Ibidem*.

⁵⁹⁰ D. PULLMAN, *Dying with dignity and the death of dignity*, *Health Law Journal*, 1996, 4, pp. 197-219.

⁵⁹¹ Il Comitato Nazionale di Bioetica ha dedicato un parere alle cure palliative nell'imminenza della morte, in cui ribadisce più volte che al paziente deve essere garantito «un adeguato supporto finalizzato al controllo della sofferenza nel rispetto della sua dignità». Parere del Comitato Nazionale di Bioetica, *Sedazione palliativa profonda continua nell'imminenza della morte*, 29 gennaio 2016.

⁵⁹² D. BEYLEVELD, R. BROWNSWORD, *Human dignity in bioethics and biolaw*, Oxford University Press, Oxford, 2001, pp. 9 ss.

⁵⁹³ *Ivi*, p. 27.

⁵⁹⁴ L'appello alla dignità umana si rivela determinante nel dibattito relativo al progresso tecnologico ogni qual volta se ne devono stabilire gli orientamenti in campo biomedico. Se, da un lato, tale concetto indica le grandi capacità umane di azione e di ricerca e, dunque, si coniuga con l'appello al rispetto della libertà umana e con la sollecitazione alla 'libertà di ricerca scientifica', dall'altra, in modo contrapposto, esso rappresenta e costituisce il "limite della ricerca", tout court e più specificamente della "ricerca scientifica", poiché segnala che la 'natura' umana deve essere sempre e comunque rispettata, pena la violazione della sua autenticità. D. BEYLEVELD, R. BROWNSWORD, *Human dignity in bioethics and biolaw*, Oxford University Press, Oxford, 2001, pp. 27 ss.

società, allora tutte le preferenze individuali e le scelte che sono fuori dai confini posti da esso, devono essere considerate vietate.⁵⁹⁵

Per dignità come responsabilizzazione, invece, si intende quella concezione di dignità che considera prioritaria l'autonomia e si basa sul consenso informato del paziente.⁵⁹⁶ Secondo la concezione della dignità come responsabilizzazione, è la dignità, in qualità di valore intrinseco ad ogni essere umano, il fondamento di tutti i diritti umani.⁵⁹⁷ La dignità come responsabilizzazione rappresenta un'idea fondamentale che fa da giustificazione al riconoscimento dei diritti e delle libertà, a cui hanno diritto tutti gli esseri umani.⁵⁹⁸ Il richiamo alla dignità umana così intesa serve a rinforzare la pretesa di autodeterminazione, piuttosto che limitare la capacità di scelta del paziente.⁵⁹⁹ Così interpretata, essa si adatta perfettamente al paradigma del consenso informato.

A questo punto della trattazione occorre comprendere qual è il contenuto che il concetto di dignità, criticato per essere “complesso, ambiguo e multivalente”⁶⁰⁰, assume nell'ambito dell'assistenza sanitaria.

I documenti internazionali, che verranno analizzati nei paragrafi successivi, nonché le fonti di diritto interno al nostro ordinamento, non contengono alcuna definizione di dignità umana, ma lasciano che essa si ricavi intuitivamente, sotto l'influsso, principalmente, di fattori storici e culturali.⁶⁰¹

“Dignità della persona” e “dignità umana” sono locuzioni comunemente usate, sebbene in diverse accezioni, come espressione di un valore fondamentale accettato da chiunque.⁶⁰²

Nel dibattito bioetico contemporaneo si afferma la convinzione secondo la quale alla dignità umana può essere riservato uno spazio soltanto nella misura in cui essa venga tenuta distinta dai diritti umani.⁶⁰³ In questa direzione convergono

⁵⁹⁵ *Ibidem.*

⁵⁹⁶ *Ibidem.*

⁵⁹⁷ *Ibidem.*

⁵⁹⁸ *Ibidem.*

⁵⁹⁹ *Ivi*, p. 28.

⁶⁰⁰ H.R. MOODY, Why dignity in old age matters, *Journal of Gerontological Social Work*, 1998, 29 (2-3), pp. 13-38.

⁶⁰¹ O. SCHACHTER, *Human Dignity as a Normative Concept*, *American Journal of International Law*, 1982, 77(4), p. 848.

⁶⁰² *Ibidem.*

⁶⁰³ F. VIOLA, *Lo statuto normativo della dignità umana*, cit., pp. 283 ss. Il President's Council on Bioethics, istituito dal Presidente G.W. Bush allo scopo di istituire l'Ufficio di

sia i sostenitori del concetto di dignità sia coloro che vi si oppongono: i primi tentano di fornire una definizione di essa che sia idonea a fungere da principio fondamentale per tutti i diritti dell'individuo; i secondi, viceversa, risolvendo il concetto di dignità nell'insieme stesso dei diritti umani, ne affermano l'inutilità, se non addirittura la stupidità.⁶⁰⁴

Gli avversari del concetto di dignità, infatti, non si riducono soltanto a coloro che negano l'utilità del concetto in esame, ma comprendono anche chi identifica la dignità nel complesso unitario di tutti i diritti.

La più celebre avversaria del concetto in questione è senz'altro Macklin: il problema, sostiene l'autrice, è la mancanza dell'analisi approfondita del concetto di dignità, di come esso si relaziona con il rispetto della persona e dei criteri attraverso i quali comprendere quando essa debba considerarsi violata.⁶⁰⁵ Secondo Macklin, il concetto di dignità coincide con il rispetto dall'autonomia del paziente e, dunque, invocarlo, senza chiarirne l'eventuale diverso significato, equivale ad impiegarlo come mero slogan.⁶⁰⁶

Gli argomenti addotti da Macklin vengono rigettati con veemenza da medici e infermieri, i quali affermano che eliminare il concetto di dignità comporterebbe il rischio di perdere di vista il rispetto del paziente.⁶⁰⁷ Secondo gli stessi, essa è altra cosa rispetto alla autonomia: infatti, il pieno rispetto dell'autonomia del paziente non significa necessariamente la tutela della sua dignità.⁶⁰⁸ Inoltre, la dignità non può essere considerata come sinonimo di autonomia per il semplice fatto che anche alle persone con una autonomia personale limitata o completamente prive

Presidenza sulle questioni di bioetica derivanti dallo sviluppo della scienza biomedica e delle tecnologie, fa ampio ricorso al concetto di dignità. Ad esso, nel 2008, dedica un'indagine volta a conoscere il suo fondamento etico e la rilevanza che riveste in bioetica. Obiettivo dell'indagine è quello di affrontare la sfida lanciata dall'eticista americana Ruth Macklin, la quale afferma che la dignità è un concetto inutile in etica medica e «può essere eliminato senza che si subisca alcuna perdita di contenuto».

⁶⁰⁴ R. MACKLIN, *Dignity Is A Useless Concept*, BMJ, 2003, 327, pp. 1419-1420; S. PINKER, *The stupidity of dignity. Conservative bioethics' latest, most dangerous ploy*, The New Republic, 2008. <https://newrepublic.com/article/64674/the-stupidity-dignity>

⁶⁰⁵ *Ibidem*.

⁶⁰⁶ *Ibidem*.

⁶⁰⁷ R. ANDORNO, *The dual role of human dignity in bioethics*, cit., p. 1.

⁶⁰⁸ S. TAYLOR, *Reductio ad absurdum (Rapid Response to R. Macklin. Dignity is a useless concept)*, BMJ 2003, 327, pp. 1419.1420), BMJ, 20 Dicembre 2003.

di essa deve essere riconosciuta pari dignità personale rispetto a chi gode di piena autonomia.⁶⁰⁹

Il numero di risposte suscitato dall'articolo della Macklin, la maggior parte delle quali, come anticipato, riconducibili ad infermieri e medici, mostra che la questione, lungi dall'essere meramente accademica, interessa fortemente la pratica medica.⁶¹⁰

Il fatto che la nozione di dignità abbia una portata molto ampia, che lascia spazio ad usi talvolta abusivi, non è una ragione sufficiente a concludere che essa sia inutile.⁶¹¹ Al contrario, la dignità ricopre il ruolo di idea direttrice, di fonte di ispirazione della bioetica, ma, considerata la sua generalità, non essendo in grado di risolvere autonomamente la maggior parte dei dilemmi bioetici, essa necessita di incontrare concetti più concreti come il consenso informato, l'integrità fisica e altri.⁶¹²

Accanto a chi, come Macklin, nega la portata etico normativa del concetto di dignità umana, vi è chi le riconosce una mera "funzione retorica".⁶¹³ In tale direzione si muovono le critiche mosse da un esponente della Bioetica Clinica nord-americana, Agich. Egli definisce il concetto di dignità come un insieme di assunti morali che hanno un contenuto molto vago. Tale connotazione, secondo Agich, si rivela vantaggiosa, poiché una migliore articolazione dell'idea potrebbe creare delle distinzioni, spesso causa di divisioni.⁶¹⁴ Agich afferma che l'impiego del termine dignità umana ci porta a sentire la questione come nostra "più di quanto riescano a fare altri linguaggi morali"⁶¹⁵. Certo è che secondo tale impostazione il concetto di dignità umana non è sufficiente a fornire una base

⁶⁰⁹ N. FORD, *Dignity is fundamental* (Rapid Response to Ruth Macklin. Dignity is a useless concept. BMJ 2003, 327, pp. 1419-1420), BMJ, 24 Dicembre 2003.

⁶¹⁰ R. ANDORNO, *La notion de dignité humaine est-elle superflue en bioéthique?*, *Rubrique Ethique*, Mars 2005, www.contrepointphilosophique.ch.

⁶¹¹ *Ivi*.

⁶¹² R. ANDORNO, *Biomedicine and international human rights law: in search of global consensus*, *Bulletin of the World Health Organization (WHO)*, 2002, 80, 12, pp. 959-963. <http://who.int/bulletin/>

⁶¹³ G. AGICH, *Reflections on the function of dignity in the context of caring for older people*, *Journal of Medicine and Philosophy*, 2007, 32, pp. 483-494. Agich sostiene che il ricorso all'idea della dignità umana sia senz'altro utile a giustificare l'obbligo morale di prendersi cura di una persona che lo necessita, ma che, al tempo stesso, non riesca a fornire un solido fondamento per guidare la scelta tra strategie di cura alternative.

⁶¹⁴ *Ibidem*.

⁶¹⁵ *Ibidem*.

sostanziale per l'argomentazione del giudizio bioetico. Questo perché, come accade per numerose altre critiche mosse al concetto in esame, non si presta la dovuta attenzione al duplice significato a cui fanno riferimento le principali tesi a sostegno del valore argomentativo del concetto di dignità: la dignità minimale e la dignità massimale.⁶¹⁶

Riguardo a tale distinzione, significativa è l'impostazione offerta da Schockenhoff, il quale, riprendendo le riflessioni sviluppate dal suo maestro Spaemann, applica alla bioetica la sua teoria della dignità umana.⁶¹⁷ La dignità minimale, che si ricollega intimamente alla teoria della dotazione, è caratterizzata da un contenuto etico minimo, avente il fine di indicare lo spazio vitale "inscalfibile"⁶¹⁸, indisponibile, che gli uomini devono riconoscere gli uni agli altri.⁶¹⁹ Solo se intesa in senso minimale, la dignità umana può ottenere tutela normativa, tramite le sanzioni giuridiche.⁶²⁰ La definizione minimale di dignità si limita ad indicare il contenuto minimo che deve essere necessariamente rispettato, senza esaurire tutte le modalità in cui può realizzarsi la persona umana.⁶²¹ Ciò compete, viceversa, alla definizione massimale di dignità, la quale ha come contenuto l'insieme dei fini che l'uomo persegue e che in positivo rendono la sua vita buona.⁶²²

Queste due definizioni devono essere tenute distinte, poiché, sebbene esse si intersechino e si integrino l'una con l'altra, allo stesso modo, può accadere che si escludano.⁶²³ Ciò accade allorché si cerchi attuare la dignità minimale attraverso quella massimale. Infatti, la dignità minimale indica, non i fini, bensì i confini entro i quali deve muoversi l'impegno scientifico per il miglioramento della

⁶¹⁶ R. ANDORNO, *The Paradoxical Notion of Human Dignity*, cit., pp.151-168; E. SCHOCKENHOFF, *Comprendere la dignità umana*, cit., pp. 35-59; F. VIOLA, *I volti della dignità umana*, cit., pp. 101-112; M. REICHLIN, *Dignità umana: ragioni di un paradigma morale*, in E. FURLAN (a cura di), *Bioetica e dignità umana*, cit., pp. 113-142; C. VIAFORA, *Argomentare con la dignità umana nell'ambito della bioetica clinica*, cit., pp. 239- 274.

⁶¹⁸ E. Schockenhoff, *Dignità umana e diritti umani nel pensiero cattolico*, in A. Argiroffi, P. Becchi, D. Anselmo (a cura di), *Colloqui sulla dignità umana, Atti del Convegno internazionale (Palermo, ottobre 2007)*, p. 41.

⁶¹⁹ *Ibidem*.

⁶²⁰ *Ibidem*.

⁶²¹ *Ibidem*.

⁶²² *Ivi*, p. 42.

⁶²³ *Ibidem*.

vita.⁶²⁴ “L’uomo deve essere sempre rispettato per se stesso e non deve mai essere sacrificato”.⁶²⁵ Proprio perché la nostra società non ci consente di adottare una visione comune del significato che si deve dare alla locuzione “vita dignitosa”, è necessario rispettare la dignità minimale di ciascun individuo, quella che prescinde dall’accordo e che è data ad ognuno in maniera indisponibile.⁶²⁶ La rigorosa limitazione del contenuto della dignità minimale fa in modo che essa sia legata allo sviluppo di determinate caratteristiche o al raggiungimento di un certo grado di evoluzione.⁶²⁷ Diversamente da quanto affermato da altri filosofi, deve essere abbandonata l’impostazione che marca la distinzione tra la natura biologica della vita umana e, dall’altra parte, le competenze morali che ciascun soggetto sviluppa.⁶²⁸ Valutare la dignità umana sulla scorta delle competenze morali riconosciute al singolo individuo significherebbe riconoscere la dignità umana sulla base di ciò che l’uomo è agli occhi degli altri e non di ciò che è per il solo fatto di esistere.⁶²⁹ L’essere umani, infatti, dipende ineludibilmente dall’unità della nostra vita morale e corporea.

La teoria della dotazione elaborata da Schockenhoff presenta una forte connessione tra dignità umana e corporeità.⁶³⁰ La vita corporea, invero, rientra allo stesso modo di quella morale nell’area protetta della dignità umana.⁶³¹ La dimensione naturale dell’uomo, il suo corpo, costituisce il mezzo attraverso il quale la persona si rappresenta e realizza e il rispetto per la persona umana non può prescindere dal più elementare rispetto dell’esistenza corporea.⁶³² Il corpo è espressione della soggettività dell’individuo; esso rappresenta il modo attraverso il quale egli comunica nel mondo materiale.⁶³³ L’uomo non può distinguere tra un altro individuo e il suo corpo, poiché esso rappresenta lo strumento attraverso il

⁶²⁴ *Ibidem.*

⁶²⁵ E. SCHOKENHOFF, *Comprendere la dignità umana*, in E. FURLAN (a cura di), *Bioetica e dignità umana. Interpretazioni a confronto a partire dalla Convenzione di Oviedo*, cit., p. 254.

⁶²⁶ E. Schockenhoff, *Dignità umana e diritti umani nel pensiero cattolico*, in A. Argiroffi, P. Becchi, D. Anselmo (a cura di), *Colloqui sulla dignità umana*, cit., p. 42.

⁶²⁷ *Ivi*, p. 43.

⁶²⁸ *Ibidem.*

⁶²⁹ *Ibidem.*

⁶³⁰ *Ibidem.*

⁶³¹ *Ibidem.*

⁶³² *Ibidem.*

⁶³³ *Ibidem.*

quale realizza la propria libertà; «L'uno con l'altro possiamo rispettare la nostra libertà soltanto rispettando la nostra esistenza corporea».⁶³⁴

Assunta in questo duplice significato, la dignità fornisce una solida base concettuale su cui costruire uno schema argomentativo in grado, da una parte, di ancorare la pratica clinica ad un principio incondizionato e, dall'altra, di riservare lo spazio opportuno alla sensibilità del singolo e della società nel complesso.

In quest'ottica, compito del diritto è quello di rendere effettivo il riconoscimento di pari dignità a tutti gli esseri umani.

5.2 La dignità umana come strumento regolatore

A partire dalla Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo dell'ONU, il concetto di dignità ha rappresentato una delle principali nozioni del lessico morale e giuridico.⁶³⁵

In particolare, la nozione di dignità umana assume il ruolo di paradigma morale, fonte ultima di tutti i diritti: essa è punto di riferimento critico per distinguere tra pratiche accettabili e inaccettabili.⁶³⁶ La dignità si pone al di sopra dei sistemi giuridici, degli ordini politici e delle dottrine morali, i quali traggono da essa la loro giustificazione.⁶³⁷ Una eloquente prova, al riguardo è fornita dalla Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina, nonché dalla Carta Europea dei diritti fondamentali.⁶³⁸

⁶³⁴ Ivi, p. 45.

⁶³⁵ E. FURLAN, *Saggio introduttivo. Dignità umana e bioetica: risorse e problemi di una nozione fondamentale*, in E. FURLAN (a cura di), *Bioetica e dignità umana. Interpretazioni a confronto a partire dalla Convenzione di Oviedo*, cit., p. 7.

⁶³⁶ E. MAESTRI, *La riflessione bioetica degli anni Duemila: dignità umana e giudizi di esistenza, Dignità umana e giudizi di esistenza*, Seminario di Teoria del diritto e Filosofia Pratica, Modena 17 aprile 2012, p. 14.

V'è chi parla di "teorema della dignità" facendo riferimento allo sfondo teorico che funge da architrave del sistema normativo e consente di bilanciare i principi etici, nel caso in cui si trovino in parziale conflitto tra di loro. M. REICHLIN, *Dignità umana: ragioni di un paradigma morale*, in E. FURLAN, (a cura di) *Bioetica e dignità umana. Interpretazioni a confronto a partire dalla Convenzione di Oviedo*, Franco Angeli, 2009, pp. 143 ss.

⁶³⁷ F. VIOLA, *I volti della dignità umana*, cit., p. 102; G. RESTA, *La disponibilità dei diritti fondamentali e i limiti alla dignità (Note a margine della Carta dei diritti)*, cit., pp. 801-848; D. BEYLEVELD, R. BROWNSWORD, *Human dignity in bioethics and biolaw*, cit., p. 12.

⁶³⁸ Dapprima, la dignità umana era stata menzionata nella Legge Fondamentale di Bohn, nel Preambolo della Carta delle Nazioni Unite del 1945 e nella Dichiarazione dei diritti dell'uomo del 1948. In particolare, nel Preambolo della Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo, è

La Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina (comunemente conosciuta come Convenzione di Oviedo)⁶³⁹, promossa dal Consiglio d'Europa e firmata il 4 aprile del 1997⁶⁴⁰, è il primo proto-documento in cui la dignità umana compare in piena autonomia rispetto ad altri valori, come l'autonomia e l'eguaglianza.⁶⁴¹

La Convenzione ha carattere vincolante: ogni stato deve prevedere sanzioni e "judicial protection" per la violazione delle sue disposizioni ed, eventualmente, il Segretario Generale del Consiglio d'Europa può chiedere la dimostrazione di come gli stati assicurano l'effettiva applicazione delle norme in essa contenute.⁶⁴² Tuttavia, la vincolatività non rappresenta l'unico elemento di originalità della Convenzione: infatti, essa, diversamente dagli altri documenti internazionali dedicati alla bioetica, è un trattato che esamina in maniera esaustiva il legame tra diritti umani e medicina.⁶⁴³

Elaborata, su incarico del Consiglio d'Europa, dal Comitato direttivo per la Bioetica, la Convenzione individua alcuni principi generali, da integrare tramite protocolli addizionali, vertenti su singoli aspetti specifici.⁶⁴⁴ Detti principi fondamentali sono accettati da tutti i paesi, e rappresentano lo strumento

affermato che «la dignità è inerente a tutti i membri della famiglia umana», e nell'art. 1 che tutti gli esseri umani «sono liberi e uguali in dignità».

⁶³⁹ A tal riguardo, corre l'obbligo di precisare che la Convenzione è stata ratificata dall'Italia, insieme al Protocollo Addizionale, con la legge del 28 marzo 2001, n. 145, ma non è entrata ancora a far parte dell'ordinamento interno, poiché non è stata ancora attuata la delega prevista dalla legge di ratifica.

⁶⁴⁰ La Convenzione è stata ratificata dall'Italia tramite la Legge 28/03/2001, n. 145.

⁶⁴¹ B. MALVESTITI, *La dignità umana dopo la Carta di Nizza*, cit., p. 69. Tuttavia, l'impegno assunto con la Convenzione di Oviedo non risultava del tutto nuovo, bensì perfettamente in linea con i principi già condivisi nel 1964 da tutti gli Stati europei, fatta eccezione per l'Albania, dagli Stati Uniti d'America e dal Canada, con la Dichiarazione di Helsinki. Con essa gli stessi si impegnarono a «promuovere l'esercizio effettivo delle libertà e dei diritti civili, politici, economici, culturali che derivano tutti dalla dignità inerente alla persona umana e sono essenziali al suo libero e pieno sviluppo». E. RIPEPE, *Sulla dignità umana e su alcune altre cose*, cit., p. 5.

⁶⁴² R. ANDORNO, *La tutela della dignità umana: fondamento e scopo della Convenzione di Oviedo*, cit., p. 78.

⁶⁴³ *Ibidem*.

⁶⁴⁴ Attualmente i protocolli addizionali ammontano a quattro: il Protocollo addizionale alla Convenzione per la protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dell'essere umano nei confronti dell'applicazioni della biologia e della medicina, sul divieto di clonazione di esseri umani; il Protocollo addizionale alla Convenzione sui Diritti dell'Uomo e la biomedicina, relativo al trapianto degli organi e di tessuti di origine umana; il Protocollo addizionale alla Convenzione sui Diritti dell'Uomo e la biomedicina, relativo alla ricerca biomedica; Protocollo addizionale alla Convenzione sui Diritti dell'Uomo e la biomedicina relativo ai test genetici per la Salute Scopi. <http://www.coe.int/it/web/conventions/full-list/-/conventions/webContent/7780840>

attraverso il quale sviluppare standard condivisi volti all'elaborazione di un diritto biomedico europeo, in grado di far fronte alla rivoluzione scientifica in corso.⁶⁴⁵ Quanto al principio della dignità, una prima indicazione è contenuta nel preambolo della Convenzione, in cui viene affermato che gli stati firmatari sono «convinti della necessità di rispettare l'essere umano sia come individuo che nella sua appartenenza alla specie umana» e di riconoscere l'importanza di assicurare la sua dignità.⁶⁴⁶ Sempre nel preambolo, gli stati firmatari dichiarano di essere «decisi a prendere, nel campo delle applicazioni della biologia e della medicina, le misure proprie a garantire la dignità dell'essere umano e i diritti e le libertà fondamentali della persona».⁶⁴⁷ Di dignità, questa volta nell'accezione di diritto, si parla anche nell'art. 1 della Convenzione, in cui le parti si impegnano, anzitutto, a proteggere l'essere umano nella sua dignità.⁶⁴⁸ Da questo duplice richiamo si evince che il termine dignità viene impiegato nella Convenzione sia con il significato di dignità dell'uomo come ente generico, sia come dignità dell'uomo quale individuo. La dignità è fondamento del riconoscimento dei diritti dell'uomo, in quanto sua qualità intrinseca, collocata al di sopra di qualsiasi riconoscimento normativo, e sulla base della quale è possibile garantire il rispetto della persona in condizioni di *capitis deminutio*.⁶⁴⁹

La tutela della dignità umana entra a far parte, altresì, della Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea, assurgendo a valore fondamentale dell'individuo.

La Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea viene proclamata a Nizza nel 2000 ed entra in vigore il 1° dicembre 2009, con il Trattato di Lisbona. Essa conferisce alla dignità il rango di primo valore a fondamento dell'Unione Europea.

⁶⁴⁵ P. FRAISSEX, *La protection de la dignité de la personne et de l'espèce humaines dans le domaine de la biomédecine : l'exemple de la Convention d'Oviedo*, Rev. Intern. Dr. comp., 2, 2000, pp. 371 ss.

⁶⁴⁶ <https://www.coe.int/it/web/conventions/full-list/-/conventions/rms/090000168007d003>

⁶⁴⁷ <https://www.coe.int/it/web/conventions/full-list/-/conventions/rms/090000168007d003>

⁶⁴⁸ Articolo 1 – Oggetto e finalità. «Le Parti di cui alla presente Convenzione proteggono l'essere umano nella sua dignità e nella sua identità e garantiscono ad ogni persona, senza discriminazione, il rispetto della sua integrità e dei suoi altri diritti e libertà fondamentali riguardo alle applicazioni della biologia e della medicina. Ogni Parte prende nel suo diritto interno le misure necessarie per rendere effettive le disposizioni della presente Convenzione.»

⁶⁴⁹ R. ANDORNO, *La tutela della dignità umana: fondamento e scopo della Convenzione di Oviedo*, cit., p. 91.

La dignità umana è il primo principio ad essere enunciato dalla Carta, all'articolo 1, che ne sancisce l'invulnerabilità. Essa costituisce la base stessa dei diritti fondamentali e, come affermato nel preambolo della Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo del 1948, il fondamento della libertà, della giustizia e della pace nel mondo.⁶⁵⁰ Essa è la sostanza stessa dei diritti sanciti nella Carta di Nizza, e questi ultimi non possono essere impiegati per recare pregiudizio all'altrui dignità.⁶⁵¹

Nella Carta di Nizza i termini "dignità", "dignitosa, dignitose" compaiono sei volte.⁶⁵² Il Preambolo, per primo, richiama la parola dignità, associandola all'aggettivo "umana": «consapevole del suo patrimonio spirituale e culturale, l'Unione si fonda su valori indivisibili e universali di dignità umana, di libertà, di uguaglianza e di solidarietà». La seconda occorrenza, come anticipato sopra, si rinviene nel capo I: l'art. 1 di questo capo riporta il termine dignità, ne dichiara l'invulnerabilità e aggiunge che «essa deve essere rispettata e tutelata». Ancora, nell'art. 25, sotto il Capo III, l'aggettivo dignitosa è associato alla vita degli anziani; nell'art. 31, sotto il Capo IV, qualifica le condizioni di lavoro e, infine, nell'art. 34, Capo IV, l'aggettivo accompagna la parola "esistenza", a tutela, come negli altri casi, di un diritto sociale, del diritto di coloro che «non dispongono di risorse sufficienti».

La parola dignità, richiamata più volte nella Carta, assume una duplice accezione: essa è fondamento dei diritti ed essa stessa diritto. Nel preambolo, invero, la dignità è indicata come valore primo, posto a fondamento dell'Unione Europea; nell'art. 1, viceversa, essa compare come diritto, invulnerabile; nelle Spiegazioni della Carta, infine, la ritroviamo descritta come base non bilanciabile di tutti i diritti.

Anzitutto, in quanto diritto invulnerabile, alla dignità è riservata una tutela maggiore rispetto agli altri diritti, di talché essa deve prevalere, nel caso in cui

⁶⁵⁰Spiegazioni relative alla Carta dei Diritti Fondamentali (2007/C 303/01), <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2007:303:0017:0035:IT:PDF>.

⁶⁵¹*Ibidem*.

⁶⁵²B. MALVESTITI, *La dignità umana dopo la Carta di Nizza*, cit., p. 64.

entri in collisione con essi.⁶⁵³ Nelle Spiegazioni della Carta, infatti, è precisato che la dignità “non è soltanto un diritto fondamentale in sé, ma costituisce la base stessa dei diritti fondamentali” e, pertanto, sfugge all’applicazione dell’art. 52 della Carta, il quale dispone tecniche di bilanciamento tra diritti.⁶⁵⁴ Secondo Borowski, il termine “inviolabile” accostato alla dignità è la traduzione del tedesco “*unverletzlich*”, il quale, secondo la dottrina dei diritti fondamentali, è considerato come una “non-limiting clause”, una clausola che stabilisce che il diritto non può essere sottoposto a nessun tipo di limitazione.⁶⁵⁵

Ad una attenta lettura della Carta si può osservare che il termine dignità compare talvolta da solo, segnatamente nel titolo I del Capo I, talaltra accompagnato dall’aggettivo “umana”, nel Preambolo e nell’art. 1. Questa peculiarità è stata oggetto di riflessione da parte di attenta dottrina, secondo la quale, il termine “dignità” da solo riguarderebbe la dignità dell’essere umano, della vita in generale, mentre lo stesso termine, accompagnato dalla specificazione “umana”, farebbe riferimento alla dignità del singolo individuo.⁶⁵⁶ D’altra parte, v’è chi sostiene che, diversamente dalla Convenzione di Oviedo, nella Carta di Nizza, il richiamo alla dignità, seppur accompagnato dall’aggettivo “umana”, riguardi esclusivamente l’essere umano come individuo.⁶⁵⁷ Molto diffusa nel testo della Convenzione di Oviedo, infatti, l’espressione “ogni persona” nella Carta viene sostituita da “ogni individuo”. Ad esso, diversamente da quanto accadeva nella Convenzione, viene pienamente garantito il diritto alla vita, non solo vietando la pena di morte, ma altresì proibendo tutte le pratiche biomediche che sono ritenute lesive della sua integrità psico-fisica. Infatti, tutelare l’integrità fisica e psichica dell’individuo significa riconoscere a ciascun essere umano il diritto di essere considerato non soltanto come ente generico e perciò uguale a qualsiasi altro individuo, ma altresì come ente individuale e perciò diverso da qualsiasi altro

⁶⁵³ P. GROSSI, *Dignità umana e libertà nella Carta dei Diritti Fondamentali dell’Unione Europea*, in M. SICLARI (a cura di), *Contributi allo studio della Carta dei Diritti Fondamentali dell’Unione Europea*, Giappichelli, Torino, 2003, p. 44.

⁶⁵⁴ M. BOROWSKI, *Limiting clauses: on the continental european tradition of special limiting clauses and the general limiting clauses of art. 52 (1), Charter of Fundamental Rights of the European Union*, in *Legisprudence*, 2, 2007, pp. 197-240.

⁶⁵⁵ *Ibidem*.

⁶⁵⁶ B. MALVESTITI, *La dignità umana dopo la Carta di Nizza*, cit., p. 71.

⁶⁵⁷ Sostenitore di questa tesi è P. Becchi autore di diversi contributi in tema di dignità, tra cui: *Il principio dignità umana*, Morcellania, Brescia, 2009.

individuo».⁶⁵⁸ «La Carta, afferma Becchi, tutela la dignità umana a tutto campo, in piena autonomia rispetto agli altri valori fondamentali.⁶⁵⁹

La Costituzione italiana manca di una disposizione sulla dignità umana di carattere generale, che sia paragonabile all'art. 1 Carta dei diritti dell'Unione Europea o all'art. 1 della Legge fondamentale tedesca. Nondimeno, detto principio trova comunque espressione in essa, sotto distinti profili.

Anzitutto, la Costituzione fa esplicito riferimento alla dignità in alcune disposizioni⁶⁶⁰: l'art. 3, co. 1, Cost. proclama la pari dignità sociale di tutti i cittadini; l'art. 36, co. 1, Cost. assume la dignità quale parametro della retribuzione, che deve essere sempre sufficiente a garantire al lavoratore e alla sua famiglia un'esistenza libera e dignitosa e l'art. 41, co. 2, Cost. che indica la dignità umana come limite all'iniziativa economica privata. In queste norme, la dignità si connota essenzialmente come dignità sociale⁶⁶¹. Tuttavia, per quanto in letteratura sia prevalente tale tipo di declinazione del concetto in esame, l'art. 3 e, principalmente l'art. 2 Cost., espressione di una Costituzione incentrata sul valore della persona, prospettano un concetto di dignità strettamente collegato al principio personalista e alla garanzia dei diritti inviolabili dell'uomo.⁶⁶² Detta attinenza dipende dall'affermazione dell'antioriorità dell'uomo rispetto allo Stato, il quale riconosce e protegge i diritti dell'uomo.⁶⁶³ A fronte del principio personalista, non è l'uomo ad essere in funzione dello stato, ma, al contrario, è quest'ultimo a dover assicurare lo svolgimento della persona umana e garantirne i diritti fondamentali.⁶⁶⁴

⁶⁵⁸ P. BECCHI, *Il dibattito sulla dignità umana: tra etica e diritto*, cit, pp. 129 ss.

⁶⁵⁹ *Ibidem*.

⁶⁶⁰ Un riferimento implicito al concetto di dignità è contenuto altresì in altri articoli della Carta costituzionale. Il primo è l'art. 27, co. 3, secondo il quale le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità; l'altro è l'art. 32, co. 2, che stabilisce che la legge che imponga un determinato trattamento sanitario non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

⁶⁶¹ Art. 3 Cost.

⁶⁶² G. AZZONI, *Dignità umana tra autonomia e solidarietà*, relazione al Corso Residenziale di Alta Formazione, Umanesimo Cristiano. Costruire il Bene Comune Oggi (Almo Collegio Borromeo, Pavia, 30 agosto – 4 settembre 2010).

⁶⁶³ P. VERONESI, *La dignità umana tra teoria dell'interpretazione e topica costituzionale*, in *Quad. cost.*, 2014, p. 341.

⁶⁶⁴ C. MORTATI, *Istituzioni di diritto pubblico*, X ed., tomo I, Padova, 1991, p. 158.

La persona ricopre una posizione centrale, non astrattamente considerata, ma come soggetto titolare di diritti umani.⁶⁶⁵ L'uomo non è più concepito come entità astratta e isolata, ma nella sua concretezza, nel legame con la società, con le formazioni sociali in cui si svolge la sua personalità.⁶⁶⁶

Il ruolo che la dignità assume nella genesi dell'art. 2 Cost. può essere meglio compreso attraverso i lavori preparatori dello stesso, i quali sviluppano la concezione della anteriorità della persona rispetto allo Stato.⁶⁶⁷ Lo Stato per la persona e non la persona per lo Stato, ecco la premessa ineliminabile di uno Stato essenzialmente democratico.⁶⁶⁸ Quanto risulta dai lavori preparatori trova conferma in alcune sentenze della Corte Costituzionale, la quale riconduce la tutela della dignità umana all'art. 2 Cost..⁶⁶⁹ Significativa, a tal riguardo, è la sentenza del 27 luglio 1992, n. 368, in cui la dignità umana e il rispetto reciproco della persona sono definiti principi costituzionali inviolabili, da ricondurre all'art. 2 Cost.⁶⁷⁰

La dignità, in alcune pronunce della Corte Costituzionale, è posta in relazione ai diritti inviolabili della persona: «i diritti umani, garantiti anche da convenzioni universali o regionali sottoscritte dall'Italia, trovano espressione, e non meno intensa garanzia, nella Costituzione [...]: non solo per il valore da attribuire al generale riconoscimento dei diritti inviolabili dell'uomo fatto dall'art. 2 della Costituzione, sempre più avvertiti dalla coscienza contemporanea come coesenziali alla dignità della persona [...], ma anche perché, al di là della

⁶⁶⁵ A. PACE, *Problematica delle libertà costituzionali. Parte generale*, III ed., Padova, 2003, p. 7.

⁶⁶⁶ C. MORTATI, *Istituzioni di diritto pubblico*, cit., p. 158; N. OCCHIOCUPO, *Liberazione e promozione umana nella Costituzione. Unità di valori nella pluralità di posizioni*, Milano, 1995, p. 5.

⁶⁶⁷ N. OCCHIOCUPO, *Liberazione e promozione umana nella Costituzione. Unità di valori nella pluralità di posizioni*, cit. p. 34. La prima Sottocommissione della Commissione, incaricata di elaborare la parte della Costituzione dedicata ai diritti e doveri dei cittadini, prende spunto dalla relazione del deputato democristiano Giorgio La Pira sui principi relativi ai rapporti civili. Essa definisce il ruolo della Costituzione, «riaffermare solennemente i diritti naturali – imprescrittibili, sacri, originari – della persona umana e costruire la struttura dello Stato in funzione di essi. Lo Stato per la persona e non la persona per lo Stato: ecco la premessa ineliminabile di uno Stato essenzialmente democratico». G. LA PIRA, *Principi relativi ai rapporti civili*, in AA.VV., *La nuova Costituzione italiana. Progetto e relazioni*, Roma, 1947, p. 78.

⁶⁶⁸ G. LA PIRA, *Principi relativi ai rapporti civili*, in AA.VV., *La nuova Costituzione italiana. Progetto e relazioni*, Roma, 1947, p. 78.

⁶⁶⁹ Corte Cost. n. 248 del 1986, in *Giur. cost.*, 1986, parte I, pp. 2112 ss.; Corte Cost. n. 167 del 1991, in *Giur. cost.*, 1991, pp. 1404 ss.; Corte Cost. n. 303 del 1996, in *Giur. cost.*, 1996, pp. 2503 ss.; Corte Cost. n. 334 del 1996, in *Giur. cost.*, 1996, pp. 2919 ss.

⁶⁷⁰ Corte Cost. del 27 luglio 1992, n. 368, in *Giur. Cost.* 1992, p. 2935.

coincidenza nei cataloghi di tali diritti, le diverse formule che li esprimono si integrano, completandosi reciprocamente nella interpretazione.⁶⁷¹

L'analisi svolta finora dimostra come la dignità possa essere qualificata tanto come valore quanto come diritto. A proposito della contrapposizione tra diritti e valori, Malvestiti, precisa che l'alternativa tra supremo e bilanciabile non coincide con l'alternativa tra valore e diritto.⁶⁷² Secondo l'autrice, valori e diritti possono essere entrambi bilanciabili e, dunque, propone la distinzione tra norma suprema e norma bilanciabile.⁶⁷³

Un'analisi concettuale del valore di dignità esula dalla presente trattazione, tuttavia si ritiene opportuno dedicare poche righe allo sviluppo della questione.

La natura concettuale della dignità nel nostro ordinamento è una questione non ancora sufficientemente indagata in letteratura. Il problema è stato infatti sollevato da pochi autori. In particolare, si discute se la dignità, in quanto diritto, al pari degli altri sia suscettibile di essere bilanciata, oppure se costituisca un valore assoluto, non suscettibile, pertanto, di bilanciamento.⁶⁷⁴

L'interpretazione della dignità alla stregua di norma bilanciabile si basa sulla premessa del suo contenuto determinabile.⁶⁷⁵ La dignità, secondo tale impostazione, è suscettibile di molteplici concretizzazioni diverse e, dunque, ammette eccezioni ed è, pertanto, bilanciabile.⁶⁷⁶

Chi, invece, interpreta la dignità umana come norma suprema, ritiene che il bilanciamento degli interessi di volta in volta in gioco debba essere fatto sempre nel rispetto della persona e della dignità umana.⁶⁷⁷

Il concetto di dignità come fondamento dei diritti inviolabili dell'individuo emerge dall'esame dei lavori preparatori della Costituzione e trova conferma in

⁶⁷¹Corte Cost. 22 ottobre 1999, n. 388, in *Giur. Cost.* 1999, p. 2991.

⁶⁷²B. MALVESTITI, *La dignità dopo la Carta di Nizza. Un'analisi concettuale*, cit., p. 34.

⁶⁷³*Ibidem*.

⁶⁷⁴A proposito della contrapposizione tra diritti e valori, B. Malvestiti, nel suo "La dignità umana dopo la Carta di Nizza. Un'analisi concettuale", precisa che l'alternativa tra supremo e bilanciabile non coincide con l'alternativa tra valore e diritto. Secondo l'autrice, valori e diritti possono essere entrambi bilanciabili e, dunque, propone la distinzione tra norma suprema e norma bilanciabile.

⁶⁷⁵B. MALVESTITI, *La dignità dopo la Carta di Nizza. Un'analisi concettuale*, cit., p. 34.

⁶⁷⁶*Ibidem*.

⁶⁷⁷Afferma A. Mazzini Sandulli, sostenitore di tale interpretazione, che la legislazione in ambito militare a lui contemporanea dimostra come la dignità umana fosse considerata intima essenza dell'ordinamento italiano. A. MAZZINI SANDULLI, *Disciplina militare e valori costituzionali*, *Diritto e Società*, 1978, p. 645 e p. 655.

alcune pronunce della Corte Costituzionale.⁶⁷⁸ Questa, riferendosi alla dignità in senso oggettivo⁶⁷⁹, afferma che: “Lo sviluppo della persona umana è il fine ultimo dell’ordinamento”⁶⁸⁰ e che «Quello della dignità della persona umana è valore costituzionale che permea di sé il diritto positivo»⁶⁸¹.

Afferma la Corte Costituzionale che «i diritti umani, garantiti anche da convenzioni universali o regionali sottoscritte dall’Italia, trovano espressione, e non meno intensa garanzia, nella Costituzione [...]: non solo per il valore da attribuire al generale riconoscimento dei diritti inviolabili dell’uomo fatto dall’art. 2 della Costituzione, sempre più avvertiti dalla coscienza contemporanea come coesenziali alla dignità della persona [...], ma anche perché, al di là della coincidenza nei cataloghi di tali diritti, le diverse formule che li esprimono si integrano, completandosi reciprocamente nella interpretazione».⁶⁸²

Le considerazioni svolte dalla Corte sulla dignità in senso oggettivo, si aggiungono quelle che la giurisprudenza ha espresso con riferimento alla stessa, ma intesa in senso soggettivo.⁶⁸³ Significative, in tal senso, risultano le conclusioni cui è giunta, in riforma della sentenza di merito, la Suprema Corte di Cassazione riguardo al caso Englaro.⁶⁸⁴ Quest’ultima ha ritenuto che la dignità,

⁶⁷⁸ Si vedano le pronunce richiamate nel paragrafo X

⁶⁷⁹ la dignità in senso oggettivo è quella che si sviluppa in una data dimensione spazio-temporale ed è frutto del sentire comune che si sviluppa in un dato contesto storico culturale. Monaco, G., *La tutela della dignità umana: sviluppi giurisprudenziali e difficoltà applicative*, in Sciarrone, A. (ed.), *Dignità e diritto: prospettive interdisciplinari*, Libellula Edizioni, Tricase (LE) 2010: 167- 196.

⁶⁸⁰ Corte Cost., 10 maggio 1999, n. 167, in *Giur. Cost.* 1999, p. 1607.

⁶⁸¹ Corte Cost., 17 luglio 2000, n. 293, in *Giur. Cost.* 2000, p. 2239.

⁶⁸² Corte Cost., 22 ottobre 1999, n. 388, cit., pp. 2991 ss.

⁶⁸³ Di dignità in senso soggettivo si parla riferendosi al concetto di dignità che ciascun individuo matura dentro di sé. G. MONACO, *La tutela della dignità umana: sviluppi giurisprudenziali e difficoltà applicative*, in A. SCIARRONE, (ed.), *Dignità e diritto: prospettive interdisciplinari*, Libellula Edizioni, Tricase (LE) 2010: 167- 196.

⁶⁸⁴ Si tratta del caso che ha causato divisioni nel mondo della politica e che ha rischiato di determinare un conflitto di attribuzioni nei confronti della Corte di Cassazione e della Corte di Appello di Milano. Quest’ultima, infatti, con decreto del 16 dicembre 2006, ha respinto la richiesta del tutore di interrompere l’alimentazione forzata e determinare la morte della interdetta da lui assistita, ormai in stato vegetativo permanente. L’alimentazione, secondo il tutore, rappresentava un trattamento invasivo, lesivo dell’integrità psicofisica e della dignità dell’assistita e, in quanto tale, avrebbe richiesto l’assenso della paziente, pena la violazione della sua dignità. Secondo il tutore, anche lo stato vegetativo avrebbe dovuto essere considerato lesivo della dignità della donna, poiché la mancanza di coscienza rendeva la sua vita non dignitosa. La Corte d’Appello ha rifiutato l’impostazione offerta dal tutore, sostenendo che la percezione che ciascun paziente ha della qualità della propria vita non ha alcuna rilevanza e che non si può distinguere tra vite degne o non degne di essere vissute.

intesa in senso soggettivo, possa prevalere sul diritto alla vita, anche nei casi estremi in cui il paziente si trovi in stato di incoscienza.⁶⁸⁵

In dottrina, vi è perfino chi considera la dignità umana non solo come il fondamento etico dei diritti tutelati dalla Costituzione, ma anche come la fonte di nuovi diritti, non previsti dalla stessa. Ad esempio, Modugno afferma che la dignità umana è «un principio supremo del nostro ordinamento costituzionale, la cui portata assiologica è tale da costituire il fondamento di una serie di diritti, anche non enumerati, ma ricostruibili secondo il metodo del confronto trasversale delle disposizioni costituzionali».⁶⁸⁶

5.3 Il rispetto della dignità umana in psichiatria

In ambito psichiatrico, la dignità deve essere intesa senz'altro nella sua accezione di dignità come responsabilizzazione, specialmente in Italia, dove l'approccio paternalistico, in seguito alla riforma del 1978, ha lasciato spazio ad un contesto di cura in cui il malato mentale non è più visto come soggetto pericoloso e, dunque, non rappresenta più una minaccia per la sicurezza della collettività.

Alle persone affette da disturbo mentale devono essere assicurati gli stessi diritti di tutti gli altri membri della comunità, indipendentemente dalla possibilità concreta che essi hanno di esercitarli.⁶⁸⁷

Il malato mentale, tuttavia, è considerato un soggetto vulnerabile, ovvero, in base alla definizione fornita dal Council for International Organizations of Medical Sciences, (CIOMS), una persona relativamente o assolutamente incapace di proteggere i propri interessi, in quanto priva «di sufficiente intelligenza, potere, educazione, risorse e di tutto ciò che può essere utile» a tal scopo.⁶⁸⁸

⁶⁸⁵ Cass. Civ., sez. I, sent. 16 ottobre 2007, n. 21748 - Caso Englaro, in Foro It., 2008, 9, 1, p. 2609.

⁶⁸⁶ F. MODUGNO, *I «nuovi diritti» nella giurisprudenza costituzionale*, Torino, 1995, p. 63.

⁶⁸⁷ Comitato Nazionale di Bioetica, *Psichiatria e salute mentale*, 24 Novembre 2000.

⁶⁸⁸ Council for International Organizations of Medical Sciences, (CIOMS), *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*, Geneva, 2002.

Per l'analisi del concetto di vulnerabilità e del suo rapporto con la bioetica e i diritti umani si rimanda a R. ANDORNO, *Is vulnerability the foundation of human rights?*, in A. MASFERRER,

La vulnerabilità dei malati mentali riveste un ruolo importante nel dibattito bioetico.⁶⁸⁹ Infatti, la Dichiarazione Universale sulla Bioetica e sui diritti umani, statuisce che il rispetto della vulnerabilità umana deve essere tenuto in debita considerazione «Nell'applicazione e nell'avanzamento della conoscenza scientifica, della pratica medica e delle tecnologie associate».⁶⁹⁰

Il 24 aprile 2000, il Comitato Nazionale di Bioetica (CNB) ha avvertito l'esigenza di affrontare una nuova riflessione sugli aspetti etici, professionali e sociali della salute mentale e dell'assistenza psichiatrica.⁶⁹¹ Nel parere "Psichiatria e salute mentale: orientamenti bioetici", il Comitato ha affermato che la vulnerabilità del malato mentale deve essere riconosciuta e difesa concretamente attraverso il rispetto di alcuni diritti e l'adempimento di alcuni doveri fondamentali, primo fra tutti «il diritto a un trattamento privo di coercizioni e rispettoso della dignità umana con accesso alle più opportune tecniche di intervento medico, psicologico etico e sociale»⁶⁹².

Alla tutela della soggettività del malato mentale viene attribuito un valore fondamentale per lo sviluppo della libertà del paziente. Sotto il profilo etico, dunque, tutelare la soggettività del paziente significa educarlo alla libertà, aiutarlo, cioè, a divenire libero, ripristinando la comunicazione che era stata interrotta dal disturbo mentale.⁶⁹³ La comunicazione con il malato mentale è significativa dal punto di vista etico perché comporta il riconoscimento del malato non come soggetto diverso da me, ma come «altro io che dà significato al rapportarsi con lui e quindi a me stesso»⁶⁹⁴. Coerente con tale impostazione è la risoluzione del Parlamento Europeo del 2006, la quale sottolinea lo stretto legame

G. SANCHEZ, *Human Dignity of the Vulnerable in the Age of Rights*, Ius Gentium Series, Vol. 55, Dordrecht: Springer, 2016, pp. 257-272.

⁶⁸⁹ S. ARNASON, *Assuring dignity in means-tested entitlements programs: An elusive goal?*, *Journal of Gerontological Social Work*, 1998, 29 (2-3), pp. 129-146; C.S. JACELON, *The Dignity of elders in an acute care hospital*, *Qualitative Health Research*, 2003, 13(4), pp. 543-556; K. LOTHIAN, I. PHILP, *Maintaining the dignity and autonomy of older people in the healthcare setting*, *BMJ*, 2001, 322, pp. 668-670; D. PULLMAN, *The ethics of autonomy and dignity in long-term care*, *Canadian Journal on Aging*, 1999, 18(1), pp. 26-49.

⁶⁹⁰ Art. 8 Dichiarazione Universale sulla Bioetica e sui diritti umani, UNESCO, 19 ottobre 2005.

⁶⁹¹ *Ibidem*.

⁶⁹² Comitato Nazionale di Bioetica, *Psichiatria e salute mentale*, 24 Novembre 2000.

⁶⁹³ Comitato Nazionale di Bioetica, *Obiettivi minimi essenziali nella formazione degli operatori di salute mentale*, in *Psichiatria e salute mentale*, 24 Novembre 2000.

⁶⁹⁴ *Ibidem*.

esistente tra efficacia terapeutica e rispetto dei diritti e della dignità della persona.⁶⁹⁵ Nella risoluzione, infatti, viene affermato che il mancato rispetto della dignità dell'individuo, mediante trattamenti degradanti, non integra soltanto una lesione personale, ma, altresì, un fattore di aggravamento del disturbo psichico.⁶⁹⁶ Il CNB, già pronunciatosi in passato in merito alla contenzione, di recente si è nuovamente espresso al riguardo, ribadendo la necessità del suo superamento.⁶⁹⁷ Tale esigenza nasce dalla constatazione, più volte ribadita nel presente elaborato, che, nonostante le raccomandazioni elaborate dal CNB in passato, nonché la Raccomandazione del comitato dei ministri del Consiglio d'Europa⁶⁹⁸, la contenzione continua ad essere applicata, «senza che si intravedano sforzi decisivi alla sua risoluzione e neppure una sufficiente sensibilità alla gravità del problema».⁶⁹⁹ Nel parere il CNB ribadisce che la contenzione rappresenta un residuo della cultura manicomiale, che produce «cronicizzazione, invece che il recupero della malattia».⁷⁰⁰

Tale assunto si rivela estremamente significativo per l'inquadramento bioetico della contenzione: il suo impiego non può godere di alcuna giustificazione bioetica. Invero, diversamente da quanto sostenuto da chi ne giustifica l'uso, non si configura alcun conflitto tra il principio della dignità umana e la finalità terapeutica, intesa quale espressione del principio di beneficenza.⁷⁰¹ Difatti, il ricorso alla forza è sempre una violazione della dignità personale dagli effetti controproducenti e, pertanto, non consente di chiamare in causa il principio etico della beneficenza.

Il ricorso alla forza va dunque in ogni modo evitato e l'invito che il CNB rivolge agli operatori, impegnati a vario titolo nelle prestazioni di cura in ambito

⁶⁹⁵ J. BOWIS, *Migliorare la salute mentale della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione Europea (Risoluzione Bowis)*, 2006/2058 INI.

⁶⁹⁶ *Ibidem*. Da ciò si deduce che, non sbagliano i partecipanti allo studio nel ritenere la dignità umana come il volano di un intervento terapeutico accettabile ed efficace.

⁶⁹⁷ *Ivi*, p. 5.

⁶⁹⁸ Raccomandazione Rac (2004) 10 del Comitato dei Ministri agli Stati Membri sulla tutela dei diritti umani e della dignità delle persone affette da disturbi mentali, elaborata in seguito alla pubblicazione del Libro bianco del Consiglio d'Europa in tema di trattamento dei pazienti psichiatrici.

⁶⁹⁹ Comitato Nazionale di Bioetica, *La contenzione: profili bioetici*, p. 5.

⁷⁰⁰ *Ivi*, p. 7.

⁷⁰¹ *Ivi*, p. 7.

psichiatrico, è quello di tener sempre presente il rispetto della dignità del paziente ed evitare il ricorso alla forza.⁷⁰²

Al personale sanitario, oltre alle competenze tecnico scientifiche, devono essere trasmesse le conoscenze etiche e giuridiche che gli consentano di valutare adeguatamente la portata e le conseguenze dei propri interventi.⁷⁰³ A questo riguardo, in occasione di una recente audizione al Senato, la presidente dell'IPAVSI ha affermato che il professionista infermiere, oltre a valutare i risvolti terapeutici, deve esaminare «i problemi di carattere organizzativo ma soprattutto giuridici rispetto alla legittimità» della contenzione.⁷⁰⁴

Particolarmente delicata, infatti, è la posizione dell'infermiere, il quale, più di frequente, è chiamato ad affrontare situazioni etiche e morali particolarmente complesse, trovandosi di fronte alla scelta di quale comportamento tenere in situazioni che avverte essere cariche di rischi. Egli, infatti, ricopre una posizione maggiormente esposta rispetto al paziente ed è spesso lasciato a gestire da solo la paura che la situazione possa sfuggire di mano.⁷⁰⁵ Ciò che accade è che lo staff infermieristico, influenzato dalle culture professionali, dalle esperienze personali, dal livello di addestramento e formazione, prevede che un paziente, in una data situazione, possa assumere un comportamento violento.⁷⁰⁶ Per questo motivo esso tende a contenere i pazienti prima che diventino aggressivi, e la scelta di contenere è spesso una risposta automatica, errata, di *evitamento*.⁷⁰⁷ Spesso, all'infermiere capita di assistere pazienti che non si sono sottoposti

⁷⁰² *Ibidem.*

⁷⁰³ *Ibidem.* Merita di essere menzionato, al riguardo, il report prodotto dall'European Committee for the Prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment nel XVI General Report on the CPT activities (2006). In esso, infatti, è contenuta una sezione, "Means of restraint in Psychiatric Establishment", dedicata ai problemi della contenzione negli istituti psichiatrici, nella quale si denuncia il ricorso ai mezzi di contenzione meccanica come forma di "sanzionamento" di comportamenti che il personale percepisce come inappropriati o come strumento utile ad indurre un cambiamento nella condotta del paziente.
<https://www.coe.int/et/web/cpt>

⁷⁰⁴ Audizione presso la Commissione dei Diritti Umani del Senato della Presidente dell'IPASVI Barbara Mangiacavalli in materia di contenzione meccanica, Roma, 12 luglio 2016, p. 6.

⁷⁰⁵ S. MAUCERI, *La dignità negata. Sguardi esperti e multifocali sui nodi della contenzione meccanica*, in S. MAUCERI (a cura di), "CONTENERE". LA CONTENZIONE MECCANICA IN ITALIA. Primo rapporto sui diritti negati dalla pratica di legare coercitivamente i pazienti psichiatrici nei SPDC, , A buon diritto, 2017, n. 1, pp. 37-41.

⁷⁰⁶ European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT), 16th General Report on the CPT's activities covering the period 1 August 2005 to 31 July 2006, Strasbourg, 16 October 2006.

⁷⁰⁷ *Ibidem.*

volontariamente al trattamento, ma, cui è stato imposto un Trattamento Sanitario Obbligatorio; ciò rende ancor più importante l'approccio con il quale egli si pone nei confronti del paziente.⁷⁰⁸ Uno studio, in particolare, mostra un miglioramento della salute del malato mentale, quando l'assistenza che gli viene riservata è accompagnata dall'atteggiamento etico rispettoso della sua dignità.⁷⁰⁹

In linea con quanto affermato sopra, la letteratura mostra che la cura offerta dall'infermiere, così come di ogni altro operatore medico, non può prescindere dal riconoscimento dei valori del paziente e dal rispetto delle sue scelte⁷¹⁰; al contrario, l'obiettivo degli infermieri dovrebbe essere proprio quello di rafforzare il rispetto per l'integrità e la dignità del malato, a maggior ragione se si considera che l'intervento del sanitario incide sulla percezione che egli ha della propria dignità.⁷¹¹ Come ha affermato Mangiacavalli: «Non possono restare lettera morta i continui richiami, nei codici di deontologia infermieristica e medica, alla dignità e alla libertà (...) dell'assistito».⁷¹²

Le evidenze sin qui esposte rivelano una forte contraddizione: la contenzione, impiegata allo scopo di evitare che il paziente possa arrecarsi danno, comporta una profonda lesione della dignità di questi, la quale, a sua volta, integra uno dei fattori di aggravamento della patologia psichica.⁷¹³

Pertanto, alla luce dell'analisi proposta della dignità, sia essa norma bilanciabile o suprema, si può concludere affermando la assoluta inammissibilità dell'uso della contenzione. Invero, considerare la dignità come diritto bilanciabile, non contribuisce in alcun modo a giustificare il ricorso, mancando qualsivoglia

⁷⁰⁸ L. LINDWALL, L. BOUSSAID, S. KULZER, A. WIGERBLAD, *Patient dignity in psychiatric nursing practice*, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2012, 19(7), pp. 569-76.

⁷⁰⁹ T. WALLSTEN, L. KJELLIN, L. LINDSTRÖM, *Short-term outcome of inpatient psychiatric care – impact of coercion and treatment characteristics*, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2006, 41, pp. 975–980. Schröder e Ahlström mostrano, inoltre, che tenere in debita considerazione la dignità del paziente nella relazione terapeutica, porta dei benefici ai pazienti come al personale. A. SCHRÖDER, G. AHLSTRÖM, *Psychiatric care staff's and care associates' perceptions of the concept of quality of care: a qualitative study*, Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2004, 18, pp. 204–212.

⁷¹⁰ A. GALLAGHER, *Dignity and respect for dignity – two key caregivers values: implications for nursing practice*, Nursing Ethics, 2004, 11, pp. 587–599.

⁷¹¹ *Ibidem*. L'adesione alla campagna "...e tu slegalo" promossa dall'IPASVI di Grosseto nel 2014 risulta che gli infermieri sono contrari all'impiego della contenzione meccanica. IPASVI

⁷¹² Ipavsi

⁷¹³ M.G. GIANNICHECKDA, *La salute mentale e i diritti della persona*, in L. CANOVACCI (a cura di), *1978-2008: Trent'anni di sanità fra bioetica e prassi quotidiane*, Commissione Regionale di Bioetica della Toscana, 2010.

diritto o principio a garanzia del quale la contenzione potrebbe meritare di essere applicata. Infatti, gli effetti anti-terapeutici prodotti dalla contenzione comportano la violazione, non solo della dignità del paziente, ma anche del principio di beneficenza, dovendosi escludere, quindi, qualsivoglia argomentazione bioetica a suo sostegno.⁷¹⁴

Inoltre, se l'uomo in quanto degno non può essere ridotto a mero oggetto, strumentalizzato allo scopo di tutelare interessi altrui, allora la contenzione, in qualità di strumento degradante di limitazione della libertà personale dell'individuo, deve essere eliminata dal novero degli strumenti utilizzabili nell'ambito della cura e dell'assistenza.

L'assistenza psichiatrica necessita di un'evoluzione, un cambiamento della cultura bioetica e dell'organizzazione dei servizi.

L'intuizione che attraverso un simile cambiamento si possa risolvere il doloroso problema della contenzione è confermata dall'esito di iniziative già avviate. Un esempio di queste ultime è rappresentato dal progetto danese "National Breakthrough Project on Coercion in Psychiatry", adottato in 27 reparti di degenza psichiatrica in totale, dall'agosto 2004 al giugno 2005. Infatti, il rapporto finale del progetto riporta che esso ha comportato una maggiore attenzione del personale al dialogo e al coinvolgimento dei pazienti. Quanto al numero degli episodi coercitivi, questi erano diminuiti del 20% nel 33% dei reparti partecipanti al progetto, mentre l'8% dei servizi era arrivato a oltre il 50% di pratiche coercitive in meno.⁷¹⁵

Concludendo con le parole di Borgna, «La contenzione, questo modello così inaccettabile di assistenza, frantumava ogni dimensione relazionale della cura; facendo ulteriormente soffrire esistenze lacerate dal dolore dell'anima e dal male di vivere, e ancora di più dalla angoscia e dalla tristezza, dall'estraneazione e dalla corrosione anancastica, dalla dissociazione psicotica e dalla frantumazione maniacale (...) Non ci si può insomma non confrontare con il problema così

⁷¹⁴ C. PETRINI, *Ethical considerations for evaluating the issue of physical restraint in psychiatry*, cit., pp. 281-285.

⁷¹⁵ Danish Council of Ethics, *The Danish Council of Ethics Statement on coercion in psychiatry, Power and Powerlessness in psychiatry*, 1 giugno 2012, p. 8.

arido, e così dissonante, della contenzione se vogliamo riflettere sulle dissolvenze della dignità umana in psichiatria». ⁷¹⁶

⁷¹⁶ E. BORGNA, *La dignità ferita*, Milano, Feltrinelli, 2013, pp. 52-53.

Conclusioni

Al termine di questa ricerca, si possono formulare alcune considerazioni finali che riassumano i risultati che l'indagine ha prodotto sul fronte giuridico, bioetico ed empirico.

L'obiettivo dello studio consisteva nel dimostrare che qualsiasi tipo di contenzione è illegittimo (o, penalisticamente, illecito), non può essere giustificato e, dunque, non è mai praticabile nell'ambito dell'assistenza sanitaria ed, in particolare, di quella psichiatrica.

Difatti, la legge 180 del 1978 ha sancito un vero e proprio cambiamento paradigmatico in tema di salute mentale, poiché ha posto al centro del sistema il diritto del malato mentale alla salute e alla cura, e gli ha consegnato le prerogative proprie di un individuo pienamente titolare di dignità e diritti fondamentali. La riforma in questione ha rappresentato lo spartiacque nella cura del disagio mentale, dato che l'impianto normativo vigente fino a quel momento in ambito psichiatrico era stato connotato da una forte impronta custodialista, in base alla quale l'esigenza di cura della persona era sempre stata combinata con ingombranti esigenze di difesa sociale.

La riforma Basaglia è stata considerata come la premessa dalla quale partire per dimostrare che la contenzione è priva di qualsivoglia forma di legittimazione e non possa più essere giustificata quale strumento di garanzia dalla pericolosità del malato sia per la collettività che per lo stesso. Gli studi condotti a questo proposito, infatti, dimostrano l'assenza di elementi patognomonicamente di pericolosità e offrono solide basi per il concreto superamento della sua presunzione.

Nonostante il soggetto affetto da disturbo mentale non possa essere considerato, per ciò solo, pericoloso, può succedere che egli, talvolta anche a causa della propria patologia, manifesti dei comportamenti di agitazione che, se non gestiti nella maniera corretta, possono sfociare in gesti di auto od etero aggressività. Compito del personale sanitario è quello di riconoscere e gestire le fasi dell'*escalation* di aggressività ed evitare che essa raggiunga il culmine.

La letteratura scientifica internazionale si è occupata di tale fenomeno emotivo e ha individuato una serie di strumenti e tecniche che possono essere adoperate allo scopo di identificare i segnali di un imminente comportamento aggressivo e

di riportare il paziente alla sua *baseline* emotiva. La conoscenza e la competenza nell'applicazione di queste tecniche sono elementi fondamentali dell'assistenza e della cura che va riservata al malato e che non possono essere omesse nel rispetto del suo diritto alla salute.

La seconda premessa del ragionamento giuridico, che conduce alla negazione della liceità della contenzione, è la sottrazione di essa dal novero degli atti terapeutici e, più in generale, medici. Qualificata come atto non terapeutico, l'impiego della contenzione chiama in causa l'art. 13 della nostra Carta Costituzionale, il quale così recita: "La libertà personale è inviolabile. Non è ammessa forma alcuna di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dell'Autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge. In casi eccezionali di necessità ed urgenza, indicati tassativamente dalla legge, l'autorità di Pubblica sicurezza può adottare provvedimenti provvisori, che devono essere comunicati entro quarantotto ore all'Autorità giudiziaria e, se questa non li convalida nelle successive quarantotto ore, si intendono revocati e restano privi di ogni effetto. È punita ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizioni di libertà. La legge stabilisce i limiti massimi della carcerazione preventiva".

Contenere fisicamente o tramite l'impiego di ausili meccanici è una pratica ascrivibile alla privazione della libertà personale per la quale, come si legge nell'articolo 13, sono previste la riserva di legge assoluta e la riserva di giurisdizione. Questo significa che solo una fonte primaria, quindi una legge dello Stato, può regolare interamente la materia in questione e, in aggiunta, gli atti che implicano la restrizione della libertà devono essere motivati dall'autorità giudiziaria. Non è ammessa alcuna eccezione a questa regola, proprio perché si tratta di un diritto inviolabile, e nel nostro ordinamento non troviamo alcuna norma che disciplini l'atto di contenere una persona. All'articolo sulla libertà personale, inoltre, si deve aggiungere quello relativo alla libertà di scelta dell'individuo per quanto riguarda i trattamenti sanitari, i quali possono essere resi obbligatori solo per "disposizione di legge", che, come prescrive l'articolo 32 della Costituzione, " non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto

della persona umana”. La nostra Costituzione tutela quindi la dignità umana, la libertà di movimento, ma anche la libertà morale e di autodeterminazione del singolo.

Poiché la contenzione continua a essere una pratica invalsa nei reparti psichiatrici, si è reso opportuno comprendere se si possano configurare circostanze, condizioni e ragioni particolari tali da giustificare la limitazione dei principi Costituzionali, nei confronti di determinati soggetti, in momenti particolari.

Vi è una parte della dottrina che poggia l’argomento a sostegno della legittimità della contenzione sull’articolo 60 del regolamento del 1909, ritenuto ancora in vigore, in quanto non esplicitamente abrogato dalla legge 180/1978. Questa interpretazione non può essere, invece, sostenuta: partendo dall’assunto dell’avvenuta abolizione dei manicomi a opera della legge Basaglia, non è ragionevole ritenere che una legge precedente, svuotata di ogni significato per il venir meno dell’oggetto normato, possa continuare a produrre effetti relativi a una questione tanto incisiva della libertà personale, come la contenzione. La ratio sottesa alla legge 180/1978, infatti, è stata quella di restituire agli individui affetti da disturbi psichici la piena titolarità, sottratta loro per lungo tempo, dei diritti civili. Per questo motivo, il ricorso a mezzi di contenzione deve considerarsi illecito e, nello specifico, idoneo a configurare alcune gravi fattispecie di reato quali la violenza privata, i maltrattamenti e il sequestro di persona.

Una volta affermato che la contenzione è illecita, lo scopo dell’indagine è stato quello di comprendere se tale illiceità possa venire meno in ragione della configurazione delle cause di giustificazione previste dal nostro sistema penale. Una parte della dottrina, infatti, ritiene che la contenzione perda la sua connotazione illecita in presenza delle scriminanti disciplinate dal codice penale: il consenso dell’avente diritto, l’esercizio di un diritto o l’adempimento di un dovere, lo stato di necessità e la legittima difesa. Sebbene sul piano strettamente giuridico le condizioni in cui si ricorre alla contenzione sembrerebbero spesso configurare le suddette scriminanti, agli occhi di chi scrive, non appare sufficiente la semplice disamina degli aspetti strettamente giuridici. Invero, data la forte implicazione medico-scientifica, al ragionamento giuridico si richiedono premesse

fortemente radicate alle evidenze scientifiche e un ragionamento che si definisce “evidence-based”. Se si accetta questa impostazione, la risposta all’interrogativo sulla configurabilità delle cause di giustificazione si rivela senz’altro negativa. Invero, le evidenze scientifiche dimostrano che la contenzione non ha alcuna valenza di atto medico-terapeutico e che esistono numerosi strumenti, idonei a prevenire o contenere gli *eventuali* comportamenti violenti o clastici del paziente e, allo stesso tempo, in grado di preservare la sua integrità, dignità e di fortificarne l’alleanza terapeutica con il medico. Che la contenzione non può essere giustificata, lo dimostrano altresì i servizi *no-restraint* e *open door*. Numerosi studi, infatti, hanno rilevato che alla scelta di bandire la contenzione non è seguito un uso più massiccio di psicofarmaci. Altri studi hanno testimoniato come sia altresì possibile che un Servizio, che ha da sempre praticato la contenzione, possa aderire al gruppo di SPDC che la rifiutano per principio.

Tra coloro che, in giurisprudenza e dottrina, sostengono la configurabilità delle cause di giustificazione, non manca chi attribuisce allo psichiatra una posizione di garanzia e fa derivare l’obbligatorietà della contenzione dai doveri impeditivi su di lui gravanti. Anche tale impostazione non risulta accettabile, poiché la posizione di garanzia non è in alcun modo compatibile con l’insorgere di una causa di giustificazione. L’intervento di quest’ultima, infatti, rende lecito un atto che in sua assenza sarebbe considerato illecito, mentre, invece, l’obbligo di evitare l’evento di cui all’art. 40, comma 2, c.p. si muove sempre in un contesto di base lecito. L’unica posizione configurabile in capo al professionista sanitario è quella di protezione, in un’ottica di presa in carico e cura del soggetto, come è proprio delle attività terapeutiche. Il rischio connesso a una percezione, da parte del medico psichiatra, di essere investito di una eccessiva responsabilità può portare a un atteggiamento definito come “medicina difensiva”, nel senso che il professionista attua delle scelte che tendono a tutelare sé stesso dall’eventualità di incappare in un procedimento penale, piuttosto che il paziente sottoposto alle sue cure.

La produzione e la diffusione di raccomandazioni e linee guida che, in ambito psichiatrico, ammettono l’impiego della contenzione come *last resort* non bastano a confutare la tesi fin qui esposta. Infatti, la revisione Cochrane della letteratura in

materia di contenzione ha rivelato che non esiste alcuno studio controllato che valuti l'impiego della contenzione sui pazienti psichiatrici acuti e che, dunque, non essendo possibile fornire alcuna raccomandazione in merito all'efficacia, ai benefici e alla nocività della pratica in questione, è necessario sviluppare strategie alternative alla contenzione. Al riguardo, inoltre, è importante precisare che la fragilità intrinseca delle linee guida, prescindendo dall'istituzione dalla quale esse vengono prodotte, solleva la necessità, *de jure condendo*, di un intervento di codificazione della materia. Occorre che il legislatore intervenga a prevedere forme di regolamentazione della questione, che siano vincolanti ed omogenee su tutto il territorio nazionale. In particolare, occorre che il legislatore si pronunci in maniera definitiva sulla natura dell'intervento di contenzione, in modo tale che la contenzione non possa più essere oggetto di prescrizione medica.

Il parere del CNB, intervenuto quando il progetto di ricerca era stato avviato, con il documento "La contenzione: problemi bioetici" ha affermato la necessità di una forte attenzione da parte delle istituzioni politiche, strutture e operatori del mondo sanitario affinché si prendano tutte le iniziative e misure necessarie perché la contenzione meccanica venga al più presto abolita del tutto. Estremamente cogenti ai fini della ricerca sono altresì i due documenti coordinati contenuti nel XVI report del Comitato Europeo per la prevenzione della Tortura del 2006 e le linee guida e le successive raccomandazioni elaborate dalla Conferenza Stato Regioni del 29 luglio 2010. Quest'ultima, nel documento "Contenzioni in psichiatria: una strategia possibile per prevenire" del luglio 2010, ribadisce che è realistico porsi l'obiettivo di eliminare la contenzione fisica dalla pratica psichiatrica, se si riescono a prevenire o a risolvere rapidamente i comportamenti violenti dei pazienti, grazie al potenziamento delle buone pratiche sviluppate all'uopo dalla comunità scientifica.

Il principio di fondo enunciato in tutti i documenti e richiamato dal CNB, sulla base del quale la pratica della contenzione fisica deve essere abolita, è quello della dignità umana, che deve assurgere a parametro di valutazione delle pratiche mediche.

L'argomento su cui si fonda il parere del comitato è il medesimo adottato nella ricerca che ci si appresta a concludere: posto che una maggiore formazione,

organizzazione e sorveglianza sarebbero in grado di evitare la violenza superflua, praticata per “prevenire” o contenere una violenza attesa, la contenzione deve essere evitata in ogni situazione, attraverso l’impiego di strategie che prevengono i comportamenti violenti. In quest’ottica, il principio della dignità umana ben può essere inteso come limite, un valore che deve essere riconosciuto e garantito a tutti i soggetti, a prescindere dalla capacità individuale di realizzare tale garanzia.

I valori della persona, la sua dignità e libertà di movimento e autodeterminazione, devono essere sempre tenuti presente dal personale sanitario che opera con gli individui affetti da disturbo mentale ed è, pertanto, il primo garante di essi.

La ricerca empirica, volta ad indagare la percezione degli studenti dell’uso delle tecniche di contenimento, ha dimostrato che questi tengono in debita considerazione i suddetti valori, e per ciò approvano soltanto i due metodi di contenimento più rispettosi, l’osservazione costante e quella intermittente.

La legittimazione del diritto al sapere scientifico deve essere sostituita dalla legittimazione di quest’ultimo al diritto. Le evidenze scientifiche devono indicare al legislatore quali sono gli strumenti adatti ad affrontare e risolvere problemi di natura sanitaria.

Il rischio che il paziente psichiatrico compia atti lesivi dell’integrità propria o altrui è il prezzo che la società deve accettare di pagare a fronte del riconoscimento della dignità e della libertà del malato, allo scopo di evitare di comprimere i valori della persona, ritenuti preminenti.

Appendice 1

Attitudes to Containment Methods Questionnaire

Gentile studente,

siamo interessati a conoscere le sue opinioni e valutazioni in merito a diversi metodi di contenimento di pazienti adulti e di minori adolescenti con disturbi psichiatrici. Il contenimento è definibile come un atto posto in essere in ambito sanitario-assistenziale che, tramite l'impiego, diretto all'individuo o al suo spazio circostante, di mezzi fisici, chimici o ambientali, limita in qualche modo la sua capacità di movimenti volontari.

Poiché attualmente esistono poche evidenze in grado di orientare la pratica, c'è la reale necessità di conoscere le sue impressioni di futuro... (*diverso a seconda del Corso di Laurea*). Ci auguriamo che sarà disponibile ad aiutarci per questa ricerca compilando questo questionario, che è stato già utilizzato per analoghe ricerche in altri Paesi europei. La compilazione impegnerà circa 20 minuti del suo tempo.

Non tutti i metodi di contenimento mostrati nel questionario sono usati in Italia, ma ciascuno di essi è utilizzato in almeno uno dei Paesi europei. Nel questionario viene descritto ciascun metodo, presentando delle fotografie degli strumenti che vengono impiegati e del loro utilizzo pratico. In seguito, le chiederemo di attribuire un punteggio ai vari aspetti considerati, ad esempio se sente che il metodo è sicuro, o accettabile.

Il questionario deve essere compilato in autonomia e le chiediamo di rispondere a tutte le domande.

La partecipazione a questa ricerca è volontaria e i dati sono raccolti in forma anonima.

Ha la piena libertà di concedere o di rifiutare il consenso alla partecipazione. Se deciderà di non partecipare, la sua scelta NON avrà alcuna conseguenza negativa.

Per favore, non voltare pagina o rispondere ad alcuna domanda prima che ne venga data istruzione dal ricercatore

Attitudes to Containment Methods Questionnaire

In primo luogo, alcune domande basilari (non è necessario conoscere il suo nome)

1. La sua età in anni? (Spuntare la casella corrispondente)

Inferiore a 20 anni

20 – 29 anni

30 – 39 anni

Superiore a 40

anni

2. Il suo genere? (Spuntare la casella corrispondente)

Uomo

Donna

3. Quando ha iniziato questo Corso di laurea? (MM/AA) |_|_| |_|_|

4. Conosce qualcuno che è stato ricoverato in un reparto di psichiatria?

SI

NO

5. Hai mai avuto occasione di visitare un reparto di psichiatria?

SI

NO

Si prega di non voltare pagina prima di aver ricevuto istruzioni.

Attitudes to Containment Methods Questionnaire

PAZIENTI ADOLESCENTI CON DISTURBI PSICHIATRICI

Di seguito troverà descritti diversi metodi di contenimento.

Le chiediamo di attribuire un punteggio ai vari aspetti considerati con riferimento alla loro applicazione verso pazienti adolescenti con disturbi psichiatrici.

Farmaci “extra”

Farmaci, somministrati attraverso qualsiasi modalità, in aggiunta alle dosi regolari
e
accettati spontaneamente dal paziente.



Per favore, cerchi il numero che corrisponde, secondo la sua opinione, alle seguenti affermazioni a proposito dei Farmaci extra:

		Molto d'accordo	D'accordo	Incerto	In disaccordo	Molto in disaccordo
1	Questo metodo di contenimento è efficace	1	2	3	4	5
2	Questo metodo di contenimento è accettabile	1	2	3	4	5
3	Questo metodo di contenimento rispetta la dignità del paziente	1	2	3	4	5
4	Questo metodo di contenimento è sicuro per lo staff che lo usa	1	2	3	4	5
5	Questo metodo di contenimento è sicuro per il paziente che vi è sottoposto	1	2	3	4	5
6	Sarei preparato a usare questo metodo di contenimento	1	2	3	4	5

Contenzione fisica

Trattenere fisicamente il paziente, prevenendone il movimento.



Per favore, cerchi il numero che corrisponde, secondo la sua opinione, alle seguenti affermazioni a proposito della Contenzione fisica:

		Molto d'accordo	D'accordo	Incerto	In disaccordo	Molto in disaccordo
1	Questo metodo di contenimento è efficace	1	2	3	4	5
2	Questo metodo di contenimento è accettabile	1	2	3	4	5
3	Questo metodo di contenimento rispetta la dignità del paziente	1	2	3	4	5
4	Questo metodo di contenimento è sicuro per lo staff che lo usa	1	2	3	4	5
5	Questo metodo di contenimento è sicuro per il paziente che vi è sottoposto	1	2	3	4	5
6	Sarei preparato a usare questo metodo di contenimento	1	2	3	4	5

Osservazione intermittente

Un livello di osservazione di maggiore intensità rispetto a quello che ogni paziente di solito riceve, unito all'attribuzione della responsabilità del paziente a un'unica infermiere o a un'altro operatore. Controlli periodici a intervalli prestabiliti.

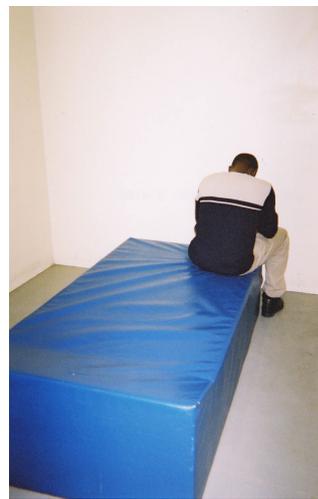


Per favore, cerchi il numero che corrisponde, secondo la sua opinione, alle seguenti affermazioni a proposito dell'Osservazione intermittente:

		Molto d'accordo	D'accordo	Incerto	In disaccordo	Molto in disaccordo
1	Questo metodo di contenimento è efficace	1	2	3	4	5
2	Questo metodo di contenimento è accettabile	1	2	3	4	5
3	Questo metodo di contenimento rispetta la dignità del paziente	1	2	3	4	5
4	Questo metodo di contenimento è sicuro per lo staff che lo usa	1	2	3	4	5
5	Questo metodo di contenimento è sicuro per il paziente che vi è sottoposto	1	2	3	4	5
6	Sarei preparato a usare questo metodo di contenimento	1	2	3	4	5

Isolamento

Isolamento in una stanza chiusa a chiave.



Per favore, cerchi il numero che corrisponde, secondo la sua opinione, alle seguenti affermazioni a proposito dell'Isolamento:

		Molto d'accordo	D'accordo	Incerto	In disaccordo	Molto in disaccordo
1	Questo metodo di contenimento è efficace	1	2	3	4	5
2	Questo metodo di contenimento è accettabile	1	2	3	4	5
3	Questo metodo di contenimento rispetta la dignità del paziente	1	2	3	4	5
4	Questo metodo di contenimento è sicuro per lo staff che lo usa	1	2	3	4	5
5	Questo metodo di contenimento è sicuro per il paziente che vi è sottoposto	1	2	3	4	5
6	Sarei preparato a usare questo metodo di contenimento	1	2	3	4	5

Pausa

Si chiede al paziente di stare in una stanza o in un'area per un periodo di tempo, senza che la porta venga chiusa a chiave.



Per favore, cerchi il numero che corrisponde, secondo la sua opinione, alle seguenti affermazioni a proposito della Pausa:

		Molto d'accordo	D'accordo	Incerto	In disaccordo	Molto in disaccordo
1	Questo metodo di contenimento è efficace	1	2	3	4	5
2	Questo metodo di contenimento è accettabile	1	2	3	4	5
3	Questo metodo di contenimento rispetta la dignità del paziente	1	2	3	4	5
4	Questo metodo di contenimento è sicuro per lo staff che lo usa	1	2	3	4	5
5	Questo metodo di contenimento è sicuro per il paziente che vi è sottoposto	1	2	3	4	5
6	Sarei preparato a usare questo metodo di contenimento	1	2	3	4	5

Sedazione intramuscolare obbligatoria

Iniezione intramuscolare di farmaci sedativi fatta senza il consenso del paziente.



Per favore, cerchi il numero che corrisponde, secondo la sua opinione, alle seguenti affermazioni a proposito della Sedazione intramuscolare obbligatoria:

		Molto d'accordo	D'accordo	Incerto	In disaccordo	Molto in disaccordo
1	Questo metodo di contenimento è efficace	1	2	3	4	5
2	Questo metodo di contenimento è accettabile	1	2	3	4	5
3	Questo metodo di contenimento rispetta la dignità del paziente	1	2	3	4	5
4	Questo metodo di contenimento è sicuro per lo staff che lo usa	1	2	3	4	5
5	Questo metodo di contenimento è sicuro per il paziente che vi è sottoposto	1	2	3	4	5
6	Sarei preparato a usare questo metodo di contenimento	1	2	3	4	5

Cure psichiatriche intensive

Trasferimento in un reparto specializzato per pazienti psichiatrici chiuso a chiave.



Per favore, cerchi il numero che corrisponde, secondo la sua opinione, alle seguenti affermazioni a proposito delle Cure psichiatriche intensive:

		Molto d'accordo	D'accordo	Incerto	In disaccordo	Molto in disaccordo
1	Questo metodo di contenimento è efficace	1	2	3	4	5
2	Questo metodo di contenimento è accettabile	1	2	3	4	5
3	Questo metodo di contenimento rispetta la dignità del paziente	1	2	3	4	5
4	Questo metodo di contenimento è sicuro per lo staff che lo usa	1	2	3	4	5
5	Questo metodo di contenimento è sicuro per il paziente che vi è sottoposto	1	2	3	4	5
6	Sarei preparato a usare questo metodo di contenimento	1	2	3	4	5

Contenzione meccanica

L'uso di cinghie contenitive, cinture o altri mezzi per limitare il movimento.



Per favore, cerchi il numero che corrisponde, secondo la sua opinione, alle seguenti affermazioni a proposito della Contenzione meccanica:

		Molto d'accordo	D'accordo	Incerto	In disaccordo	Molto in disaccordo
1	Questo metodo di contenimento è efficace	1	2	3	4	5
2	Questo metodo di contenimento è accettabile	1	2	3	4	5
3	Questo metodo di contenimento rispetta la dignità del paziente	1	2	3	4	5
4	Questo metodo di contenimento è sicuro per lo staff che lo usa	1	2	3	4	5
5	Questo metodo di contenimento è sicuro per il paziente che vi è sottoposto	1	2	3	4	5
6	Sarei preparato a usare questo metodo di contenimento	1	2	3	4	5

Osservazione costante

Un aumentato livello di osservazione, di maggiore intensità rispetto a quello che ogni paziente di solito riceve, unito all'attribuzione della responsabilità del paziente a un unico infermiere o a un altro operatore. Costante: sotto il controllo dello sguardo e a portata dell'osservatore per tutto il tempo.



Per favore, cerchi il numero che corrisponde, secondo la sua opinione, alle seguenti affermazioni a proposito della Osservazione costante:

		Molto d'accordo	D'accordo	Incerto	In disaccordo	Molto in disaccordo
1	Questo metodo di contenimento è efficace	1	2	3	4	5
2	Questo metodo di contenimento è accettabile	1	2	3	4	5
3	Questo metodo di contenimento rispetta la dignità del paziente	1	2	3	4	5
4	Questo metodo di contenimento è sicuro per lo staff che lo usa	1	2	3	4	5
5	Questo metodo di contenimento è sicuro per il paziente che vi è sottoposto	1	2	3	4	5
6	Sarei preparato a usare questo metodo di contenimento	1	2	3	4	5

Letto racchiuso da reti chiuse a chiave

Il paziente viene posizionato in un letto racchiuso da delle reti chiuse a chiave dal quale il paziente non è in grado di uscire.



Per favore, cerchi il numero che corrisponde, secondo la sua opinione, alle seguenti affermazioni a proposito del Letto racchiuso da reti chiuse a chiave:

		Molto d'accordo	D'accordo	Incerto	In disaccordo	Molto in disaccordo
1	Questo metodo di contenimento è efficace	1	2	3	4	5
2	Questo metodo di contenimento è accettabile	1	2	3	4	5
3	Questo metodo di contenimento rispetta la dignità del paziente	1	2	3	4	5
4	Questo metodo di contenimento è sicuro per lo staff che lo usa	1	2	3	4	5
5	Questo metodo di contenimento è sicuro per il paziente che vi è sottoposto	1	2	3	4	5
6	Sarei preparato a usare questo metodo di contenimento	1	2	3	4	5

Isolamento in un'area "aperta"

Isolamento in un'area chiusa a chiave, in compagnia di infermieri.



Per favore, cerchi il numero che corrisponde, secondo la sua opinione, alle seguenti affermazioni a proposito dell'Isolamento in un'area "aperta":

		Molto d'accordo	D'accordo	Incerto	In disaccordo	Molto in disaccordo
1	Questo metodo di contenimento è efficace	1	2	3	4	5
2	Questo metodo di contenimento è accettabile	1	2	3	4	5
3	Questo metodo di contenimento rispetta la dignità del paziente	1	2	3	4	5
4	Questo metodo di contenimento è sicuro per lo staff che lo usa	1	2	3	4	5
5	Questo metodo di contenimento è sicuro per il paziente che vi è sottoposto	1	2	3	4	5
6	Sarei preparato a usare questo metodo di contenimento	1	2	3	4	5

Attitudes to Containment Methods Questionnaire

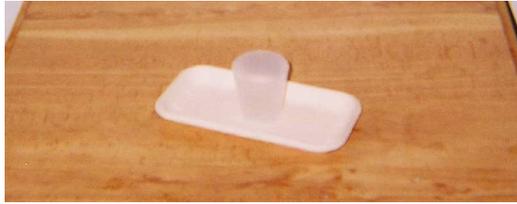
PAZIENTI ADULTI CON DISTURBI PSICHIATRICI

Di seguito troverà descritti diversi metodi di contenimento.

Le chiediamo di attribuire un punteggio ai vari aspetti considerati con riferimento
alla loro applicazione verso pazienti adulti con disturbi psichiatrici.

Farmaci “extra”

Farmaci, somministrati attraverso qualsiasi modalità, in aggiunta alle dosi regolari
e
accettati spontaneamente dal paziente.



Per favore, cerchi il numero che corrisponde, secondo la sua opinione, alle
seguenti affermazioni a proposito dei Farmaci extra:

		Molto d'accordo	D'accordo	Incerto	In disaccordo	Molto in disaccordo
1	Questo metodo di contenimento è efficace	1	2	3	4	5
2	Questo metodo di contenimento è accettabile	1	2	3	4	5
3	Questo metodo di contenimento rispetta la dignità del paziente	1	2	3	4	5
4	Questo metodo di contenimento è sicuro per lo staff che lo usa	1	2	3	4	5
5	Questo metodo di contenimento è sicuro per il paziente che vi è sottoposto	1	2	3	4	5
6	Sarei preparato a usare questo metodo di contenimento	1	2	3	4	5

Contenzione fisica

Trattenere fisicamente il paziente, prevenendone il movimento.



Per favore, cerchi il numero che corrisponde, secondo la sua opinione, alle seguenti affermazioni a proposito della Contenzione fisica:

		Molto d'accordo	D'accordo	Incerto	In disaccordo	Molto in disaccordo
1	Questo metodo di contenimento è efficace	1	2	3	4	5
2	Questo metodo di contenimento è accettabile	1	2	3	4	5
3	Questo metodo di contenimento rispetta la dignità del paziente	1	2	3	4	5
4	Questo metodo di contenimento è sicuro per lo staff che lo usa	1	2	3	4	5
5	Questo metodo di contenimento è sicuro per il paziente che vi è sottoposto	1	2	3	4	5
6	Sarei preparato a usare questo metodo di contenimento	1	2	3	4	5

Osservazione intermittente

Un livello di osservazione di maggiore intensità rispetto a quello che ogni paziente di solito riceve, unito all'attribuzione della responsabilità del paziente a un'unica infermiere o a un'altro operatore. Controlli periodici a intervalli prestabiliti.



Per favore, cerchi il numero che corrisponde, secondo la sua opinione, alle seguenti affermazioni a proposito dell'Osservazione intermittente:

		Molto d'accordo	D'accordo	Incerto	In disaccordo	Molto in disaccordo
1	Questo metodo di contenimento è efficace	1	2	3	4	5
2	Questo metodo di contenimento è accettabile	1	2	3	4	5
3	Questo metodo di contenimento rispetta la dignità del paziente	1	2	3	4	5
4	Questo metodo di contenimento è sicuro per lo staff che lo usa	1	2	3	4	5
5	Questo metodo di contenimento è sicuro per il paziente che vi è sottoposto	1	2	3	4	5
6	Sarei preparato a usare questo metodo di contenimento	1	2	3	4	5

Isolamento

Isolamento in una stanza chiusa a chiave.



Per favore, cerchi il numero che corrisponde, secondo la sua opinione, alle seguenti affermazioni a proposito dell'Isolamento:

		Molto d'accordo	D'accordo	Incerto	In disaccordo	Molto in disaccordo
1	Questo metodo di contenimento è efficace	1	2	3	4	5
2	Questo metodo di contenimento è accettabile	1	2	3	4	5
3	Questo metodo di contenimento rispetta la dignità del paziente	1	2	3	4	5
4	Questo metodo di contenimento è sicuro per lo staff che lo usa	1	2	3	4	5
5	Questo metodo di contenimento è sicuro per il paziente che vi è sottoposto	1	2	3	4	5
6	Sarei preparato a usare questo metodo di contenimento	1	2	3	4	5

Pausa

Si chiede al paziente di stare in una stanza o in un'area per un periodo di tempo, senza che la porta venga chiusa a chiave.



Per favore, cerchi il numero che corrisponde, secondo la sua opinione, alle seguenti affermazioni a proposito della Pausa:

		Molto d'accordo	D'accordo	Incerto	In disaccordo	Molto in disaccordo
1	Questo metodo di contenimento è efficace	1	2	3	4	5
2	Questo metodo di contenimento è accettabile	1	2	3	4	5
3	Questo metodo di contenimento rispetta la dignità del paziente	1	2	3	4	5
4	Questo metodo di contenimento è sicuro per lo staff che lo usa	1	2	3	4	5
5	Questo metodo di contenimento è sicuro per il paziente che vi è sottoposto	1	2	3	4	5
6	Sarei preparato a usare questo metodo di contenimento	1	2	3	4	5

Sedazione intramuscolare obbligatoria

Iniezione intramuscolare di farmaci sedativi fatta senza il consenso del paziente.



Per favore, cerchi il numero che corrisponde, secondo la sua opinione, alle seguenti affermazioni a proposito della Sedazione intramuscolare obbligatoria:

		Molto d'accordo	D'accordo	Incerto	In disaccordo	Molto in disaccordo
1	Questo metodo di contenimento è efficace	1	2	3	4	5
2	Questo metodo di contenimento è accettabile	1	2	3	4	5
3	Questo metodo di contenimento rispetta la dignità del paziente	1	2	3	4	5
4	Questo metodo di contenimento è sicuro per lo staff che lo usa	1	2	3	4	5
5	Questo metodo di contenimento è sicuro per il paziente che vi è sottoposto	1	2	3	4	5
6	Sarei preparato a usare questo metodo di contenimento	1	2	3	4	5

Cure psichiatriche intensive

Trasferimento in un reparto specializzato per pazienti psichiatrici chiuso a chiave.



Per favore, cerchi il numero che corrisponde, secondo la sua opinione, alle seguenti affermazioni a proposito delle Cure psichiatriche intensive:

		Molto d'accordo	D'accordo	Incerto	In disaccordo	Molto in disaccordo
1	Questo metodo di contenimento è efficace	1	2	3	4	5
2	Questo metodo di contenimento è accettabile	1	2	3	4	5
3	Questo metodo di contenimento rispetta la dignità del paziente	1	2	3	4	5
4	Questo metodo di contenimento è sicuro per lo staff che lo usa	1	2	3	4	5
5	Questo metodo di contenimento è sicuro per il paziente che vi è sottoposto	1	2	3	4	5
6	Sarei preparato a usare questo metodo di contenimento	1	2	3	4	5

Contenzione meccanica

L'uso di cinghie contenitive, cinture o altri mezzi per limitare il movimento.



Per favore, cerchi il numero che corrisponde, secondo la sua opinione, alle seguenti affermazioni a proposito della Contenzione meccanica:

		Molto d'accordo	D'accordo	Incerto	In disaccordo	Molto in disaccordo
1	Questo metodo di contenimento è efficace	1	2	3	4	5
2	Questo metodo di contenimento è accettabile	1	2	3	4	5
3	Questo metodo di contenimento rispetta la dignità del paziente	1	2	3	4	5
4	Questo metodo di contenimento è sicuro per lo staff che lo usa	1	2	3	4	5
5	Questo metodo di contenimento è sicuro per il paziente che vi è sottoposto	1	2	3	4	5
6	Sarei preparato a usare questo metodo di contenimento	1	2	3	4	5

Osservazione costante

Un aumentato livello di osservazione, di maggiore intensità rispetto a quello che ogni paziente di solito riceve, unito all'attribuzione della responsabilità del paziente a un unico infermiere o a un altro operatore. Costante: sotto il controllo dello sguardo e a portata dell'osservatore per tutto il tempo.



Per favore, cerchi il numero che corrisponde, secondo la sua opinione, alle seguenti affermazioni a proposito della Osservazione costante:

		Molto d'accordo	D'accordo	Incerto	In disaccordo	Molto in disaccordo
1	Questo metodo di contenimento è efficace	1	2	3	4	5
2	Questo metodo di contenimento è accettabile	1	2	3	4	5
3	Questo metodo di contenimento rispetta la dignità del paziente	1	2	3	4	5
4	Questo metodo di contenimento è sicuro per lo staff che lo usa	1	2	3	4	5
5	Questo metodo di contenimento è sicuro per il paziente che vi è sottoposto	1	2	3	4	5
6	Sarei preparato a usare questo metodo di contenimento	1	2	3	4	5

Letto racchiuso da reti chiuse a chiave

Il paziente viene posizionato in un letto racchiuso da delle reti chiuse a chiave dal quale il paziente non è in grado di uscire.



Per favore, cerchi il numero che corrisponde, secondo la sua opinione, alle seguenti affermazioni a proposito del Letto racchiuso da reti chiuse a chiave:

		Molto d'accordo	D'accordo	Incerto	In disaccordo	Molto in disaccordo
1	Questo metodo di contenimento è efficace	1	2	3	4	5
2	Questo metodo di contenimento è accettabile	1	2	3	4	5
3	Questo metodo di contenimento rispetta la dignità del paziente	1	2	3	4	5
4	Questo metodo di contenimento è sicuro per lo staff che lo usa	1	2	3	4	5
5	Questo metodo di contenimento è sicuro per il paziente che vi è sottoposto	1	2	3	4	5
6	Sarei preparato a usare questo metodo di contenimento	1	2	3	4	5

Isolamento in un'area "aperta"

Isolamento in un'area chiusa a chiave, in compagnia di infermieri.



Per favore, cerchi il numero che corrisponde, secondo la sua opinione, alle seguenti affermazioni a proposito dell'Isolamento in un'area "aperta":

		Molto d'accordo	D'accordo	Incerto	In disaccordo	Molto in disaccordo
1	Questo metodo di contenimento è efficace	1	2	3	4	5
2	Questo metodo di contenimento è accettabile	1	2	3	4	5
3	Questo metodo di contenimento rispetta la dignità del paziente	1	2	3	4	5
4	Questo metodo di contenimento è sicuro per lo staff che lo usa	1	2	3	4	5
5	Questo metodo di contenimento è sicuro per il paziente che vi è sottoposto	1	2	3	4	5
6	Sarei preparato a usare questo metodo di contenimento	1	2	3	4	5

Abbreviazioni principali

<i>Acta Psychiatr. Scand.</i>	Acta Psychiatrica Scandinava
<i>Adm. Policy Ment. Health</i>	Administration and Policy in Mental Health
<i>Am. J. Psychiatry</i>	American Journal of Psychiatry
<i>Boll. soc. it. med. int.</i>	Bollettino società italiana di medicina interna
<i>BMC Health Serv. Res.</i>	BMC Health Services Research
<i>Br. J. Psychiatry</i>	British Journal of Psychiatry
<i>Can. J. Psychiatry</i>	Canadian Journal of Psychiatry
<i>Cass. pen.</i>	Cassazione penale
<i>Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health</i>	Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health
<i>Crim. Behav. Ment. Health</i>	Criminal Behaviour and Mental Health
<i>Crit. pen.</i>	Critica penale
<i>Dir. giust.</i>	Diritto e giustizia
<i>Dir. Pen. Cont.</i>	Diritto Penale Contemporaneo
<i>Dir. pen. proc.</i>	Diritto penale e processo
<i>Foro. it.</i>	Foro italiano
<i>Enc. dir.</i>	Enciclopedia del diritto
<i>Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.</i>	European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience
<i>Giur. Cost.</i>	Giurisprudenza Costituzionale
<i>Giust. pen.</i>	Giustizia penale
<i>Guid. dir.</i>	Guida al diritto
<i>Ind. pen.</i>	Indice penale
<i>Int. J. Ment. Health Nurs.</i>	International Journal of Mental Health Nurs
<i>Int. J. Geriatr. Psychiatry</i>	International Journal of Geriatry and Psychiatry
<i>Int. J. Soc. Psychiatry</i>	International Journal of Social Psychiatry
<i>Int. J. Nurs. Stud.</i>	International Journal of Nursing Studies
<i>Int. J. Psychoanal.</i>	International Journal of Psychoanalysis
<i>Issues Ment. Health Nurs.</i>	Issues in Mental Health Nursing

<i>J. Forensic Leg. Med.</i>	Journal Forensic Legal Medicine
<i>J. Cli. Nurs.</i>	Journal of clinical nursing
<i>JAMA</i>	Journal of the American Medical Association
<i>J. Adv. Nurs.</i>	Journal of Advanced Nursing
<i>J. Psychiatr. Pract.</i>	Journal of Psychiatric Practice
<i>J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.</i>	Journal of Psychiatry and Mental Health
Nursing	
<i>J. Nerv. Ment. Dis.</i>	Journal of Nervous and Mental Diseases
<i>Med. mor.</i>	Medicina e morale
<i>Min. med. leg.</i>	Minerva medicina legale
<i>Nuova giur. civ. comm.</i>	Nuova giurisprudenza civile commentata
<i>Nurs. Inq.</i>	Nursing Inquiry
<i>Psyc. Serv.</i>	Psychiatric Services
<i>Psych. Res.</i>	Psychiatry research
<i>Psychiatry Clin Neurosci.</i>	Psychiatry Clinical Neuroscience
<i>Quad. It. Psic.</i>	Quaderni Italiani di Psichiatria
<i>Quad. Cost.</i>	Quaderni Costituzionali
<i>Rass. Penit. Crimin.</i>	Rassegna Penitenziaria e Criminologica
<i>Ras. it. crim.</i>	Rassegna italiana di criminologia
<i>Resp. civ. prev.</i>	Responsabilità civile e previdenza
<i>Ric. san.</i>	Ricerca e sanità
<i>Riv. it. dir. proc. pen.</i>	Rivista italiana di diritto e procedura penale
<i>Riv. it. med. leg.</i>	Rivista italiana di medicina legale
<i>Riv. Pen.</i>	Rivista Penale
<i>Riv. psych.</i>	Rivista di psichiatria
<i>Riv. sper. fen.</i>	Rivista sperimentale di freniatria
<i>Sal. ter.</i>	Salute e territorio
<i>San. pubbl. priv.</i>	Sanità pubblica e privata
<i>Schiz. Bulletin</i>	Schizophrenia Bulletin

Bibliografia

AGICH G. J., *Reflections on the function of dignity in the context of caring for old people*, Journal of Medicine and Philosophy, 2007, 32 (5), 483-494.

ALIVERTI A., *Storia della contenzione meccanica nella pratica psichiatrica*, in CORNAGGIA C. M., MASCARINI A., ZAPPA L. E., *Etica della contenzione – Criticità della cura*, Roma, Edizioni Internazionali, 2008.

ALLEN M. H., CURRIER G., CARPENTER D., ROSS R. W., DOCHERTY J. P., *Expert Consensus Panel for Behavioral Emergencies. The expert consensus guidelines series. Treatment of behavioural emergencies*, Journal of psychiatric Practice, 2005, 11(1), 5-180.

AMATULLI A., BORGHETTI S., *La contenzione in psichiatria tra etica e pratica: solo tesi o antitesi?*, in ROSSI S. (a cura di), *Il nodo della contenzione. Diritto, psichiatria e dignità della persona*, Alfabeta Verlag, 2015.

AMORE M., MENCHETTI M., TONTI C., SCARLATTI F., LUNDGREN E., ESPOSITO W., BERARDI D., *Predictors of violent behavior among acute psychiatric patients: clinical study*, Psychiatry Clinical Neuroscience, 2008, 62(3), 247-55.

ANDORNO R., *Four paradoxes of human dignity*. in JOERDEN J., HILGENDORF E., PETRILLO N., THIELE F., (eds.), *Menschenwurde und moderne Medizintechnik, Series: Interdisziplinare Studien zu Recht un Staat*, n. 50, Baden-Baden, Nomos Verlag, 2011, 131-140.

ANDORNO R., *Is vulnerability the foundation of human rights?*, in MASFERRER A., SANCHEZ G., *Human Dignity of the Vulnerable in the Age of Rights*, Ius Gentium Series, Vol. 55, Dordrecht, Springer, 2016, 257-272.

ANDORNO R., *The dual role of human dignity in bioethics*, *Medicine, Health Care & Philosophy*, 2013, 16 (4), 967-73. DOI: 10.1007/s11019-011-9373-5.

ANDORNO R., *La notion de dignité humaine est-elle superflue en bioéthique?*, *Revue Générale de Droit Médical*, 2005, 16, 95-102.

ANDORNO R., *Biomedicine and international human rights law: in search of global consensus*, *Bulletin of the World Health Organization (WHO)*, 2002, 80 (12), 2002, 959-963.

ANDORNO R., *La tutela della dignità umana: fondamento e scopo della Convenzione di Oviedo*, in FURLAN E. (a cura di), *Bioetica e dignità umana. Interpretazioni a confronto a partire dalla Convenzione di Oviedo*, Franco Angeli, 2009.

ANNAS G. J., *American Bioethics: Crossing Human Rights and Health Law Boundaries*, Oxford University Press, 2009.

ANTOLISEI F., *Manuale di diritto penale, Parte speciale, I*, Milano, 2002.

ANTOLISEI F., *L'obbligo di impedire l'evento*, in *Rivista Italiana di Diritto Penale*, 1936, 121-134.

ANZILLOTTI S., *La posizione di garanzia del medico. Uno studio giuridico, bioetico e deontologico*, Giuffrè editore, 2013.

ARDITA M. G., voce "Dignità dell'uomo", in S. Leone, S. Privitera (a cura di), *Dizionario di Bioetica*, Edizioni ISB, Arcireale, 1994, 248-251.

ARIATTI P., M. VERSARI, V. VOLTERRA, *Responsabilità penale dello psichiatra operante nel servizio sanitario nazionale*, in VOLTERRA V. (a cura

di), *Psichiatria forense, criminologie ed etica psichiatrica*, Elsevier Masson, Milano, 2010.

ARNASON S., *Assuring dignity in means-tested entitlements programs: An elusive goal?*, *Journal of Gerontological Social Work*, 1998, 29 (2–3), 129–146.

ARTAUD A., *Elettroshock. La storia delle terapie elettroconvulsive e i racconti di chi le ha vissute*, Roma, Edizioni Sensibili alle foglie, 2014.

ATTENASIO J., GABRIELE G., *Il valore etico del cambiamento e l'abolizione della contenzione*, in TORRESINI L., *SPDC aperti e senza contenzioni*, Centro di Documentazione di Pistoia Editrice, Pistoia, 2005.

Audizione presso la Commissione dei Diritti Umani del Senato della presidente Federazione Nazionale IPASVI Barbara Mangiacavalli in materia di contenzione meccanica, Roma, 12 luglio.

AZZONI G., *Dignità umana e diritto privato*, *Ragion pratica*, 38, 2012, 75-97.

BABINI V., *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, Il Mulino, 2010.

BACK J., BRANDT-CHRISTENSEN M., SESTOFT D. M., ZOFFMAN V., *Mechanical restraint-Which interventions prevent episodes of mechanical restraint? A systematic review*, in *Perspectives in psychiatric care*, 2012, 48 (2), 83-94.

BACK J., JAEGER S., PFIFFNER C., WEISER P., LÄNGLE G., CROISSANT D., SCHEPP W., KILIAN R., BECKER T., ESCHWEILER G., STEINERT T., *Long-term effects of involuntary hospitalization on medication adherence, treatment engagement and perception of coercion*, *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 48 (11), 1787-1796.

BAKER H. C., *The image of man. A study of the idea of human dignity in Classical Antiquity, the Middle Ages, and the Renaissance*, Harper Torchbooks, 1961.

BANDINI T., *Introduzione*, in CATANESI R., FERRANNINI L., PELOSO P. F., (a cura di), *La contenzione fisica in psichiatria*, Giuffrè Editore, Milano, 2006.

BANFI A., *Tanto scappo lo stesso. Romanzo di una matta*, Viterbo, Stampa Alternativa, 2008.

BARALDO M., *Gli obblighi dello psichiatra, una disputa attuale: tra cura del malato e difesa sociale*, in Cass. Pen. 2008, 12, 4638.

BARBATO A., *Violenza e disturbi mentali: cosa dicono i dati?*, in DODARO G. *La posizione di garanzia degli operatori psichiatrici*, Franco Angeli Editore, Milano, 2011, 177-188.

BARBIERI C., BARBERO L., PALIERO V., *La cosiddetta autopsia psicologica*, in Rivista Italiana di Medicina Legale, 2013, 2, 598-612.

BARTON G., REY J.M., SIMPSON P., DENSHIRE E., *Patterns of critical incidents and their effect on outcome in an adolescent inpatient service*, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 2001, 35, 155–159.

BASAGLIA F., *Crisi istituzionale o crisi psichiatrica? L'utopia della realtà*, Piccola Biblioteca Einaudi Ns, 2005.

BASAGLIA F., *La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione. Mortificazione e libertà dello "spazio chiuso". Considerazioni sul sistema "open door"*, in Scritti, I, 1953-1968, Torino, Einaudi, 1981.

BASAGLIA F., (a cura di), *Che cos'è la psichiatria?*, Baldini&Castoldi, 2014.

BATTISTACCI G., Introduzione ai lavori, in F. BRICOLA, A. MANACORDA, N. MAZZACUVA, M. PORTIGLIATTI BARBOS, G. B. TRAVERSO, *Tutela della salute mentale e responsabilità penale degli operatori*, Centro Studi Giuridici e Politici della Regione Umbria, Perugia, 1989.

BECCHI P., *Da Pufendorf a Hegel. Introduzione alla storia moderna della filosofia del diritto*, Roma, Aracne, 2007.

BECCHI P., *Il dibattito sulla dignità umana: tra etica e diritto*, in FURLAN E. (a cura di), *Bioetica e dignità umana. Interpretazioni a confronto a partire dalla Convenzione di Oviedo*, Milano, FrancoAngeli, 2009.

BECCHI P., *La dignità umana nella società post-secolare*, in *Rivista Internazionale di Filosofia del Diritto*, 2010, 87 (4), 506-518.

BECCHI P., CUNICO G., MEO O. (a cura di), *Kant e l'idea di Europa*, Melandolo, Genova, 2005.

BECCHI P., *Il doppio volto della dignità*, in *Rivista Internazionale di Filosofia del Diritto*, 2012, 588.

BECCHI P., *Il dibattito sulla dignità umana: tra etica e diritto*, in FURLAN E. (a cura di), *Bioetica e dignità umana. Interpretazioni a confronto a partire dalla Convenzione di Oviedo*, Milano, 2009.

BEGHI M., PERONI F., GABOLA P., ROSSETTI A., CORNAGGIA C. M., *Prevalence and risk factors for the use of restraint in psychiatry: a systematic review*, in *Rivista di Psichiatria*, 2013, 48 (1), 10-22.

BENCI L., *Aspetti giuridici della professione infermieristica*, McGraw-Hill Education, 2011.

BELMONDO E., *Problemi urgenti di tecnica manicomiale (restraint-isolamento-osservazione)*, VI seduta, quinto tema generale, 20 ottobre pom., Atti del XII Congresso della Società Freniatria Italiana, Genova, 18-22 ottobre 1904, *Rivista Sperimentale di Freniatria e Medicina Legale delle alienazioni mentali*, 31, 1905, 254-285.

BENEVELLI L., *La pratica delle contenzioni e dell'isolamento negli ospedali psichiatrici e nei servizi di salute mentale: aspetti deontologici, questioni di bioetica e una proposta di ricerca*, *Il reo e il folle – Obiettivo della psicopatologia penitenziaria e trasgressiva*, 14, 2000, 155-180.

BENEVELLI L., *L'SPDC di Mantova. Qualità e accreditamento*, in *Fogli in informazione*, 2005, 203, 35-38.

BERGK J., EINSIEDLER B., FLAMMER E., STEINERT T., *A Randomized Controlled Comparison of Seclusion and Mechanical Restraint in Inpatient Settings*, *Psychiatric Services*, 2011, 62 (11), 1310-1317.

BERGK J., FLAMMER E., STEINERT T., *Coercion Experience Scale (CES): validation of a questionnaire on coercive measures*, *BMC Psychiatry*, 2010, 14, 10-15. DOI: 10.1186/1471-244X-10-5

BERNSTEIN R., *Commentary on the "choice" between seclusion and forced medication*, *Psychiatric Services*, 2008, 59, 212.

BEYLEVELD D., BROWNSWORD R., *Human dignity, human rights and the human genome*, *Modern Law Review*, 1998, 61 (5), 661-680.

BEYLEVELD D., BROWNSWORD R., *Human dignity in bioethics and biolaw*, Oxford University Press, Oxford, 2001.

BIANCHI L., Intervento, Atti parlamentari, Camera dei Deputati, legislatura XI , II sessione, discussioni, tornata del 10 febbraio 1904, Progetto di legge Giolitti.

BIANCHIN C., *La contenzione fisica: aspetti medico-legali e procedurali*, Decidere in Medicina, 1, 2013, 75-79.

BIANCOSPINO B., DELMONTE S., GRASSI L., SANTONE G., PRETI A., MIGLIO R., DE GIROLAMO G., *Violent Behaviour in Acute Psychiatric Inpatient Facilities*, The Journal of Nervous and Mental Disease, 2009, 197, 772-782.

BICEGO L., I lavori della Commissione, in MISLEJ M., BICEGO L., Assistenza e diritti. Critica alla contenzione e alle cattive pratiche, Carocci Faber, Roma, 2007.

BIGWOOD S., CROWE M., *'It's part of the job, but it spoils the job': a phenomenological study of physical restraint*, International Journal of Mental Health Nursing, 2008, 17, 215–222.

BILANCETTI F., BILANCETTI M., *La responsabilità penale e civile del medico*, CEDAM, Padova, 2013.

BOLOGNINI S., *Empatia e patologie gravi*, in CORREALE A., RINALDI L. (a cura di), *Quale psicoanalisi per le psicosi?*, Milano, Cortina ED., 1997.

BONNER G., LOWE T., RAWCLIFFE D., WELLMAN N., *Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK*, Journal of Psychiatric Mental Health Nursing, 2002, 9 (4), 465–73.

BORCKARDT J.J., MADAN A., GRUBAUGH A.L., DANIELSON C.K., PELIC C.G., HARDESTY S.J., HANSON R., HERBERT J., COONEY H., BENSON A., FRUEH B.C., *Systematic investigation of initiatives to reduce seclusion and restraint in a state psychiatric hospital*, Psychiatric Services, 2011, 62 (5), 477–483.

BORGHETTI S., ERLICHER A., *Linee guida, vincolo normativo o supporto? Ovvero, l'operatore in bilico tra filo d'Arianna e richiamo del pifferaio magico*, in DODARO G. (a cura di), *La posizione di garanzia degli operatori psichiatrici. Giurisprudenza e clinica a confronto*, Milano, FrancoAngeli, 2011.

BORGNA E., *La contenzione è sempre evitabile se c'è relazione*, in Atti del convegno su Cure e qualità di vita: la contenzione, Manno (Svizzera Italiana), 11 ottobre 2010.

BORGNA E., Introduzione, in DEL GIUDICE G., *...e tu slegalo subito. Sulla contenzione in psichiatria*, Edizioni Alpha Beta Verlag, 2015.

BORGNA E., *La dignità ferita*, Milano, Feltrinelli, 2013.

BORGNA E., *Noi siamo un colloquio: gli orizzonti della conoscenza e della cura in psichiatria*, Milano, Feltrinelli, 1999.

E. BORGNA E., *Il piano ermeneutico*, Comprendre, Archive International pour l'Anthropologie et la Psychopathologie Phénoménologique, 1998, 8.

BOROWSKI M., *Limiting clauses: on the continental european tradition of special limiting clauses and the general limiting clauses of art. 52 (1)*, Charter of Fundamental Rights of the European Union, Legisprudence, 2007, 2, 197-240.

RICHTER D., BERGER K., *Post-traumatic stress disorders following patients assaults among staff members of mental health hospitals: a prospective longitudinal study*, BMC Psychiatry, 2006, 6, 15. DOI: 10.1186/1471-244X-6-15

BOWERS L., *On conflict, containment and the relationship between them*, Nursing Inquiry, 2005, 13(3), 172–180. DOI: 10.1111/j.1440-1800.2006.00319.x

BOWERS L., *Association between staff factors and levels of conflict and containment on acute psychiatric wards in England*, Psychiatric Services, 2009, 60(2), 231–239. DOI: 10.1176/appi.ps.60.2.231

BOWERS L., STEWART D., PAPADOUPOLOS C., IENNACO J. D., *Correlation Between Levels of Conflict and Containment on Acute Psychiatric Wards: The City-128 Study*, Psychiatric Services, 2013, 64(5), 423-30. DOI: 10.1176/appi.ps.201200328.

BOWERS L., *Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards*, Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing, 2014, 21(6), 499-508. DOI: 10.1111/jpm.12129.

BOWERS L., SIMPSON A., ALEXANDER J., RYAN C., CARR-WALKER P., *Cultures of psychiatry and the professional socialization process: the case of containment methods for disturbed patients*, Nurse Education Today, 2004, 24(6), 435-442.

BOWERS L., SIMPSON A., ALEXANDER J., RYAN C., CARR-WALKER P., *Student psychiatric nurses' approval of containment measures: relationship to perception of aggression and attitudes to personality disorder*, International Journal of Nursing Studies, 2007, 44(3), 349-356.

BOWERS L., VAN DER WERF B., VOKKOLAINEN A., MUIR-COCHRANE E., ALLAN T., ALEXANDER J., *International variation in attitudes to*

containment measures for disturbed psychiatric inpatients, International Journal of Nursing Studies, 2007, 44(3), 357-364.

BOWERS L., JAMES K., QUIRK A., SIMPSON A., SUGAR, STEWART D., HODSOLL J., *Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial*, International Journal of Nursing Studies, September 2015, 52(9), 1412-1422.

BRANDI G., IANNUCCI M., *La coazione benigna al servizio della salute e della sicurezza*, Rassegna Penitenziaria e Criminologica STEINERT, 2013, 3, 9-36.

BRICOLA F., FIANDACA G., MANACORDA A., MAZZACUVA N., PORTIGLIATTI BARBOS M., TRAVERSO G. B., *Tutela della salute mentale e responsabilità penale degli operatori*, Atti del convegno di Perugia, 18-19 marzo 1988, Centro Studi Giuridici e Politici della regione Umbria.

BRICOLA F., *La responsabilità penale dell'operatore di salute mentale: profili penalistici generali*, , in F. BRICOLA, A. MANACORDA, N. MAZZACUVA, M. PORTIGLIATTI BARBOS, G. B. TRAVERSO, *Tutela della salute mentale e responsabilità penale degli operatori*, Atti del convegno di Perugia, 18-19 marzo 1988, Centro Studi Giuridici e Politici della regione Umbria.

BRICOLA F., *La responsabilità penale dell'operatore di salute mentale: profili penalistici generali*, in Scritti di diritto penale, 1997, 1, p. 1630 ss..

BROTTO S., *Etica della cura. Una introduzione*, Orthotes, Napoli-Salerno, 2013.

BHUGRA D., VENTRIGLIO A., PATHARE S., 2016. *Freedom and equality in dignity and rights for persons with mental illness*. Lancet Psychiatry 3(3), 196–197.

BRUTTI C., BRUTTI R. P., *Contenzione e contenimento. Note storiche e prospettive antropologiche*, Rivista Sperimentale di Freniatria, 2006, 130(3), 123-132.

BUCCELLI C., ABIGNENTE I., NIOLA M., PATERNOSTER M., GRAZIANO V., DI LORENZO P., *La rilevanza delle linee guida nella determinazione della responsabilità medica. Le novità introdotte dalla cd. Legge Balduzzi, le problematiche conesse, i tentativi di risoluzione*, Rivista Italiana di Medicina Legale, 2016, 2(38), 663-681.

CACACE S., *Il medico e la contenzione: aspetti risarcitori e problemi d'autodeterminazione*, Rivista Italiana di Medicina Legale, 2013, 1, 209-225.

CALLAGHAN P., GAMBLE C., *Oxford handbook of mental health nursing*, Oxford University press, 2015.

CAMPANA T., *La correlazione tra inosservanza e/o applicazione delle "linee guida" e responsabilità penale del medico*, nota a Cass. Pen., Sez. IV, 23 novembre, n. 8254, Cass. pen., 2012, 547.

CANEPA G., *Note introduttive allo studio della responsabilità professionale dello psichiatra in ambito ospedaliero*, Rivista Italiana di Medicina Legale, 1983, 5, 19 ss.

CANESTRARI S., *Principi di biodiritto penale*, Il Mulino, 2015.

CANESTRARI S., FERRANDO G., MAZZONI C.M., RODOTÀ S., ZATTI P. (a cura di), *Il governo del corpo, I*, in Trattato di biodiritto, diretto da RODOTÀ S. e ZATTI P., Giuffrè, Milano, 2011.

CANESTRARI S., CORNACCHIA L., DE SIMONE G., *Manuale di diritto penale. Parte generale*, Il Mulino, Bologna, 2007.

CARETTI P., BARBIERI G. T., *I diritti fondamentali*, Giappichelli, Torino, 2011.

CARINGELLA F., DELLA VALLE F., DE PALMA M., *Manuale di diritto penale, Parte generale*, Dike, 2015.

CASTIGLIONI R., FLORES A., *Sull'uso dei mezzi di contenzione in ambiente psichiatrico. Considerazioni giuridiche e medico-legali*, Rivista Sperimentale di Freniatria, 1987, 111, 137-146.

CARTABIA M., *La giurisprudenza costituzionale relativa all'art. 32, secondo comma, della Costituzione italiana*, Quaderni Costituzionali, 2012, pp. 455 ss.

CATANESI R., CARABELLESE F., *Suicidio e responsabilità professionale*, Rivista di psichiatria., 2011, 46(2), 75-88.

CATANESI R., CARABELLESE F., GUARINO D., *Analisi del comportamento violento in una popolazione di pazienti psichiatrici in Puglia e Basilicata*, Rassegna Italiana di Criminologia, 2007, 1(1), 63-80.

CATANESI R., CARABELLESE F. TROCCOLI G., *Contenzione fisica in psichiatria, in V. Volterra (a cura di), Psichiatria forense, criminologia e etica psichiatrica*, Milano, Elsevier Masson, 2010.

CATANESI R., TROCCOLI G., *Dietro il velo, ovvero responsabilità professionale e contenzione fisica in psichiatria*, Lo psichiatra, 2005, 1(1).

CATANESI R., TROCCOLI G., CARABELLESE F., *Responsabilità professionale e contenzione fisica in psichiatria*, in V. VOLTERRA (a cura di), *Psichiatria forense, criminologia e etica psichiatrica*, Milano, Elsevier Masson, 2010., pp. 1008-1009.

CATANESI R., MANNA A., VENTRIGLIO A., *Community mental health services and responsibility of psychiatrists in Italy: Lessons for the globe*, in *International Journal of Social Psychiatry*, 2016, 62(6).

CATINI B., *Lavoro di civiltà e salvaguardia della dimensione esistenziale, in Il nodo della contenzione. Diritto, psichiatria e dignità della persona*, Edizioni Alfabeta Verlag, Merano, 2015.

CAVICCHI I., *Medicina e sanità: snodi cruciali*, Edizioni Dedalo, Bari, 2010.

CENDON P., GAUDINO L., *Colpa vostra se mi uccido. Il suicidio e la responsabilità*, Marsilio, Venezia, 1996.

CERASOLI S., *Il consenso informato e le misure di contenzione*, *Persona e danno*, ottobre, 2007.

CERQUETTI G., *Riflessioni sulla pericolosità sociale come presupposto delle misure di sicurezza nella Costituzione*, *Archivio Penale*, 490, 1983.

CERVESATO M. G., TSO. *Un'esperienza in reparto di psichiatria*, Roma, Sensibile alle foglie, 2012.

CICERONE M.T., *De finibus bonorum et malorum*, trad. ingl. a cura di H. RACKHAM, Cambridge-London, 1983.

CICERONE M. T., *De officiis*, trad. it. ARFELLI D., 1987, Zanichelli, Bologna.

CINGARI F., *Presupposti e limiti della responsabilità penale dello psichiatra per gli atti etero-aggressivi del paziente*, *Rivista Italiana di Diritto e Procedura Penale*, 2009, 440-461.

CIPRIANO P., *La fabbrica della cura mentale. Diario di uno psichiatra riluttante*, Elèuthera, 2015.

CIPRIANO P., *Il manicomio chimico. Cronache di uno psichiatra riluttante*, Elèuthera, 2015.

COID J., YANG M., ROBERTS A., ULLRICH S., MORAN P., BEBBINGTON P., BRUGHA T., JENKINS R., FARREL M., LEWIS G., SINGLETON N., *Violence and psychiatric morbidity in the national household population – a report from the British Household Survey*, American Journal of Emidemiology, 2006, 164 (12), 1199-1208.

COMITATO NAZIONALE DI BIOETICA, *Psichiatria e salute mentale*, 24 Novembre 2000.

COMITATO NAZIONALE DI BIOETICA, *Bioetica e diritti degli anziani*, 20 gennaio 2006.

COMITATO NAZIONALE DI BIOETICA, *Le demenze e la malattia di Alzheimer*, 20 giugno, 2014.

COMITATO NAZIONALE DI BIOETICA, *La contenzione: profili bioetici*, 23 aprile 2015.

CONOLLY J. , *Il trattamento del malato di mente senza metodi costrittivi (1856)*, Piccola Biblioeteca Einaudi, 1976.

CONTE M., *Psicofarmaci. Usi, abusi, verità e falsi miti, caratteristiche ed effetti collaterali*, Firenze, Eclipsi, 2008.

CORNACCHIA C. M., MASCARINI A., ZAPPA L. E. (a cura di), *Etica della contenzione. Criticità della cura*, CIC Edizioni Internazionali, Roma, 2008.

CORNELLI R., *Oltre la paura. Cinque riflessioni su criminalità, società e politica*, Milano, Feltrinelli, 2013.

CORREALE A., *Il lavoro d'equipe*, in BERTI CERONI G., CORREALE A. (a cura di), *Psicoanalisi e Psichiatria*, Cortina Editore, Milano, 1999.

CORRIGAN P. W., WATSON A. C., *Findings from the National Comorbidity Survey on the frequency of violent behaviors in individual with psychiatric disorders*, *Psychiatry Research*, 2005, 136 (2-3),153-162.

COSKUN S., AVLAMAZ F., GENÇ H., *Evaluation of the specific gender difference in restraint in acute psychotic clinics*, *Journal of Psychiatric nursing*, 2010, 1, 108-115.

CORBELLINI G., JERVIS G., *La razionalità negata. Psichiatria e antipsichiatria in Italia*, Bollati Boringhieri, Torino, 2008.

COWMAN, S., BJÖRKDAHL A., CLARKE E., GETHIN G., MAGUIRE J., *European Violence in Psychiatry Research Group (EViPRG), A descriptive survey study of violence management and priorities among psychiatric staff in mental health services, across seventeen european countries*, *BMC Health Services Research*, 2017, 17, 59.

CPT European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. 16th General Report on the CPT's activities covering the period 1 August 2005 to 31 July 2006, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, Strasbourg, 16 October, 2006.

CREPET P., FLORENZANO F., *Il rifiuto di vivere. Anatomia del suicidio*, Editori Riuniti, Roma, 1998.

CRESPI A., *La responsabilità penale del trattamento medico-chirurgico con esito infausto*, Collana di Studi Penalistici, Palermo, 1955.

CRICENTI G., *La dignità nel biodiritto, Le nuove leggi civili commentate*, XXVIII, n. 2, febbraio 2012, 95.

CROCKER J. H., STARGATT R., DENTON C., *Prediction of aggression and restraint in child inpatient units*, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 2010, 44, 443–449.

CUPELLI C., *La responsabilità penale dello psichiatra. Sui rapporti tra obblighi impeditivi, consenso e regole cautelari*, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 2013.

CUPELLI C., *La legalità delegata. Crisi e attualità della riserva di legge nel diritto penale*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 2012.

CUPELLI C., *I limiti di una codificazione terapeutica. Linee guida, buone pratiche e colpa grave al vaglio della cassazione*, Cassazione Penale, 2013, 2999 ss.

DALES R.C., *A medieval view of human dignity*, Journal of the History of Ideas, 1977, 38 (4), 557–572.

D'AMATO S., *Osservazioni sulla contenzione in psichiatria e i suoi riflessi in tema di stato di necessità. Recensione a Piero Cipriano, Il manicomio chimico. Cronache di uno psichiatra riluttante*, Elèuthera, Milano, 15 dicembre 2015.

DACK C., ROSS J., PAPADOPOULOS C., STEWART D., BOWERS L., *A review and meta-analysis of the patient factors associated with psychiatric inpatient aggression*, Acta Psychiatrica Scandinavica, 2013, 127(4), 255–268.

DAVi M., *Valutazione dell'impatto del modello "porte aperte" nei servizi psichiatrici diagnosi e cura. L'esperienza del servizio psichiatrico di Trento*, *Infermiere Oggi*, 2013, 23(2), 12–19.

DEAN A.J., McDERMOTT B.M., MARSHALL R.T., *Psychotropic medication utilization in a child and adolescent mental health service*, *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 2006, 16, 273-285.

DE BENEDICTIS L., DUMAIS A., SIEU N., MAILHOT M.P., LÉTOURNEAU G., TRAN M.A., STIKAROVSKA I., BILODEAU M., BRUNELLE S., COTÉ G., LESAGE A.D., *Staff perceptions and organizational factors as predictors of seclusion and restraint on psychiatric wards*, in *Psychiatr Serv.*, 2011, 62(5), 484-91.

DEBUYST C., *La notion de dangerosité, maladie infantile de la criminologie*, in *Criminologie*, 1984, 17(2), 7-24.

DE FRANCESCO G., *Diritto penale, I Fondamenti*, Seconda Edizione, Torino, Giappichelli, 2011.

DELL'ACQUA G., NORCIO B., DE GIROLAMO G., BARBATO G., BRACCO R., GADDINI A., MIGLIO R., MOROSINI P., PICARDI A., ROSSI E., RUCCI P., SANTONE G., *Caratteristiche e attività delle strutture di ricovero per pazienti psichiatrici acuti: i risultati dell'indagine nazionale Progres-Acuti*, *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 2007, 13, 26-39.

DELL'ACQUA P., *Isidoro, Luca, Marco e l'insensatezza della contenzione*, in ROSSI S. (a cura di), *Il nodo della contenzione. Diritto, psichiatria e dignità della persona*, Alfabeta Verlag, Merano, 2015.

DELL'ACQUA P., *Persone, malattia mentale e guarigione*, in LENTI L., PALERMO FABRIS E., ZATTI P. (a cura di), *I diritti in medicina*, Trattato di Biodiritto, 2011.

DELL'ACQUA P., *Fuori come va? Famiglie e persone con schizofrenia. Manuale per un uso ottimistico delle cure e dei servizi*, Feltrinelli, Milano, 2013.

DE GIROLAMO G., BARBATO A., BRACCO R., GADDINI A., MIGLIO R., MOROSINI P., NORCIO B., PICARDI A., ROSSI E., RUCCI P., SANTONE G., DELL'ACQUA G., PROGRES-ACUTE GROUP, *Characteristics and activities of acute psychiatric inpatient facilities: National survey in Italy*, *British Journal of Psychiatry*, 2007, 191, 170-177.

DEL GIUDICE G., *...e tu slegalo subito. Sulla contenzione in psichiatria*, Alfabeta Verlag, Merano, 2015.

DEL VECCHIO V., e altri, *Coercive measures in acute inpatient care in Italy*, in *European Psychiatry*, 2010, 25(1), 1231-1240.

DE PLATO G., BERARDI D., *Elementi di psichiatria*, Bonomia University Press, 2015.

DE PLATO G., FACCHINATO D., *La ragione dei matti: storie di sopravvissuti al manicomio e alla psichiatria*, Cappelli Editore, Bologna, 1991

DE TURA A., *La rilevanza delle linee guida e dei percorsi diagnostico-terapeutici*, in BALDUZZI R. (a cura di), *La responsabilità professionale in ambito sanitario*, Bologna, 2010.

DICKSON B. C., POLLANEN M. S., *Fatal thromboembolic disease: a risk in physically restrained psychiatric patients*, *Journal Forensic and Legal Medicine*, 2009, 16(5), 284-286.

DI GIOVINE O., *Un diritto penale empatico? Diritto penale, bioetica e neurotica*, Torino, Giappichelli, 2009.

DI GIOVINE O., *La responsabilità penale del medico: dalle regole ai casi*, Rivista Italiana di Medicina Legale, 2013, 1, 62-92.

DI LANDRO A. R., *Dalle linee guida e dai protocolli all'individualizzazione della colpa penale nel settore sanitario*, Torino, Giappichelli Editore, 2012.

DI LANDRO A. R., *Le novità normative in tema di colpa penale (l. 189/2012, cd. Balduzzi). Le indicazioni del diritto comparato*, Rivista Italiana di Medicina legale, 2013, 2, 833.

Di LORENZO R., BARALDI S., FERRARA M., MIMMI S., RIGATELLI M., *Physical Restraints in an Italian Psychiatric Ward: Clinical Reasons and Staff Organization Problems*, Perspectives, Psychiatric Care 2012, 48, 95–107.

D'ORIO B., PURSELLE D., STEVENS D., GARLOW S., *Reduction of episodes of seclusion and restraint in a psychiatric emergency service*, Psychiatric Services, 2004, 55(5), 581-583.

DI SCIASCIO G., *La contenzione farmacologica in psichiatria*, in CATANESI R., FERRARINNINI L., PELOSO P. F. (a cura di), *La contenzione fisica in psichiatria*, Milano, 2006.

Documento della Commissione congiunta delle società Italiane di Criminologia, Medicina Legale e Psichiatria, pubblicato in Quaderni Italiani di Psichiatria, XXIV, marzo 2005.

DODARO G., FERRARINI L., *Contenzione meccanica in psichiatria. Introduzione a focus*, Rivista Italiana Medicina Legale, 2013, 1, 167-178.

DODARO G., *Il problema della legittimità giuridica dell'uso della forza fisica o della contenzione meccanica nei confronti del paziente psichiatrico aggressivo o a rischio suicidario*, Rivista italiana di medicina legale, 2011, 6, 1483-1818.

DODARO G., *Coercizione in psichiatria tra esigenze sanitarie, sicurezza dei luoghi di cura e diritti fondamentali del paziente*, in ROSSI S. (a cura di), *Il nodo della contenzione. Diritto, psichiatria e dignità della persona*, Alphabeta Verlag, 2015.

DODARO G. (a cura di), *La posizione di garanzia degli operatori psichiatrici. Giurisprudenza e clinica a confronto*, Franco Angeli, 2011.

DODARO G., L. FERRANNINI., *Contenzione meccanica tra clinica e diritto*, Rivista Italiana di Medicina Legale, 2013, p. 167 ss.

DODARO G., *Abolire la contenzione dei pazienti psichiatrici e degli anziani. A proposito del parere del Comitato Nazionale per la Bioetica su "La contenzione: problemi bioetici"*, 5 giugno 2015.

DONAT D. C., *An analysis of successful effortsto reduce use of seclusion and restraint at apublic psychiatric hospital*, Psychiatric Services, 2003, 54(8), 1119-1123.

DUBE A., MITCHELL E., *Accidental strangulation from vest restraints*, Journal of the American Medical Association, 1986, 256, 2725-6

DUXBURY J., WHITTINGTON R., *Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives*, Journal of Advanced Nursing, 2005, 50(5), 469-478.

DUXBURY J., *An evaluation on staff and patients views of and strategies employed to manage impatient aggression and violence on one mental health unit: a pluralistic design*, Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing, 2002, 9(3), 325-337.

DUXBURY J., WHITTINGTON R., *Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives*, Journal of Advanced Nursing, 2005, 50(5), 469–478.

EAGLY A. H., *Sex differences in social behavior: a social-role interpretation*, Lawrence Erlbaum, Hillsdale, New Jersey, 1987.

EVANS D., WOOD J., LAMBERT L. L, FITZGERALD M., *Physical Restraint in Acute and Residential Care, A Systematic Review*, The Joanna Briggs Institute, Adelaide, South Australia, 2002.

FARINA-LÒPEZ E., ESTÉVEZ-GUERRA G.J., GANDOY-CREGO M., POLO-LUQUE L.M., GÒMEZ-CANTORNA C., CAPEZUTI E.A., *Perception of spanish nursing staff on the use of physical restraints*, in J. Nurs. Scholarsh. 2014, 46(5), 322-30.

FERRO A., *Contenibilità e incontenibilità delle emozioni. Decostruzione e rinarrazione*, in PELLICANÒ V. P. (a cura di), *Aggressività, trasformazione e contenimento*, Borla, Roma, 2009.

FABBRI C., MONTALTI M., *L'infermiere. Manuale teorico-pratico di infermieristica*, Maggioli Editore, 2013.

FARRELL G., CUBIT K., *Nurses under threat: a comparison of content of 28 aggression management programs*, International Journal of Mental Health Nursing, 2005, 14(1), 44-53.

FAZEL S., GULATI G., LINSELL L., GEDDES J. R., GRANN M., *Schizophrenia and Violence: Systematic Review and Meta-Analysis*, PLOS Medicine, 2009, 6(8).

FAZEL S., GRANN M., *The population impact of severe mental illness on violent crime*, The American Journal of Psychiatry, 2006, 163(8), 1397-1403.

FEDERSPIL G., SCANDELLARI C., *Le linee guida nella pratica clinica: significato e limiti*, Professione. Sanità pubblica e medicina pratica, 1996, 4, 6.

FELVER J. C., JONES R. A., KILLAM M., KRYGER C., RACE K., MCIINTYRE L. M., *Contemplative Intervention Reduces Physical Interventions for Children*, Prevention Science, 2017, 18 (2), 164–173.

FENESCHI V., FRATI P., *Linee-guida: a double edged-sword. Riflessioni medico-legali sulle esperienze statunitensi*, Rivista Italiana di Medicina Legale, 1998, 20(4-5), 665.

FENG Z., *Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a cross-national study*, International Journal of Geriatric Psychiatry, 2009, 24(10), 1110-1118.

FEOLA T., *Linee guida e responsabilità professionale*, in Minerva Medicolegale, 2004, 124(1), 1-9.

FERIOLI V., *Contenzione: aspetti clinici, giuridici e psicodinamici*, Psichiatria e Psicoterapia (2013) 32(1), 29-44.

FERRACUTI S., COPPOTELLI A., VOLTERRA V., *Responsabilità dello psichiatra*, in VOLTERRA V. (a cura di), *Psichiatria forense, criminologia ed etica psichiatrica*, Elsevier Masson, Milano, 2010.

FERRARA R., *Principi di diritto sanitario*, Parte I, Giappichelli Editore, Torino, 1995.

FERRANNINI L., PELOSO P. F., SCAPATI F., MAURA E., *Aspetti clinici della contenzione*, in CATANESI R., FERRANNINI L., PELOSO P. F. (a cura di), *La contenzione fisica in psichiatria*, Giuffrè, Milano, 2006.

FIANDACA G., *Responsabilità penale dell'operatore di salute mentale: i reati omissivi*, in BRICOLA F., MANACORDA A., MAZZACUVA N., PORTIGLIATTI BARBOS M., TRAVERSO G. B. (a cura di), *Tutela della salute mentale e responsabilità penale degli operatori*, Centro Studi Giuridici e Politici della Regione Umbria, Perugia, rispettivamente pp. 137 ss. E pp. 195 ss.

FIANDACA G., *Problemi e limiti della responsabilità professionale dello psichiatra*, *Il Foro Italiano*, 1988., 2, 107 ss.

FIANDACA G., MUSCO E., *Diritto penale, Parte speciale, volume II, tomo I, I delitti contro la persona*, Quarta ed., Zanichelli Editore, Bologna, 2013.

FIANDACA G., MUSCO E., *Diritto penale, Parte generale*, Sesta edizione, Zanichelli Editore, Bologna, 2010.

FIANDACA G., MUSCO E., *Diritto penale, Parte generale*, Settima Edizione, Zanichelli Editore, Bologna, 2014.

FIANDACA G., *Reati omissivi e responsabilità penale per omissione*, in *Il Foro Italiano*, 1983, 106(2), 27-45.

FIELD M. J., LOHR K. N., *Guidelines for clinical practice: from development to use*, Washington, Institute of Medicine, National Academy Press, 1992.

FILIPPO D., *La contenzione nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura*, in Riv. It. Med. Leg., 2013, 35, 227-234.

FINESCHI V., FRATI P., *Linee guida: a double edge sword. Riflessioni medico-legali sulle esperienze statunitensi*, Rivista Italiana di Medicina Legale, 1998, 20, 665 ss.

IORE C., IORE S., *Diritto penale. Parte generale*, UTET, Torino, 2008.

IORI A., BUZZI F., *Problemi vecchi e nuovi della professione psichiatrica riflessioni medico - legali alla luce della sentenza della Cass. pen., n. 10795/2008*, Rivista Italiana di Medicina Legale, 6, 1438 ss.

IORI A., *La medicina delle evidenze e delle scelte sta declinando verso la medicina dell'obbedienza giurisprudenziale?*, Rivista Italiana di Medicina Legale, 2007, 29(4-5), 925-931.

IORI A., *La riforma (della riforma) psichiatrica e la responsabilità professionale dello psichiatra in ambito ospedaliero*, Rivista Italiana di Medicina Legale, 1982, 4, 536.

IORILLO A., GIACCO D., DE ROSA C., KALLERT T., KATSAKOU C., ONCHEV G., RABOCH J., MASTROGIANNI A., DEL VECCHIO V., LUCIANO M., CATAPANO F., DEMBINSKAS A., NAWKA P., KIEJNA A., TORRES-GONZALES F., KJELLIN L., MAJ M., PRIEBE S., 2012. *Patient characteristics and symptoms associated with perceived coercion during hospital treatment*, Acta Psychiatrica Scandinavica, 2012, 125 (6), 460-467.

IORITTI A., *Tra Pinel e Giorgio III: la storia infinita di libertà e coercizione in psichiatria*, al Convegno di Mantova "Lo psichiatra e il paziente in cura: competenza, appropriatezza e responsabilità. Profili psichiatrici e giuridici", del 12 dicembre 2015.

FIORITTI A., MARCACCI T., *Coercion in Europe*, in MOLODYNSKI A., RUKGASA J., BURNS T., *Coercion in Community Mental Health Care: International Perspectives*, Oxford University Press, Oxford, 2016.

FISHER W. A., *Restraint and seclusion: a literature review*, American Journal of Psychiatry, 1994, 151(11), 1584-1591.

FISHER W. A., *Elements of successful restraint and seclusion reduction programs and their application in a large, urban, state psychiatric hospital*, Journal of Psychiatric Practice, 2003, 9(1), 7-15.

FOUCAULT M., *Il potere psichiatrico*, Milano, Feltrinelli, 2004.

FOUCAULT M., *Storia della follia nell'età classica*, Milano, Rizzoli, 1963.

FORD N., *Dignity is fundamental (Rapid Response to Ruth Macklin. Dignity is a useless concept*, British Medical Journal, 2003, 327, 1419-1420), British Medical Journal, 24 Dicembre 2003.

FORNARI U., JOURDAN S., *La responsabilità professionale dello psichiatra*, Centro Scientifico Editore, Torino, 2006.

SKODOL A. E., FORNARI U. (a cura di), *Psicopatologia e crimini violenti*, Centro Scientifico Editore, 2000.

FORNARI U., *Trattato di psichiatria forense*, UTET Giuridica, Torino.

FORNARI U., *Il trattamento del malato di mente e la legge 180/78: aspetti psichiatrico-forensi e medico-legali*, Rivista Italiana di Medicina Legale, 1984, 2, 332.

FORTI G., CATINO M., D'ALESSANDRO F., MAZZUCATO C., VARRASO G. (a cura di), *Il problema della medicina difensiva. Una proposta di riforma in materia di responsabilità penale nell'ambito dell'attività sanitaria e gestione del contenzioso legato al rischio clinico*, Edizioni ETS, Pisa, 2010.

FRAISSEX P., *La protection de la dignité de la personne et de l'espèce humaines dans le domaine de la biomédecine : l'exemple de la Convention d'Oviedo*, *Revue internationale de droit comparé*, 52(2), 2000, 371-413.

FRESA R., *La colpa professionale in ambito sanitario. Responsabilità civile e penale - Consenso informato - Colpa e nesso causale - Casistica e giurisprudenza*, Torino, UTET Giuridica, 2008.

FRICK B., CLERICI M., CARRÀ G., HINTERHUBER H. (a cura di), *L'immagine sociale della malattia mentale*, FrancoAngeli, Milano, 1997.

FRUEH B. C., KNAPP R. G., CUSACK K. G., GRUBAUCH A. L., SAUVAGEOT J.A., COUSINS V. C., YIM E., ROBINS C. S., MONNIER J., HIERS T. G., *Patient's reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting*, *Psychiatric services*, 2005, 56(9), 1123-1133.

FURLAN E., *Saggio introduttivo. Dignità umana e bioetica: risorse e problemi di una nozione fondamentale*, in FURLAN E. (a cura di), *Bioetica e dignità umana. Interpretazioni a confronto a partire dalla Convenzione di Oviedo*, FrancoAngeli, 2009.

GABRIELE G., *Contenzione*, in DIGILIO G., *Vade-retro del pregiudizio*, Armando Editore, Roma, 2005, 22-24.

GABRIELE G., *Buone pratiche nella gestione della "crisi"*, in DIGILIO G., *Pratiche e politiche per la salute mentale*, Armando Editore, Roma, 2005, 155-161.

GALLAGHER A., *Dignity and respect for dignity – two key caregivers values: implications for nursing practice*, Nursing Ethics, 2004, 11, 587–599.

GARGANI A., *La congenita indeterminatezza degli obblighi di protezione: due casi “esemplari” di responsabilità ex art. 40 comma 2 c.p.*, Diritto Penale e Processo, 2004, 1390-1407.

GARZOTTO N., IMPERADORE G., INGLESE M., *Buona pratica clinica in DSM. Procedure e linee guida*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 2000.

GASKIN C. J., ELSOM S. J., HAPPELL B., *Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities*, The British Journal of Psychiatry, 2007, 191, 298-303.

GELKOPF M., ROFFE Z., BEHRBALK P. e altri, *Attitudes, opinions, behaviors, and emotions of the nursing staff toward patient restraint*, Issues in Mental Health Nursing, 2009, 30(12), 758–763.

GEWIRTH A., *Human dignity as the basis of rights*, in MEYER M.J., PARENT W.A., *The constitution of rights: Human dignity and American values*, Cornell University Press, Ithaca, 1992.

GIANNICCHEDDA M.G., *La salute mentale e i diritti della persona*, in CANOVACCI L., (a cura di), 1978-2008: *Trent'anni di sanità fra bioetica e prassi quotidiane*, Commissione Regionale di Bioetica della Toscana, 2010.

GILLIGAN C., *In a different voice: Psychological Theory and Women's Development*, Cambridge, Harvard University Press, 1982.

GIROLAMI P., JOURDAN S., *Lo psichiatra e il suicidio del paziente. Viaggio attraverso le categorie giuridiche delle << Obligations de sécurité>> e degli <<obblighi di protezione>>*, Rivista Italiana di Medicina Legale, 2001, 1, 53-65.

GIUNTA F., LUBINU G., MICHELETTI D., PICCIALI P., PIRAS P., SALE C. (a cura di), *Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2010)*, Napoli, 2011.

GIUNTA F., *Protocolli medici e colpa penale secondo il “Decreto Balduzzi”*, in Riv. it. med. leg., 2013, 2, 820 -832.

GIUSTI G., *La responsabilità civile e penale dello psichiatra*, in FERRACUTI F. (a cura di), *Trattato di criminologia, Medicina criminologica e psichiatria forense*, Giuffrè, Milano, 1991.

GOETZ S.B.T.-T.A. (2012) *A change in culture: violence prevention in an acute behavioral health setting*, Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 18(2), 96–103.

GOFFMAN E., *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Piccola Biblioteca Einaudi Ns, 2010.

SPIEGELBERG H., *A challenge to contemporary philosophy*, in GOTESKY R., LASZLO E. (Eds.), *Human dignity: This century and the next*, 1970, 39–64.

GRASSI L., RAMACCIOTTI F., *La contenzione in psichiatria: profili medici e giuridici*, 9 maggio, 2005.

GRASSI L., RAMACCIOTTI F. (2009). *La contenzione dell'infermo di mente e del tossicodipendente*. [www. Ristretti.it/area studio/salute/mentale/contenzione.htm](http://www.Ristretti.it/area-studio/salute/mentale/contenzione.htm)

GRASSI G., BOMBARDIERI C., *Il policlinico della delinquenza: storia degli ospedali psichiatrici giudiziari italiani*, Franco Angeli, Milano, 2016.

GRASSO K.L., *Saving modernity from itself: John Paul II on human dignity, "the whole truth about man," and the modern quest for freedom*, in KRAYNAK R.P., TINDER G. (Eds.), *In defense of human dignity: Essays for our times*, University of Notre Dame Press, Notre Dame, Indiana (2003).

GRASSO G., *Il reato omissivo improprio: la struttura obiettiva della fattispecie*, Giuffrè, Milano, 1983.

GRECO O., CATANESI R., *La responsabilità professionale dello psichiatra*, Piccin, Padova, 1990.

GRECO O., CATANESI R., *Malattia mentale e giustizia penale. La percezione sociale della malattia mentale e della pericolosità del malato di mente*, Giuffrè, Milano, 1988.

GREENE W. R., ABLON J., MARTIN A., *Innovations: child and adolescent psychiatry: use of collaborative problem solving to reduce seclusion and restraint in child and adolescent inpatient units*, *Psychiatric Services*, 2006, 57, 610– 612.

W. GRIESINGER, *Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*, 1985.

GRISPINI A., DUCCI G., *Il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. Considerazioni e riflessioni*, in *Rassegna Penitenziaria e Criminologica*, 2013, 1, 2013, 9-24.

GROSSI P., *Dignità umana e libertà nella Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea*, in SICLARI M. (a cura di), *Contributi allo studio della Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea*, Giappichelli, Torino, 2003.

GROSSI P.F., *La dignità nella Costituzione italiana*, in CECCHERINI E., *La tutela della dignità dell'uomo*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2008, 113-136 (il saggio è apparso anche, con lo stesso titolo, in "Diritto e società", 2008/1, n. 1, pp. 31-63).

GUASTINI R., *Lezioni di teoria del diritto e dello Stato*, Giappichelli, Torino, 2006.

GUIVARCH J., CANO N., *Use of restraint in psychiatry: Feelings of caregivers and ethical perspectives*, *Encephale*, 2013, 39(4), 237-43.

GULIZIA D., LUGO F., COCCHI A., ZANOBIO A., BREZZO A., LAURETTA G., MATTIA O., CHIAPPA R., DAL FRATELLO S., ADAMO V., *La contenzione fisica in ospedale*, Azienda ospedaliera ospedale Niguarda Cà Granda, 2008.

GULOTTA G., GASPARINI G., *Percorsi clinici e riabilitativi di pazienti con comportamenti aggressivi: aspetti di sicurezza, legali e di responsabilità*, *Psicologia & Giustizia Anno XVI*, 1, Gennaio – Giugno 2015.

GUSTAFSSON L. K., WIGERBLAD A., LINDWALL L., *Respecting dignity in forensic care: the challenge faced by nurses of maintaining patient dignity in clinical caring situations*, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2013, 20, 1-8.

HÄFNER H., BÖOKER W., *Crimes of Violence by Mentally Abnormal Offenders* (ed. MARSHALL F. H.), Cambridge, Cambridge University Press, 1982.

HAPPELL B., HARROW A., *Nurses' attitudes to the use of seclusion: a review of the literature*, *International Journal of Mental Health Nursing*, 2010, 19(3), 162-168.

HEGEL G.W.F., *Lineamenti di filosofia del diritto*, V. CICERO (a cura di), II ed., Milano, 2010.

HELLERSTEIN D. J., STAUB A. B., LEQUESNE E., *Decreasing the use of restraint and seclusion among psychiatric inpatients*, *Journal of Psychiatric Practice*, 2007, 13, 5, 308-317.

HENDERSON D.K., GILLESPIE R.D., *Trattato di psichiatria*, Società Editrice Universo, Roma, 1972.

HOBBS T., *Leviatano*, tr. it. di G. Micheli, Firenze, 1976.

HOCH J. S., O'REILLY R. L., CARSCADDEN J., *Relationship management therapy for patients with borderline personality disorder*, *Psychiatric Services*, 2006, 57(2), 179-181.

HOFMANN H., *La promessa della dignità umana*, *Rivista internazionale di filosofia del diritto*, 1999, 76, 620-650.

HOLLINS L., *Managing the risks of physical intervention: developing a more inclusive approach*, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2010, 17(4), 369-76.

HUSUM T., BJØRNGAARD J., FINSET A., RUUD T., *Staff attitudes and thoughts about the use of coercion in acute psychiatric wards*, *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 2011, 46 (9), 893-901.

HUSUM T., BJØRNGAARD J., FINSET A., RUUD T., *A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics*, *BMC Health Services Research*, 2010, 10, 89.

IADECOLA G., *La responsabilità dei medici e delle strutture sanitarie. Diritto penale*, in IADECOLA G., BONA M., *La responsabilità dei medici e delle strutture sanitarie. Profili penali e civili*, Giuffrè Editore, Milano, 2009.

IADECOLA G., *Il medico e la legge penale*, Padova, 1993.

IADECOLA G., *Responsabilità del direttore di una casa di cura per il suicidio di una paziente affetta da sindrome depressiva*, in *Dir. pen. proc.*, 2004, 9, pp. 1143 ss.

INTRONA F., *Problemi interpretativi, pratici e burocratici suscitati dalla legge sui trattamenti sanitari obbligatori dei malati di mente*, *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 1980, 10 ss.

INSOLERA G., *Brevi considerazioni sulla responsabilità penale omissiva dello psichiatra*, *Indice Penale*, 1990, p. 775 ss.

INSTITUTE OF MEDICINE, *Guidelines for clinical practice: from development to use*, Washington D.C., National Academy Press, 1992.

JACELON C.S., *The Dignity of elders in an acute care hospital*, *Qualitative Health Research*, 2003, 13(4), 543–556.

JONAS H., *La filosofia alle soglie del duemila. Una diagnosi e una prognosi*, *Il nuovo melangolo*, 2004.

JONIKAS J. A., COOK J. A., ROSEN C., LARIS A., KIM J., *Brief reports: a program to reduce use of physical restraint in psychiatric inpatient facilities*, *Psychiatric Services*, 2004, 55(7), 818-820.

JOHSON J.P., *Human dignity and the nature of society*, *The Philosophy Forum*, 1971, 10, 213–231.

IPPOCRATE, *Il morbo sacro*, 17.

JOURDAN S., *La responsabilità dello psichiatra per le azioni violente compiute dal paziente: prevedibilità dell'evento e possibilità di evitarlo*, in FORNARI U., JOURDAN S. (a cura di), *Responsabilità professionale dello psichiatra*, Centro scientifico Editore, Torino, 2006.

Joint Commission for the Accreditation of Health Care Organisations, Preventing restraint deaths, Sentinel Event Alert, 1998, 8

KARGER B., FRACASSO T., PFEIFFER H., *Fatalities related to medical restraint devices—Asphyxia is a common finding*, Forensic Science International, 2008, 178, 178–184.

KALB K. A., O'CONNOR-VON S., *Ethics Education in Advanced Practice Nursing: Respect for Human Dignity*, Nursing Education Perspectives, 2007, 28 (4), 196-202.

Kalisova, L., Raboch, J., Nawka, A., Sampogna, G., Cihal, L., Kallert, T. W., Onchev, G., Karastergiou, A., Del Vecchio, V., Kiejna, A., Adamowski, T., Torres-Gonzales, F., Cervilla, J. A., Priebe, S., Giacco, D., Kjellin, L., Dembinskas, A., Fiorillo, A., 2014. *Do patient and ward-related characteristics influence the use of coercive measures? Results from the EUNOMIA international study*, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 49(10), 1619-29. doi: 10.1007/s00127-014-0872-6.

KENBERG O. F., *Convergences and divergences in contemporary psychoanalytic technique*, The International Journal of Psychoanalysis, 1993, 74, 659-673.

KIELKOPF C. F., *The pure human dignity of the mentally retarded*, The Philosophy Forum, 1971, 9, 106–113.

A. KOLNAI, *Dignity*, in R.S. DILLON (Ed.), *Dignity, character, and self-respect*, Routledge, New York, 1995.

KONTIO R., VALIMAKI M., PUTKONEN H., KUOSMANEN L., SCOTT A., JOFFE G., *Patient restrictions: are there ethical alternatives to seclusion and restraint?*, Nursing Ethics, 2010, 17(1), 65–76.

LANGSLOW A., *Safety and physical restraint*, Australian Nurses Journal, 1999, 7(2), 345.

LA PIRA G., *Principi relativi ai rapporti civili*, in AA.VV., *La nuova Costituzione italiana. Progetto e relazioni*, Editrice Studium, Roma, 1947.

LEBEL J., GOLDSTEIN R., *The economic cost of using restraint and the value added by restraint reduction or elimination*, Psychiatric Services, 2005, 56(9), 1109–1114.

LAUGHARNE R., PRIEBE S., *La libertà di scelta del paziente con disturbi mentali gravi*, *Patient choice in severe mental illness*, tradotto in lingua italiana da F. BOARON, Queen Mary, University of London, 2011.

LAVELLE M., STEWART D., JAMES K., RICHARDSON M., RENWICK L., BRENNAN G., BOWERS L., *Predictors of effective de-escalation in acute inpatient psychiatric settings*, Journal of Clinical Nursing, 2016, 25(15-16), 2180-8.

LEONCINI I., *Obbligo di attivarsi, obbligo di garanzia e obbligo di sorveglianza*, Torino, Giappichelli, 1999.

Lessico Universale Italiano, v. Psichiatria, Istituto della Enciclopedia Italiana, vol. XVIII, Roma, 1981.

LINDWALL L., BOUSSAID L., KULZER S., WIGERBLAD A., *Patient dignity in psychiatric nursing practice*, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2012, 19(7), 569-576. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2011.01837.x

LOTHIAN K., PHILP I., *Maintaining the dignity and autonomy of older people in the healthcare setting*, British Medical Journal, 2001, 322 (7287), 668–670.

LOVELL A. M., COOK J., VELPRY L., *La violence envers les personnes atteintes de troubles mentaux: revue de la littérature et des notions connexes*, Revue d'épidémiologie et de santé publique, 2008, 56(3), 197-207.

GIUNTA F., LUBINU D., MICHELETTI P., PICCIALI P., PIRAS P., SALE C. (a cura di), *Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2010)*, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 2011.

LUCIANO M., SAMPOGNA G., DEL VECCHIO V., PINGANI L., PALUMBO C., DE ROSA C., CATAPANO F., FIORILLO A., *Use of coercive measures in mental health practice and its impact on outcome: a critical review*, Expert Review of Neurotherapeutics., 2014, 14(2), 131-141.

MACKLIN R., *"Dignity Is A Useless Concept"*, British Medical Journal, 2003, 327, 1419-1420.

LUSETTI V., *La pericolosità del malato di mente*, Etica & Politica / Ethics & Politics, 2014, 16(1), 685-714.

MAESTRI E., *La riflessione bioetica degli anni Duemila: dignità umana e giudizi di esistenza*, Seminario di Teoria del diritto e Filosofia Pratica, Modena 17 aprile 2012.

MAIER G. J., VAN RYBROEK G., *Managing countertransference reactions to aggressive patients*, in HARTWIG A. C. (a cura di), *Patient Violence and the Clinician*, Eichelman BS, American Psychiatric Press, 1995.

MAISTO F., *Invecchiare nella garanzia del diritto. Lettura magistrale*, in MISLEJ M. e BICEGO L., *Assistenza e diritti. Critica alla contenzione e alle cattive pratiche*, Carocci Faber, 2007.

MAISTO F., *Contenuti e limiti della libertà personale nella cultura (giuridica) dei diritti di cittadinanza*, in Riv. Sper. Freniatria, 2003, 2, p.30.

MAISTO F., *Imputabilità e vulnerabilità*, Quaderni di SOUQ - Centro Studi Sofferenza Urbana, 2011, n. 4.

MALVESTITI B., *La dignità umana dopo la Carta di Nizza*, Orthotes Editore, 2015.

MANACORDA A., *Lineamenti per una riflessione sulla responsabilità penale dell'operatore di salute mentale*, in F. BRICOLA, A. MANACORDA, N. MAZZACUVA, M. PORTIGLIATTI BARBOS, G. B. TRAVERSO, *Tutela della salute mentale e responsabilità penale degli operatori*, Centro Studi Giuridici e Politici della Regione Umbria, Perugia, 1989.

MANACORDA A., *Infermità mentale, custodia e cura alla luce della recente giurisprudenza costituzionale*, Foro italiano, 1983, 106(1), 292-306.

MANACORDA A., *Psichiatria e controllo sociale. A proposito dell'affidamento coattivo del prosciolto per infermità mentale psichica ai servizi di salute mentale*, Foro Italiano, 1986, 109(1), 64-72.

MANACORDA A., *La responsabilità dello psichiatra per fatto commesso da infermo di mente. Prime riflessioni Nota a Cass., 5 maggio 1987*, Bondioli, App. Perugia, 9 novembre 1984 e Trib. Perugia, 20 ottobre 1986), *Foro Italiano*, 1998, 111(1), 118-141.

MANNA A., *Disturbi di personalità e rapporto di causa con il reato*, in CIPOLLA S., (a cura di), *Crimini, criminali e malattia mentale. Scienze giuridico-penali e scienze empirico-sociali a confronto*, A. Bana, Bruylant Bruxelles, 2007.

MANNA A., *La riforma Basaglia e la responsabilità penale dello psichiatra per atti auto- ed etero-lesivi dei pazienti in Italia*, *Archivio Penale*, 2016, 1, 3-8.

MANNA A., *Medicina difensiva e diritto penale. Tra legalità e tutela della salute*, I libri di Archivio penale, Pisa Univeristy Press, 2014.

MANNA A., *Effectiveness of formal observation in inpatient psychiatry in preventing adverse outcomes: the state of the science*, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2010, 17(3), 268-273. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2009.01512.x.

MANTOVANI F., *Diritto penale. Parte generale*, VIII ed., Cedam, Padova, 2013.

MANTOVANI F., *L'obbligo di garanzia ricostruito alla luce dei principi di legalità, solidarietà, libertà, responsabilità personale*, *Rivista Italiana di Diritto Processuale Penale*, 2001, 337 ss.

MARDBY A. C., AKERLIND I., HEDENRUD T., *Different development of general beliefs about medicines during undergraduate studies in medicine, nursing and pharmacy*, *Patient Education and Counseling*, 2008, 75(2), 283-289. DOI: 10.1016/j.pec.2008.10.012.

DE MARIA R. (a cura di), *Rischio clinico e negoziazione della salute*, Franco Angeli, Milano, 2009.

MARINI G., *Delitti contro la persona*, Giappichelli, Torino, 1995.

MARINUCCI G., E. DOLCINI, *Manuale di diritto penale, Parte generale*, Giuffrè, Milano, 2009.

MARRA G., *Un caso di responsabilità penale dello psichiatra per l'omicidio commesso dal suo paziente*, Cassazione Penale, 2008, 2604-2616.

MARRA G., PEZZETTO S., *La responsabilità professionale nella giurisprudenza successiva alla l. n. 180 del 1978*, Cassazione Penale, 3443.

MARTUSCELLI R., *Linee guida e diritto penale della medicina*, Salerno, Brunolibri, 2013.

MASON E. S., MUDRACK P. E., *Gender and ethical orientation: A test of gender and occupational socialization theories*, Journal of Business Ethics, 1996, 15(6), 599-604.

MASON T., *Seclusion theory reviewed--a benevolent or malevolent intervention?*, Medicine, Science and the Law, 1993, 33(2), 95-102.

MASPERO M., *Mancata previsione di un evento suicidario e responsabilità dello psichiatra: creazione di un fuzzy set o rivelazione di un ossimoro?*, Rivista Italiana di Medicina Legale, 2005, 5, 913-929.

MASPERO M., *La responsabilità del medico per il suicidio del paziente alla luce della recente giurisprudenza di merito*, Rivista Italiana di Medicina Legale, 2005, 6, 777-833.

MASPERO M., *Una discutibile sentenza della Cassazione sulla responsabilità penale del medico psichiatra*, Rivista Italiana di Medicina Legale, 2004, 6, 1246-1263.

MASPERO M., *La responsabilità del medico per il suicidio del paziente alla luce della recente giurisprudenza di merito*, Rivista Italiana Medicina Legale, 2005, 777-833.

MASSA M., *Contenzione (1a)*, in Digesto Discipline Privatistiche Sezione civile X, Torino, Utet, 2016.

MASSA M., *Diritti fondamentali e contenzione nelle emergenze psichiatriche*, in Rivista It. Med. Leg. 2013, 1, 180-207.

MASSARO A., *La responsabilità colposa per omesso impedimento di un fatto illecito altrui*, Jovene, Napoli, 2013, pp. 117 ss. CICU

MASSARO A., *Sorvegliare, curare e non punire: l'eterna dialettica tra "cura" e "custodia" nel passaggio dagli ospedali psichiatrici giudiziari alle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza*, Rivista Italiana di Medicina Legale, 2015, 4, 1356-1391.

MAUCERI S., *La dignità negata. Sguardi esperti e multifocali sui nodi della contenzione meccanica*, in MAUCERI S. (a cura di), "CONTENERE". LA CONTENZIONE MECCANICA IN ITALIA. *Primo rapporto sui diritti negati dalla pratica di legare coercitivamente i pazienti psichiatrici nei SPDC*, A buon diritto. Quaderni, n. 1, 2017.

MAYANDADI V., BIELING P.J., MADSEN V., *Effective ingredients of verbal de-escalation: validating an English modified version of the 'De-Escalating*

Aggressive Behaviour Scale, Journal of Psychiatric Mental Health Nursing, 2016, 23(6-7), 357-368. DOI: 10.1111/jpm.12310. Epub 2016 Jun 8.

B. MAVRETISH, *Nursing home issues in restraint use*, H.E.C Forum, 1998, 10(3-4), 300-305.

MAZZINI SANDULLI A., *Disciplina militare e valori costituzionali*, *Diritto e Società*, 1978, 641-661.

McCANN T.V., BAIRD J., MUIR-COCHRANE E., *Attitudes of clinical staff toward the causes and management of aggression in acute old age psychiatry inpatient units*, in BMC Psychiatry, 2014, 19, 14-80.

McLARDYSMITH P., BURGE P. D., WATSON N. A., *Ischaemic contracture of the intrinsic muscles of the hand: a hazard of physical restraint*, Journal of Hand Surgery, 1986, 11, 657.

MICHAEL C., RHONDA N., LEON F., ANDREW R., SUE K., *Contenzione fisica: Riduzione nei contesti assistenziali per acuti e residenziali*, Best Practice, 2002, 6, 4, 1329–1874.

MILDRED L., *Seclusion and Restraints: A Failure, Not a Treatment. Protecting Mental Health Patients from Abuses*, LAVALLY R. (a cura di), California Senate Office of Research Elisabeth Kersten, Director.

MILES S. H., IRVINE P., *Deaths caused by physical restraints*, Gerontologist 1992, 32(6), 7626.

MISLEY M., BICEGO L., *Contro la contenzione. Garantire sempre, a ogni cittadino, l'articolo 13 della Costituzione Si può, si deve*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, 2011.

MODUGNO F., *I «nuovi diritti» nella giurisprudenza costituzionale*, Torino, 1995.

MOHR W. K., PETTI T. A., MOHR B. D., *Adverse Associated with Physical Restraint*, Canadian Journal of Psychiatry, 2003, 48(5), 330-337.

MONACO G., *La tutela della dignità umana: sviluppi giurisprudenziali e difficoltà applicative, Dignità e diritto: prospettive interdisciplinari*, Quaderni del Dipartimento di Scienze Giuridiche, Libellula Edizioni, 2010.

MONTANARI G., P. VERGALLO, M. FRATI, N. GULINO, DI LUCA M., *La responsabilità dello psichiatra per le condotte auto ed etero aggressive del paziente: tra il non ancora e il non più*, in Giur. pen., 2011, II, pp. 79 ss.

MOODY H.R., *Why dignity in old age matters*, Journal of Gerontological Social Work, 29 (2-3) (1998), 13-38.

MORANA D., *La salute nella Costituzione Italiana. Profili sistematici*, Giuffrè, Milano, 2002.

MORTATI C., MODUGNO F., BALDASSARRE A., MEZZANOTTE C., *Istituzioni di diritto pubblico*, X ed., Tomo I, Padova, CEDAM, 1991.

MOYLAN L. B., *Physical restraint in acute care psychiatry: a humanistic and realistic nursing approach*, Journal of Psychosocial Nursing in Mental Health Services, 2009, 47(3), 41-47.

MUIR-COCHRANE E., BOWERS L., JEFFERY D., *Comparison in attitudes between nursing and other students in relation to containment measures for disturbed psychiatric patients*, Nurse Education Today, 2009, 29(1), 83-90.

E.C. MUIR-COCHRANE, J. BAIRD, T.V. McCANN, *Nurses' experiences of restraint and seclusion use in short-stay acute old age psychiatry inpatient units: a qualitative study*, J. Psychiatr. Ment. Health Nurs., 2015, 22(2), 109-15

MUNOZ S.A., MACADEN L., KYLE R., WEBSTER E., *Revealing student nurses' perceptions of human dignity through curriculum co-design*, Social Science and Medicine, 2017, 174, 1-8.

MYKLEBUST L.H., SØRGAARD K., RØTVOLD K., WYNN R., 2012. *Factors of importance to involuntary admission*, Nordic Journal of Psychiatry, 66(3), 178–182.

MURPHY M., BENNINGTHON D., *Restraint and Seclusion: The Model for Eliminating Their Use in Healthcare*, HCPro, Inc., 2005.

MURALIDHARAN S., FENTON M., *Containment strategies for people with serious mental illness*, Cochrane Database of Systematic Reviews, 2006, 19(3).

MAZZI G., Art. 610, *Violenza privata*, in LATTANZI G., LUPO E., Codice penale, Rassegna di giurisprudenza e di dottrina, Volume X, I delitti contro la famiglia e la persona, Libro II, artt. 556-623 bis, Giuffrè, Milano, 2000.

NISCO A., Recensione di DODARO G. (a cura di), *La posizione di garanzia degli operatori psichiatrici. Giurisprudenza e clinica a confronto*, Franco Angeli, Milano, 2011, in Rivista Italiana di Medicina Legale, 2011, 4 – 5, 1301-1305.

NISCO A., *La tutela penale dell'integrità psichica, Itinerari di Diritto Penale*, Giappichelli Editore, Torino, 2012.

NIVEAU G., *Preventing human rights abuses in psychiatric establishments: the work of the CPT*, European Psychiatry, 19(3), 2004, 146-154.

NIVOLI G. C., LORETTU L., NIVOLI A., NIVOLI L. F., *La responsabilità forense dello psichiatra in tema di suicidio*, *Studi su aggressività e suicidio*, 12(2) 2008.

NIVOLI G. C., LORETTU L., SANNA M. N., NIVOLI A., MILIA P., NIVOLI L. F., *Valutazione del paziente violento e aggressivo e modi di intervento*, in VOLTERRA V., *Psichiatria forense, criminologia ed etica psichiatrica*, Milano, 2010.

NIVOLI G. C., LORETTU L., NIVOLI L. F., NIVOLI, A. M. A., *Osservazioni psichiatrico-forensi in tema di imputazioni e condanne agli psichiatri per il suicidio del paziente*, *Journal of psychopathology*, 2012, 18, 66-74.

NORCIO B., *L'emergenza nell'organizzazione e nelle strategie del dipartimento di salute mentale: l'esperienza di Trieste*, *Rivista sperimentale di Freniatria*, 2002, 126(1-2), 87-101.

NORCIO B., *Per l'abolizione della contenzione. Alcune note di letteratura e brevi considerazioni dall'esperienza del DSM di Trieste*, *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 2006, 130(3), 23.

NORDENFELT L., *The varieties of dignity*, *Health Care Analysis*, 2004, 12 (2), 69–81.

NORDENFELT L., *Dignity of the elderly: an introduction*, *Medicine, Health Care and Philosophy*, 2003, 6, 99-101.

NOVELLO M., *Il risolvibile nodo della contenzione fisica nelle pratiche dei servizi di salute mentale*, *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 2013, 1, 236-244.

OCCHIOCUPO N., *Liberazione e promozione umana nella Costituzione. Unità di valori nella pluralità di posizioni*, Milano, Giuffrè, 1995.

ÖZCAN N. K., BILGIN H., KAYA F., *Students nurses' attitudes towards professional containment methods used in psychiatric wards and perceptions of aggression*, International Journal of Nursing Practice, 2014, Vol. 20, pp. 346-352.

ÖZCAN N. K., BILGIN H., AKIN M., BADIRGALI BOYACIOĞLU N. E., *Nurses' attitudes towards professional containment methods used in psychiatric wards and perceptions of aggression in Turkey*, Journal of Clinical Nursing, 2015, 24(19-20), 2881-9. DOI: 10.1111/jocn.12903. Epub 2015 Jul 16.

PACE A., *Problematica delle libertà costituzionali. Parte generale*, III ed., Padova, CEDAM, 2003.

PADOVANI T., *Il sequestro di persona e l'identificazione della libertà tutelata*, Rivista Italiana di Diritto Processuale Penale, 1985, 605.

PAGNINI A., *Filosofia della medicina. Epistemologia, ontologia, etica, diritto*, Roma, Carocci, 2010.

PALAZZO F., *Causalità e colpa nella responsabilità medica (categorie dogmatiche ed evoluzione sociale)*, in Cass. Pen., 2010, 50, 1229-1240.

PALERMO FABRIS P., *Diritto alla salute e trattamenti sanitari nel sistema penale. Profili problematici del diritto all'autodeterminazione*, Padova, Cedam, 2000.

PANNAIN A., *La condotta nel delitto di maltrattamenti*, Morano, Napoli, 1964.

PAONESSA C., *Obbligo di impedire l'evento e fisiognomica del potere impeditivo*, in Criminalia 2012, 641-674.

PAPADOUPOLOS C., ROSS J., STEWART D., DACK C., JAMES K., BOWERS L., *The antecedents of violence and aggression within psychiatric in-patient setting*, Acta Psychiatrica Scandinavica, 2012, 125(6), 425-39. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2012.01827.x

PASQUINO T., *Dignità della persona e diritti del malato*, in LENTI L., PALERMO FABRIS, ZATTI P., (a cura di), *I diritti in medicina*, Trattato di biodiritto diretto da Stefano Rodotà e Paolo Zatti, Milano, Giuffrè, 2011.

B. PATERSON, P. BRADLEY, C. STARK, D. SADDLER, D. LEADBETTER, D. ALLEN, *Deaths associated with restraint use in health and social care in the UK. The results of a preliminary survey*, Journal of Psychiatric Mental Health Nursing, 2003, 10(1), 3–15.

PAVAN L., *Esiste il suicidio razionale?*, Edizioni Ma.Gi., Roma, 2009.

PASQUINI, *Riforma psichiatrica e Costituzione, Assistenza Psichiatrica dopo le norme del 1978 (Roma 1980)*, 1980, 111.

PAVICH G., *Profili generali di liceità ed illiceità nella contenzione dei pazienti psichiatrici*, Rivista Penale, 2008, 4, 367 ss.

PELE A., *Human dignity*, in Henk Ten Have Editor, *Encyclopedia of Global Bioethics*, Springer, 2015.

PELOSO P. F., FERRARINI L., *L'organizzazione del sistema della salute mentale in Italia tra promozione della salute e domanda di controllo*, in CERETTI A., CASELLA A., CORNELLI R. (a cura di), *Salute mentale e controllo sociale tra ricerca scientifica e decisioni politiche*, Giuffrè Editore, Milano, 2009.

PELOSO P. F., *A proposito della contenzione. Un contributo bibliografico*, Rivista Sperimentale di Freniatria 2016, 1, 125-132.

PETRINI C., *Ethical considerations for evaluating the issue of physical restraint in psychiatry*, Annuali dell'Istituto Superiore di Sanità, 2013, 49(3), 281-285.

PERKINS E., PROSSER H., RILEY D., e al. *Physical restraint in a therapeutic setting; a necessary evil?*, International Journal of Law and Psychiatry, 2012, 35(1), 43-49.

PEZZIMENTI C., *La responsabilità penale del medico tra linee guida e colpa "non lieve": un'analisi critica*, Rivista Italiana di Diritto e Procedura Penale, 2015, 58(1), 311-50.

PIANA C., TOMAS L., *La responsabilità professionale dello psichiatra*, Lingomed-Sinapsis, Napoli, 2005.

PICCIONE D., *IL pensiero lungo. Franco Basaglia e la costituzione*, Alpha & Beta, 180 Archivio critico della salute mentale, 2013.

PICCIONE R., *Il futuro dei servizi di salute mentale in Italia. Significato e prospettive del sistema italiana di promozione e protezione della salute mentale*, Franco Angeli, 2004.

PICCIONE R., *Manuale italiano di psichiatria. Teoria e pratica della salute mentale nel servizio pubblico*, Bulzoni, Roma, 1995.

PICO DELLA MIRANDOLA G., *Oratio de hominis dignitate*, 1486 (Bologna 1496).

PINKER S., *The stupidity of dignity. Coservative bioethics' latest, most dangerous play*, The New Republic, 20 Maggio 2008.

PIRAS P., CARBONI A., *Linee guida e colpa specifica del medico*, in CANESTRARI S., GIUNTA F., GUERRINI R., PADOVANI T. (a cura di), *Medicina e diritto penale*, Edizioni ETS, Pisa, 2009.

PIRAS P., SALE C., *Atti auto ed etero lesivi e responsabilità dello psichiatra*, in Cassazione Penale, 2010, 4, 1471 ss.

PIRELLA A., *Il giovane Basaglia e la critica della scienza*, in Sapere, 1982, 851, 4-9.

PITRELLI M., *L'uomo che restituì la parola ai matti. Franco Basaglia. La comunicazione e la fine dei manicomi*, Editori Riuniti, Roma, 2004.

POLI N., ROSSETTI A.M.L., *Linee guida per l'uso della contenzione fisica nell'assistenza infermieristica*, Nursing Oggi, numero 2001, 4, 58-67.

POLSELLI G. M., DUCCI G., *Il governo clinico ed il miglioramento dei processi di cura in salute mentale*, in SANGIORGIO P., POLSELLI G. M. (a cura di), *Matti da (non) legare. Come prevenire le contenzioni e migliorare la qualità e l'assistenza al paziente*, Alpes Italia, 2009.

POZZI E., *Il fatto e le sue conseguenze: posizione di garanzia e legge 180*, Psichiatria di comunità, 2008, 7(4), 217-221.

PRIEBE S., GRUYTERS T., *Patients' assessment of treatment predicting outcome*, Schizophrenia Bulletin, 21(1), 87-94.

PRIEBE S., McCABE R., *The therapeutic relationship in psychiatric settings*, Acta Psychiatrica Scandinavica, 113(429), 69-72.

PULITANÒ D., *Diritto Penale. Parte speciale. Volume I. Tutela penale della persona*, Seconda edizione, Giappichelli Editore, Torino, 2014.

PULITANÒ D., *Introduzione*, in DODARO G. (a cura di), *La posizione di garanzia degli operatori psichiatrici. Giurisprudenza e clinica a confronto*, Franco Angeli, 2011.

PULITANÒ D., *Diritto penale, Quinta Edizione*, G. Giappichelli Editore, Torino, 2013.

PULITANÒ D., *Coazione a fin di bene e cause di giustificazione*, *Foro Italiano*, 1985, 2, 438 ss.

PULITANÒ D., *L'attività terapeutica*, in Id. (a cura di), *Diritto penale. Parte speciale, volume I, Tutela penale della persona*, Giappichelli Editore, Torino, 2014.

PULITANÒ D., *Diritto penale*, V Edizione, G. Giappichelli Editore, Torino, 2013.

PULLMAN D., *Universalism, particularism and the ethics of dignity*, *Christian Bioethics*, 2001, 7 (3), 333–358.

PULLMAN D., *Dying with dignity and the death of dignity*, *Health Law Journal*, 1996, 4, 197–219.

PULLMAN D., *The ethics of autonomy and dignity in long-term care*, *Canadian Journal of Aging*, 1999, 18 (1), 26–46.

PRIEBE S., KATSAKOU C., YEELES K., AMOS T., MORRIS R., WANG D. 2011. *Predictors of clinical and social outcomes following involuntary hospital admission: a prospective observational study*, *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 261(5), 377–386. DOI: 10.1007/s00406-010-0179-x

QUANTE M., *Quality of life assessment and human dignity: Against the incompatibility-assumption*, Poiesis Prax, 2005, 3, 168–180.

RABOCH J. L., KALISOVÀ A., NAWKA E., KITZLEROVÀ G., ONCHEV A. KARASTERGIOU, L. MAGLIANO, A. DEMBINSKAS, A. KIENJNA, F. TORRE-GONZALES, L. KJELLIN, S. PRIEBE, T. W. KALLERT, *Use of coercive measures during involuntary hospitalization: findings from the European countries*, Psychiatric Services, 2010, 61(10), 1112-1117.

RAJA M., AZZONI A., *Hostility and violence of acute psychiatric inpatients*, Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health, 1, 11.

RAKHMATULLINA M., TAUB A., JACOB T., *Morbidity and mortality associated with the utilization of restraints*, Psychiatr. Quaterly, 2013, 84(4), 499-512.

CASTRONUOVO D., RAMPONI L., *Dolo e colpa nel trattamento medico-sanitario*, in BELVEDERE A., RIONDATO S., *La responsabilità in medicina*, in *Trattato di biodiritto*, diretto da RODOTÀ S., ZATTI P., Giuffrè Editore, Milano, 2011.

RAPPEPORT J. R., LASSEN G., *Dangerousness-arrest rate comparisons of discharged patients and the general population*, American Journal of Psychiatry, 1965, 121, 776-783.

RECUPERO P. R., PRICE M., GARVEY K. A., DALY B., XAVIER S. L., *Restraint and seclusion in psychiatric treatment settings: regulation, case law and risk management*, Journal of American Academy of Psychiatry and the Law, 2011, 39(4), 465 – 476.

REICHLIN M., *Dignità umana: ragioni di un paradigma morale, Bioetica e dignità umana. Interpretazioni a confronto a partire dalla Convenzione di Oviedo*, in FURLAN E. (a cura di), *Bioetica e dignità umana. Interpretazioni a confronto a partire dalla Convenzione di Oviedo*, Franco Angeli, 2009.

RENWICK L., STEWART D., RICHARDSON M., LAVELLE M., JAMES K., HARDY C., PRICE O., BOWERS L., *Aggression on inpatient units: Clinical characteristics and consequences*, International Journal of Mental Health Nursing, 2016, 25(4), 308-318. DOI: 10.1111/inm.12191

RENWICK L., LAVELLE M., BRENNAN G., STEWART D., JAMES K., RICHARDSON M., WILLIAMS H., PRICE O., BOWERS L., *Physical injury and workplace assault in UK mental health trusts: An analysis of formal reports*, International Journal of Mental Health Nursing, 2016, 25(4), 355-66.

RESTA G., *La disponibilità dei diritti fondamentali e i limiti della dignità (Note a margine della Carta dei Diritti)*, Rivista di diritto civile, 2002, 6, Parte II, 801-848.

RIAHI R., THOMPSON G., DUXBURY J., *An integrative review exploring decision-making factors influencing mental health nurses in the use of restraint*, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2016, 23(2), 116-128. DOI: 10.1111/jpm.12285.

RIBOLDI S., *La contenzione farmacologica*, in CORNAGGIA C. M., MASCARINI A., ZAPPA L. E., (a cura di), *Etica della contenzione. Criticità della cura*, Roma, Cic Edizioni Internazionali, 2008.

RIPEPE E., *Sulla dignità umana e su alcune altre cose*, Giappichelli Editore, Torino, 2014.

RISICATO L., *Le linee guida e i nuovi confini della responsabilità medico-chirurgica: un problema irrisolto*, *Diritto Penale e Processo*, 2013, 2, 191 ss.

ROBERT P., *La crise de la notion de dangerosité, Orientations critiques dans la domaine de la dangerosité*, Centre International De Criminologie Clinique VIII Journées Internationales de Criminologie Clinique Comparée, Genova 25- 27 maggio 1981, in *Rassegna italiana di Criminologia*, 1982.

ROCCA P., VILLARI V., BOGETTO F., *Managing the aggressive and violent patient in the psychiatric emergency*, *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, 2006, 30(4), 586-598.

ROCCA G., CANDELLI C., ROSSETTO I., CARABELLESE F., *La valutazione psichiatrico forense della pericolosità sociale del sofferente psichico autore di reato. Nuove prospettive tra indagine clinica e sistemi attuariali*, *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 2012, 4, 1442-1456.

ROIATI A., *Medicina difensiva e colpa professionale medica in diritto penale tra teoria e prassi giurisprudenziale*, Milano, Giuffrè Editore, 2012.

ROMANO M., *Commentario sistematico del codice penale*, vol. I, art. 1-84, Giuffrè Editore, Milano, 2004.

ROMANO M., STELLA F., *Ricoveri, dimissioni e trattamento terapeutico dei malati di mente: aspetti penalistici e costituzionali*, *Rivista Italiana di Diritto e Procedura Penale*, 1973, 388 ss.

ROSSI S., *La dignità offesa. Contenzione e i diritti della persona*, in ROSSI S. (a cura di), *Il nodo della contenzione. Diritto, psichiatria e dignità della persona*, Alfabeta Verlag, 2015.

ROSSI S., *La salute mentale tra libertà e dignità. Un dialogo costituzionale*, Studi di Diritto Pubblico, Franco Angeli, Milano, 2015.

ROSSI G., TORESINI L., *SPDC aperti e senza contenzioni per i diritti inviolabili della persona*, in ROSSI S. (a cura di), *Il nodo della contenzione. Diritto, psichiatria e dignità della persona*, Alfabeta Verlag, 2015.

R. ROSSINI, *Trattato di psichiatria*, Cappelli editore, Bologna, 1977.

RUGGERI A., SPADARO A., *Dignità dell'uomo e giurisprudenza costituzionale (prime notazioni)*, *Politica del diritto*, 1991, 3, 343-377.

RYAN E. P., HART V. S., MESSICK D. L., AARON J., BURNETTE M., *A prospective study of assault against staff by youths in a state psychiatric hospital*, *Psychiatric Services*, 2004, 55(6), 665-670.

SACKETT D. L., ROSEMBERG W. M., GRAY J. A., *Evidence-based medicine. What is and what it is not*, *British Medical Journal*, 1996, 312, 71-72.

SAILAS E. E., M. FENTON, *Seclusion and restraint for people with serious mental illness*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2000, 2.

SANGIORGIO P., *La prevenzione, la gestione e, in prospettiva, l'eliminazione della contenzione nelle emergenze psichiatriche dell'area metropolitana di Roma*, in SANGIORGIO P. e POLSELLI G.M., *Matti da (non) legare*, Alpes Editore, Roma, 2010.

SANGIORGIO G., C. SARLATTO, *Physical Restraint in General Hospital Psychiatric Units in the Metropolitan Area of Rome*, *International Journal of Mental Health*, 2008, 37(4), 3-16.

SANGIORGIO P., CRO F., DELLA ROCCA L., VIRGOLES M., *“Prevenzione della contenzione meccanica nella Regione Lazio”*, Regione Lazio, Ufficio salute

mentale, “Seminario sulla prevenzione della contenzione meccanica nei SPDC della Regione Lazio”, Roma, 12 gennaio, 2011.

SALA M. e altri, *Considerazioni sull'uso della contenzione in ambito sanitario*. L'Igiene Moderna, 2008, 129, 61-67.

SANGIORGIO P., POLSELLI G. M. (a cura di), *Matti da (non) legare. Come prevenire la contenzione e migliorare la qualità e l'assistenza del paziente*, Alpes, 2010.

SARACENO B., *Discorso globale, sofferenze locali. Analisi critica del Movimento di salute mentale globale*, Milano, Il Saggiatore, 2014.

SBORRA E., *La posizione di garanzia del medico*, in CANESTRARI S., GIUNTA F., GUERRINI R., PADOVANI T. (a cura di), *Medicina e diritto penale*, Edizioni ETS, Pisa, 2009.

SCANLAN J. N., *Interventions to reduce the use of seclusions and restraint in impatient psychiatric settings: what we know so far a review of the literature*, International Journal of Social Psychiatry, 2010, 56(4), 412-423. DOI: 10.1177/0020764009106630

SCAPATI F., SUMA D., BELLOMO A., *Problematiche medico legali nella contenzione*, in SANGIORGIO P., POLSELLI G. M., *Matti da (non) legare. Come prevenire le contenzioni e migliorare la qualità e l'assistenza al paziente*, Roma, Alpes, 2010.

SCHACHTER O., *Human Dignity as a Normative Concept*, American Journal of International Law, 77(4), 1982, 848-854. DOI: <https://doi.org/10.2307/2202536>

SCHIAVONE M., *Problemi etici in psichiatria*, in INVERNIZZI G. (a cura di), *Manuale di psichiatria e Psicologia Clinica*, McGraw-Hill, Milano, 2000.

Senato della Repubblica, XVI Legislatura, Doc. XXII-bis n.10, Commissione Parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del servizio sanitario nazionale. Relazione finale sull'attività della Commissione, cit., 77. (aggressività prevedibile e quindi evitabile)

SHOCKENHOFF E., *Dignità umana e diritti umani nel pensiero cattolico*, in ARGIROFFI A., BECCHI P., ANSELMO D. (a cura di), *Colloqui sulla dignità umana. Atti del Convegno internazionale (Palermo, ottobre 2007)*, Aracne, 2008.

SCHREINER G. M., CRAFTON C. G., SEVIN J. A., *Decreasing the use of mechanical restraints and locked seclusion*, Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 2004, 31(6), 449– 463. DOI: 10.1023/B:APIH.0000036413.87440.83

SCHRÖDER A., AHLSTRÖM G., *Psychiatric care staff's and care associates' perceptions of the concept of quality of care: a qualitative study*, Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2004, 18(2), 204–212.

SCOCA F. G., *L'assistenza psichiatrica nel servizio sanitario nazionale*, in *Atti del Convegno nazionale*, tenuto a Roma il 13-14 ottobre 1980, su *La assistenza psichiatrica dopo le norme del 1978*, Giuffrè, 1981.

SCOTT T. F., GROSS J. A., *Brachial plexus injury due to vest restraints*, New England Journal of Medicine, 1989, 320(9), 598.

SEMINARA S., *La dimensione del corpo nel diritto penale*, in CANESTRARI S., FERRANDO G., MAZZONI C. M., RODOTÀ S., ZATTI P. (a cura di), *Il governo del corpo, I*, in *Trattato di Biodiritto* diretto da RODOTÀ S. e ZATTI P., Giuffrè Editore, Milano, 2011.

SGRECCIA E., *Manuale di bioetica: aspetti medico-sociali*, Vita e pensiero, Milano, 2002.

SHEEHAN K. A., BURNS T., *Perceived coercion and the therapeutic relationship: a neglected association?*, *Psychiatry Services*, 2011, 62(5), 471-476.
DOI: 10.1176/ps.62.5.pss6205_0471.

SIRACUSANO A. (a cura di), *Manuale di psichiatria*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 2010.

SKODOL A. E., *Psicopatologia e crimini violenti*, edizione italiana a cura di U. Fornari, Centro scientifico Editore, 2000.

SNYDER F., *Soft law e prassi istituzionale nella comunità europea*, *Sociologia del Diritto*, 1993, 1, 79 ss.

SNYDER F., *The effectiveness of European community law: Institutions, processes, tools and techniques*, *Modern Law Review*, 1993, 56(1), 19-54.

SIVAKUMARAN H., GEORGE K., PFUKWA K., *Reducing restraint and seclusion in an acute aged person's mental health unit*, *Australas Psychiatry*, 2011, 19(6), 498-501.

SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA, Gruppo coordinato da P.F. PELOSO, *Ulteriori raccomandazioni inerenti la contenzione*, 21 febbraio 2009, in *Quad. it. psichiatria*, 2012, 2, 42-45.

SODERBERG A., GILJE F., NORBERG A., *Dignity in situations of ethical difficulty in intensive care*, *Intensive and Critical Care Nursing*, 1997, 13(3), 135-144.

SOININEN, P., VÄLIMÄKI M., NODA T., PUUKKA P., KORKEILA J., JOFFE G., PUTKONEN H., *Secluded and restrained patients' perceptions of their treatment*, International Journal of Mental Health Nursing, 2013, 22(1), 47–55. DOI: 10.1111/j.1447-0349.2012.00838.x.

SOININEN P., PUTKONEN H., JOFFE G., VÄLIMÄKI M., *Methodological and ethical challenges in studying patients' perceptions of coercion: A systematic mixed studies review*, BMC Psychiatry, 2014, 4(14), 162. DOI: 10.1186/1471-244X-14-162.

SPAEMANN R., *Persone. Sulla differenza tra “qualcosa” e “qualcuno”*, Laterza, Bari, 2005.

SPIEGELBERG H., *Human dignity: A challenge to contemporary philosophy*, The Journal of New Paradigm Research, 1971, 9(1-2), 39–64.

SPINOGATTI F., *La contenzione: revisione della letteratura sulle strategie di minimizzazione e sugli eventi avversi*, Quaderni italiani di psichiatria, 24, 43-51.

STEADMAN H., COCOZZA J. J., *The criminally insane patients: who gets out?*, Social Psychiatry, 1973, 8(4), 230-238. DOI: 10.1007/BF00577856

STELLA F., *La responsabilità penale dello psichiatra nel trattamento open-door*, in AA.VV., *Problemi giuridici attuali della Istituzione psichiatrica*, Il pensiero scientifico Editore, 1974.

STEINERT T., LEPPING, P., BERNHARDSGRÜTTER, R., CONCA A., HATLING T., JANSSEN W., KESKI-VALKAMA A., MAYORAL F., WHITTINGTON R. 2010. *Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends*, Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology, 45 (9), 889-897. DOI: 10.1007/s00127-009-0132-3.

STEINERT T., BIRK M., FLAMMER E., BERGK J., *Subjective Distress After Seclusion or Mechanical Restraint: One-Year Follow-Up of a Randomized Controlled Study*, *Psychiatric Services*, 2013, 64(10), 1012-1017. DOI: 10.1176/appi.ps.201200315.

STEINERT T., EISELE F., GOESER U., TSCHOEKE S., UHLMANN C., SCHMID P., *Successful interventions on an organisational level to reduce violence and coercive interventions in in-patients with adjustment disorders and personality disorders*, *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 2008, 4, 27. DOI: 10.1186/1745-0179-4-27

STEWART D., ROSS J., WATSON C., JAMES K., BOWERS L., *Patient characteristics and behaviours associated with self-harm and attempted suicide in acute psychiatric wards*, *Journal of clinical nursing*, 2012, 21(7-8), 1004-1013. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2011.03832.

STOKOWSKI L., *Alternatives to restraint and seclusion in mental health settings*, in *Medscape Nurses, Nurses Perspectives*, 3 maggio 2007.

STROUT D., *Perspective on the experience of being physically restrained: an integrative review of the qualitative literature*, *International Journal of Mental Health Nursing*, 2010, 19(6), 416-427.

SUDHA M., FENTON M., *Containment strategies for people with serious mental illness (Review)*, *Cochrane database of systematic reviews (Online)* 3(3), February 2006.

SULLIVAN A. M., BEZMEN J., BARRON C. T., RIVERA J., CURLEY-CASEY L., MARINO D., *Reducing restraints: alternatives to restraints on an inpatient psychiatric service – utilizing safe and effective methods to evaluate and treat the violent patient*, *Psychiatric Quarterly*, 2005, 76(1), 51– 65.

SWANSON J., SWARTZ M., ESSOCK D., WAGNER F., GOODMAN L., ROSEMBERG S., MEADOR K., *The social environmental context of violent behaviour in persons treated for mental illness*, American Journal of Public Health, 2002, 92(9), 1523-1531.

SWANSON J. W., MCGINTY E. E., FAZEL S., MAYS V. M., *Mental illness and reduction of gun violence and suicide: bringing epidemiologic research to policy*, Annals of Epidemiology, 2015, 25(5), 366-376.

TALACCHINI M., *Giudici, esperti, cittadini: scienza e diritto tra validità metodologica e credibilità civile*, Notizie di politeia, 2003, 70, 89-90.

TARTAGLIONE L., TARTAGLIONE S., *La contenzione con mezzi meccanici del paziente psichiatrico in SPDC: aspetti clinici, giuridici ed etici*, L'altro, 2006.

TAVANI M., PICOZZI M., SALVATI G., *Manuale di deontologia medica*, Giuffrè Editore, Milano, 2007.

TAYLOR S., *Reductio ad absurdum (Rapid Response to Ruth Macklin. Dignity is a useless concept*, BMJ 2003, 327, pp. 1419-1420), British Medical Journal, 20 Dicembre 2003.

TAXIS J. C., *Ethics and praxis: alternative strategies to physical restraint and seclusion in a psychiatric setting*, Issues in Mental Health Nursing, 2002, 23(2), 157–170.

TERZIAN E., TOGNONI G., *Indagine sui Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura*, Rivista Sperimentale di Freniatria, 2003, 2, 7-14.

THEODORIDOU A., SCHLATTER F., V. AJDAIC, RÖSSLER W., JÄGER M., *Therapeutic relationship in the context of perceived coercion in a psychiatric*

population, Psychiatry Research, 2012, 200(2-3), 939-44. DOI: 10.1016/j.psychres.2012.04.012.

THORNICROFT G., TANSELLA M., *Per una migliore assistenza psichiatrica*, CIC Edizioni Internazionali, Roma, 2010.

TORESINI L., (a cura di), *SPDC aperti e senza contenzione per i diritti inviolabili della persona*, Centro Documentazione Pistoia, 2005.

TRAVERSO G. B., VERDE A., *Relazioni tra malattia mentale e delinquenza. Risultati di una ricerca su 325 ex-degenti*, Neuropsichiatria, 1977, 33, 127.

VANNI A., FERIOLI V., MASINA L., ZUCCONI M. (1994). *L'ambiente terapeutico nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura*, Rivista Sperimentale di Freniatria, 1994, 117(5), 847-876.

VARENNA P., Milano, Società italiana di psichiatria, sez. Lombarda, Codice etico-deontologico per la pratica psichiatrica: Carta di Milano, Psichiatria oggi, 12 (2), 27, 2000.

VELTRO F., FALLOON I., VENDITELLI N., ORICCHIO I., SCINTO A., GIGANTESCO A., MOROSINI P., *Effectiveness of cognitive-behavioural group therapy for inpatients*, Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health, 2006, 2, 16. DOI: 10.1186/1745-0179-2-16

VENCHIARUTTI A., *Obbligo e consenso nel trattamento della sofferenza psichica*, in LENTI L., PALERMO FABRIS E., ZATTI P. (a cura di), *I diritti in medicina*, in *Trattato di Biodiritto*, diretto da S. Rodotà e P. Zatti, Milano, Giuffrè Editore, 2011.

VENTURINI E., *Conclusioni* in VENTURINI E., CASALGRANDE D. e TORESINI L., *Il folle reato. Il rapporto tra la responsabilità dello psichiatra e la imputabilità del paziente*, Franco Angeli, Milano, 2010.

VENEZIANI P., *I delitti contro la vita e l'incolumità individuale*, in MARINUCCI G. e DOLCINI E. (diretto da), *Trattato di diritto penale parte speciale, vol. III, tomo II, I delitti colposi*, CEDAM, Padova, 2003.

VERDE A., *Sul concetto di controllo sociale*, in CERETTI A., CASELLA A., CORNELLI R. (a cura di), *Salute mentale e controllo sociale tra ricerca scientifica e decisioni politiche. Atti del Convegno dell'Osservatorio "Giordano Dell'Amore"*, Giuffrè Editore, Milano, 2009.

VIAFORA C., *Argomentare con la dignità umana nell'ambito della bioetica clinica*, in FURLAN E. (a cura di), *Bioetica e dignità umana. Interpretazioni a confronto a partire dalla Convenzione di Oviedo*, FrancoAngeli, Milano, 2009.

VIGANÒ F., *La tutela penale della libertà individuale, Volume I, L'offesa mediante violenza*, Giuffrè Editore, Milano, 2002.

VIGANÒ F., PIERGALLINI C., VIZZARDI M., VERRI A., *I Delitti contro la persona. Libertà personale, sessuale e morale. Domicilio e segreti*, in *Trattato di diritto penale* diretto da MARINUCCI C. e DOLCINI E., CEDAM, 2015.

VIGANÒ F., VALSECCHI A., sub art. 605, in DOLCINI E., MARINUCCI G. (a cura di), *Codice penale commentato*, IPSOA, Milanofiori Assago, 2011, vol. III.

VIGANÒ F., *Stato di necessità e conflitto di doveri. Contributo alla teoria delle cause di giustificazione e delle scusanti*, Milano, Giuffrè, 2000.

VINCENTI U., *Diritti e dignità umana*, Editori Laterza, Roma – Bari, 2015.

VIOLA F., *I volti della dignità umana*, in ARGIROFFI A., BECCHI P., ANSELMO D. (a cura di), *Colloqui sulla dignità umana, Atti del Convegno internazionale (Palermo, ottobre 2007)*, Aracne, 2008.

VIOLA F., *Lo statuto normativo della dignità*, in ABIGNENTE A., SCAMARDELLA F., *Dignità della persona. Riconoscimento dei diritti nelle società multiculturali*, Editoriale Scientifica, Napoli 2013.

VON DEN PFORDTEN D., *Sulla dignità umana in Kant, La cultura*, Rivista di filosofia, letteratura e storia, 2011, 2, 209-226.

VON POST I., *Perioperative nurses' encounter with value conflicts. A descriptive study*, Scandinavian Journal of Caring Sciences, 1998, 12(2), 81-88.

WALLSTEN T., KJELLIN L., LIDSTRÖM L., (2006) *Short-term outcome of inpatient psychiatric care – impact of coercion and treatment characteristics*, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 41(12), 975–980.

WHITTINGTON R., BOWERS L., NOLAN P., SIMPSON A., NEIL L., *Approval ratings of inpatient coercive interventions in a national sample of mental health service users and staff in England*, Psychiatric Services, 2009, 60(6), 792-798.

World Health Organization, *Resource book on Mental Health, Human Rights, and Legislation*, WHO Ginevra, 2005.

WULFF H. R., PEDERSEN S. A., ROSENBERG R., *Filosofia della medicina*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 1995.

WYNN R., KVALVIK A. M., HYNNEKLEIV T. 2011. *Attitudes to coercion at two Norwegian psychiatric units*, Nord Journal of Psychiatry, 2011, 65(2), 133–137. DOI: 10.3109/08039488.2010.513068.

ZANCHETTI M., *Fra l'incudine e il martello: la responsabilità penale dello psichiatra per il suicidio del paziente in una recente pronuncia della Cassazione*, Cassazione penale, 2004, 44(9), 2854-2871.

ZANNOTTI R., *La responsabilità penale dello psichiatra e dello psicologo*, in GIUSTI G. (a cura di), *Trattato di medicina legale e scienze affini*, Vol. V, II ed., Cedam, Padova, 2009.

ZETZEL E. R., *Current concept of transference*, The International Journal of Psychoanalysis, 1956, 37(4-5), 369-376.

ZINCANI M., *Libertà morale*, in GIUNTA F. (a cura di), *Diritto penale*, Il sole 24 ore, Milano, 2008.

ZITRIN A., HARDESTY A. S., BURDOCK E. I., DROSSMAN A. K., *Crime and violence among mental patients*, American Journal of Psychiatry, 1976, 133(2), 142-149;

Siti internet:

BENEVELLI L., Relazione al Seminario “*Contenzione, perché, per chi, fino a quando?*” Camera del lavoro, Milano, 3 febbraio, 2011. http://www.solevol.com/module-mContent-get_file_id_document-358.phtml

BRACCO G. R., I numeri dei servizi di salute mentale in Italia, “*Italiani europei*”, 2009, 2.
<http://www.deistituzionalizzazione.trieste.it/letteratura/Letteratura/I%20numeri%20dei%20servizi%20di%20salute%20mentale%20in%20Italia.doc>

CAPUTO M., “Filo d’Arianna” o “Flauto magico”? Linee guida e checklist nel sistema della responsabilità per colpa medica, in www.dirittopenalecontemporaneo.it

CATANESI R., *Superare l’equivoco, contributo a MENCACCI C., ZANALDA E., Superamento OPG e assistenza psichiatrica nelle carceri. Dalle misure di Sicurezza alla Sicurezza delle cure*, 2014, in <http://www.conams.it/wp-content/uploads/2014/09/Documento-SIP-27032014-finale-2.pdf>

Conferenza delle Regioni e delle Province autonome (10/081/CR07/C7), *Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione*, p. 2, in www.regioni.it

CUPELLI C., La colpa dello psichiatra. Rischi e responsabilità tra poteri impeditivi, regole cautelari e linee guida, in www.dirittopenalecontemporaneo.it

DAVI M., Classificazione SPDC aperti No Restraint . Ricerca, (dicembre 2008) http://www.newsforumsalutementale.it/public/CLASSIFICAZIONE_SPDC_APE_RTI_inf.Maurizio_Davi_Trento_dicembre_2008.pdf

DELL'ACQUA G., *I luoghi della cura, buone e cattive pratiche*, "Italianieuropei". 2009, 2.

<http://www.deistituzionalizzazione-trieste.it/letteratura/Letteratura/I%20luoghi%20della%20cura%20buone%20e%20cattive%20pratiche.doc>

DIGILIO G., Sradicare la contenzione meccanica e la violenza nei reparti psichiatrici: dal dire al fare..., in <http://www.news-forumsalutementale.it/sradicare-la-contenzione-meccanica-e-la-violenza-nei-reparti-psichiatrici-dal-dire-al-far>

EU Fundamental Rights Agency, Involuntary placement and involuntary treatment of persons with mental problems, 2012, in <http://fra.europa.eu>.

FREZZA F., ANTONI F., Note in tema di contenzione (meccanica, ma non solo...) in campo sanitario, in www.omceotrieste.it.

GRASSI L., RAMACCIOTTI F. (2009). La contenzione dell'infermo di mente e del tossicodipendente. www.Ristretti.it/area-studio/salute/mentale/contenzione.htm

Involuntary placement and involuntary treatment of persons with mental health problems, 2012, in <http://fra.europa.eu>

Ministero della Salute, Piano sanitario nazionale 2003-2005, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_654_allegato.pdf

Miur statistics, <http://statistica.miur.it/scripts/IU/vIU1.asp>.

PIRAS P., Rischio suicidario del paziente e rischio penale dello psichiatra. Nota a Cass. pen. sez. IV, 22 novembre 2011 (dep. 1 febbraio 2012) n. 4391, www.dirittopenalecontemporaneo.it

Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez, indirizzato alla ventiduesima sessione dello Human Rights Council dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, 1 febbraio 2013, A/HRC/22/53, in <http://www.ohchr.org/>.

Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez, indirizzato alla ventiduesima sessione dello Human Rights Council dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, 1 febbraio 2013, A/HRC/22/53, in <http://www.ohchr.org/>.

SCHIAFFO F., La pericolosità sociale tra <<sottigliezze empiriche>> e 'spessori normativi': la riforma di cui alla legge n. 81/2014, in www.dirittopenalecontemporaneo.it

Trequattrini A., Psichiatria a porte aperte: la realtà di Terni, Nuova Rassegna Studi Psichiatrici, 9, 13. <http://www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it/attachments/article/131/NRSP-Vol.9-13-Psichiatria-a-porte-aperte-la-realtà-di-Terni.pdf>

Toresini L., Il diritto dei soggetti deboli a non essere più torturati negli SPDC, in www.personadanno.it

TORESINI L., SPDC No restraint, la sfida della cura, Convegno Se si può si deve: perché ci sono SPDC aperti, chiusi, chiusi con contenzioni, Arezzo, 16 ottobre, 2008. http://www.centrobasaglia.provincia.arezzo.it/convegni/16-12-2005/L_TORRESINI.doc

TREQUATTRINI A., Psichiatria a porte aperte: la realtà di Terni, Nuova Rassegna Studi Psichiatrici, 9, 13. <http://www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it/attachments/article/131/NRSP-Vol.9-13-Psichiatria-a-porte-aperte-la-realtà-di-Terni.pdf>

ZACCARIELLO R., Questioni in tema di responsabilità penale dello psichiatra per condotte auto ed etero lesive poste in essere dal paziente, in www.psichiatria.it.

Giurisprudenza di legittimità:

- Sez. IV, 21 maggio 1998, n. 8217
- Sez. I, 23 novembre 2004, n. 45407
- Sez. V, 23 marzo 2005 n. 16012
- Sez. IV, 12 gennaio – 12 aprile 2005, n. 13241
- Sez. IV, 27 gennaio 2006, n. 3380
- Sez. III, 12 gennaio 2006, n. 17592
- Sez. VI, 5 dicembre 2007, n. 6581
- Sez. IV, 14 novembre 2007, n. 10795
- Sez. IV, 2 febbraio 2007, n. 4177
- Sez. IV, 3 ottobre 2007, n. 36162
- Sez. I, sent. 16 ottobre 2007, n. 21748
- Sez. IV, 30 gennaio 2008, n. 8611
- Sez. III, 30 gennaio 2008, n. 4730
- Sez. IV, 11 marzo 2008, n. 10795
- Sez. IV, 12 novembre 2008, n. 4107
- Sez. IV, sent. 27 novembre 2008, n. 48292
- Sez. I, 26 novembre 2009, n. 47117
- Sez. IV, 6 maggio 2009, n. 18950
- Sez. IV, 1 dicembre 2009, n. 45910
- Sez. V, 27 settembre 2010, nn. 34931
- Sez. V, 17 settembre, n. 34961
- Sez. IV, 23 novembre 2010, n. 8254
- Sez V, 12 gennaio 2011, n. 7074
- Sez. IV, 22 novembre 2011, n. 4391
- Sez. I, 27 gennaio 2010, n. 6591
- Sez. III, 17 gennaio 2012, n. 1369
- Sez. VI, 15 maggio 2012, n. 18504
- Sez. IV, 9 aprile 2013, n. 16237
- Sez. IV, 24 gennaio 2013, n. 11494

- Sez. IV, 13 febbraio 2013, n. 7967
- Sez. IV, 23 settembre 2013, n.39158
- Sez. IV, 12 febbraio 2013, n. 16975
- Sez. VI , 6 marzo 2014, n. 24358
- Sez. Un., 24 aprile 2014, n. 38343
- Sez. IV, 26 maggio 2015, n. 22042
- Sez. IV, 25 giugno 2015, n. 26985
- Sez. IV, 29 ottobre 2015, n. 4468
- Sez. I, 9 febbraio 2016, n. 9911
- Sez. IV, 14 giugno 2016, n. 33609

Giurisprudenza Corte Costituzionale:

- Corte Cost., 9 luglio 1996, n. 238
- Corte Cost., 24 luglio 1998, n. 324
- Corte Cost., 21 ottobre 1999, n. 388
- Corte Cost., 29 febbraio 1999, n. 167
- Corte Cost., 17 luglio 2000, n. 293
- Corte Cost. 26 giugno 2002, n. 282
- Corte Cost., 18 luglio 2003, n. 253
- Corte Cost., 14 novembre 2003, n. 338
- Corte Cost., 7 aprile 2011, n. 115

Fonti normative:

- Legge 14 febbraio 1904, n. 36
- Regio decreto 16 agosto 1909, n. 615
- Legge 26 luglio 1975, n. 354
- Legge 13 maggio 1978, n. 180
- Legge 23 dicembre 1978, n. 833

- D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502
- D.P.R. 27 marzo 1969 n. 128
- D.P.R. 30 giugno 2000, n. 320, art. 82
- Legge 8 novembre 2012 n. 189
- D. l. 13 settembre 2012, n. 158
- Legge 8 marzo 2017, n. 24
- D. Lgs, 9 aprile 2008, n. 81
- Dichiarazione Universale dei Diritti Umani, 10 dicembre 1948.
- Convenzione Europea per la Protezione dei Diritti Umani e delle libertà Fondamentali, Roma, 4 novembre 1950, ratificata con la legge 4 agosto 1955, n. 848.
- Convenzione Internazionale dei diritti civili e politici, 1996, ratificato con legge 25 ottobre 1977, n. 654.
- Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, ratificata dall'Italia con legge 3 marzo 2009, n. 18.